



HAL
open science

Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique : application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle

Christine Rolland

► **To cite this version:**

Christine Rolland. Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique : application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle. Médecine humaine et pathologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2011. Français. NNT : 2011TOU20044 . tel-00649606

HAL Id: tel-00649606

<https://theses.hal.science/tel-00649606>

Submitted on 8 Dec 2011

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

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



Université
de Toulouse

THÈSE

En vue de l'obtention du
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par :

Université Toulouse 2 Le Mirail (UT2 Le Mirail)

Discipline ou spécialité :

Sociologie

Présentée et soutenue par :

Christine ROLLAND

le : vendredi 30 septembre 2011

Titre :

Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique.
Application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle.

Ecole doctorale :

Temps, Espaces, Sociétés, Cultures (TESC)

Unité de recherche :

LISST-Cers UMR 5193

Directeur(s) de Thèse :

François SICOT, professeur des universités, Université Toulouse II Le Mirail

Rapporteurs :

Geneviève CRESSON, professeur des universités, Université Lille I

Alain VILBROD, professeur des universités, Université de Bretagne Occidentale (Brest)

Autre(s) membre(s) du jury

Thierry LANG, professeur des universités- praticien hospitalier, Université Toulouse III

Paul Sabatier (co-directeur)

Marcel DRULHE, professeur émérite, Université Toulouse II Le Mirail

Françoise BOUCHAYER, chargée de recherche, Centre Norbert Elias, UMR 8562 CNRS-EHESS

**Thèse en vue de l'obtention du
Doctorat de l'Université de Toulouse
Délivré par l'Université Toulouse II Le Mirail
Discipline : Sociologie**

Présentée et soutenue par Christine ROLLAND

Le 30 septembre 2011

**Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique.
Application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle.**

Ecole doctorale : Temps, Espaces, Sociétés, Cultures (TESC)

Unité de recherche : LISST-CERS, UMR 5193

Directeur de thèse : François SICOT, professeur des universités, Université Toulouse II
Le Mirail

Co-directeur : Thierry LANG, professeur des universités- praticien hospitalier, Université
Toulouse III Paul Sabatier

Rapporteurs :

- Geneviève CRESSON, professeur des universités, Université Lille I
- Alain VILBROD, professeur des universités, Université Bretagne Occidentale (Brest)

Autres membres du jury :

- Marcel DRULHE, professeur émérite, Université Toulouse II Le Mirail
- Françoise BOUCHAYER, chargée de recherche, Centre Norbert Elias, UMR 8562
CNRS-EHESS

Remerciements

Merci à Monique Membrado, Serge Clément, Jean Mantovani qui, dès nos premières rencontres, m'ont accordé leur confiance et leur amitié. Ils m'ont associée d'emblée à leurs travaux, partageant avec moi leurs réflexions, me transmettant leur savoir faire mais aussi leur savoir être, m'apprenant le métier de chercheur dans le respect des autres et la qualité du travail collectif.

Merci à Marcel Drulhe dont nous admirons tous les connaissances encyclopédiques, qui m'a dirigée avec bienveillance et intérêt lors de mon DEA ainsi que lors de ma première tentative de thèse.

Merci à François Sicot qui a su si bien prendre la relève. Lors de ces dernières années, étant dans des relations de directeur à doctorante mais aussi dans des relations professionnelles autres, nous avons réussi à trouver la bonne distance entre autorité et complicité.

Merci à Thierry Lang et à tous les membres de son équipe de m'avoir accueillie parmi eux. Ensemble nous avons œuvré non seulement pour faire avancer l'idée de l'interdisciplinarité en recherche mais aussi pour tenter de la mettre en œuvre concrètement.

Merci à Robert Nicodème qui nous a ouvert les portes du département de médecine générale de Toulouse. Il s'est toujours montré disponible et enthousiaste et a été d'une grande aide à plusieurs étapes de ce travail.

Merci à tous ceux, patients et médecins, qui ont accepté de me rencontrer et qui ont permis la constitution du corpus empirique.

Merci au Conseil Scientifique de la CNAMTS de m'avoir accordé un financement sans lequel je n'aurais pu mener à bien cette thèse.

Merci à tous ceux que j'ai côtoyés et avec qui j'ai travaillé depuis mes débuts dans la recherche et qui m'ont donné envie de poursuivre cette aventure passionnante et périlleuse.

Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique. Application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle.

Résumé

Les recommandations de bonne pratique, issues de la médecine des preuves, s'insèrent dans un processus ancien visant à asseoir la légitimité médicale sur la science et se sont déployées en tant qu'instrument politique de rationalisation des pratiques.

Comment rencontrent-elles les valeurs professionnelles et l'exercice de la médecine ?

La question est traitée dans le cadre de la médecine générale et de l'hypertension artérielle (HTA) dont la mise en recommandations est exemplaire de la construction d'un risque en santé publique.

La première partie s'intéresse à l'origine de la médecine des preuves et en quoi ce mouvement est porteur de continuité et de modification dans les relations entre Médecine et État, au sein de la profession, entre médecin et patient.

La seconde partie, centrée sur une microsociologie des consultations de patients hypertendus, montre que les recommandations constituent un appui pour le travail médical de prise de conscience par le patient de la réalité pathologique de l'HTA et des risques cardiovasculaires associés. Mais le généraliste inscrit son action dans la durée et, sous influence du patient, négocie et fait des compromis voire déroge aux « bonnes pratiques », considérant que ce qui n'est pas réalisable aujourd'hui le sera demain.

Les recommandations sont intégrées dans les pratiques sous forme d'un modèle hybride associant la référence aux données scientifiques et l'adaptation à la singularité de la situation. La figure du patient statistique porté par la médecine des preuves est confrontée à la réalité sociale de l'individu plus ou moins doté d'autonomie et de ressources dont il s'agit pour le médecin d'acquiescer la confiance et de la conserver.

Mots clés : sociologie, recommandations de bonne pratique, médecine des preuves, médecine générale, relation médecin-patient, hypertension artérielle.

Challenges in the use of best practice recommendations. Implementation in general medicine and arterial hypertension¹.

Abstract

Best practice recommendations, stemming from evidence based medicine, are part of a well versed process aiming to claim medical legitimacy based on science and are used as policy tools in practice.

How do they relate to professional values, and to the practice of medicine?

This question is examined within the framework of recommendations regarding the treatment, control and prevention of arterial hypertension (AH) in general practice which can be said to exemplify the construction of a public health risk.

The first part of this work is centred on the origins of evidence based medicine, and the way in which it brings continuity as well as change to the relationships between: medical professionals; the institution of medicine and the state; doctors and patients.

The second part, a microsociological study of GP consultations with hypertensive patients, shows that recommendations are used to reinforce the doctor's efforts to increase patients' awareness of AH and the ensuing cardiovascular risks. However, GPs use their influence over a long time period and, influenced by their patients, they negotiate, compromise and even disregard some of the best practice recommendations, considering that what may not be achievable in the present, may be achievable in the long term.

Recommendations are therefore used in practice in hybrid form, where science is merged with an adaptation to each unique situation. The 'average patient' as the basic unit of evidence based medicine is opposed with the social reality of an individual with a certain level of autonomy and resources whose trust the doctor needs to gain and maintain.

Key words : sociology, best practice recommendations, evidence based medicine, general practice, patient-physician interaction, arterial hypertension.

¹ Traduction réalisée par Michelle Kelly-Irving. Je l'en remercie vivement et lui fais part de toute mon amitié.

Sommaire

INTRODUCTION	11
PREMIERE PARTIE	17
LES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE : CONTINUITE ET RUPTURE DES ENJEUX ET DES USAGES PROFESSIONNELS ET POLITIQUES	
CHAPITRE I	19
AUX ORIGINES DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE : LA PREUVE SCIENTIFIQUE EN MEDECINE	
1. FAIRE LA PREUVE DE SA DIMENSION SCIENTIFIQUE : UNE LONGUE HISTOIRE	20
2. UN PROGRAMME PRECURSEUR : « POUR UNE THERAPEUTIQUE RATIONNELLE »	23
3. CONDITIONS D'EMERGENCE ET DE DEVELOPPEMENT DE LA MEDECINE DES PREUVES	31
CONCLUSION	47
CHAPITRE II	49
LES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE OU LES MULTIPLES FACETTES D'UN INSTRUMENT A VISEE POLITIQUE ET PROFESSIONNELLE	
1. UNE VOLONTE D'INTERVENTION CROISSANTE DE L'ÉTAT SUR LES PRATIQUES MEDICALES	51
2. DANS LA CONTINUITE DE LA MEDECINE DES PREUVES...	56
3. ... ET DANS UN CONTEXTE MEDICAL CONFRONTE A LA MONTEE DE LA PLACE DU PATIENT	63
5. LES EFFETS DES RECOMMANDATIONS SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	75
CONCLUSION	89
CHAPITRE III	91
LES RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE OU LA CONSTRUCTION D'UN RISQUE DE SANTE PUBLIQUE	
1. COMMENT L'HTA EST DEVENUE UN RISQUE EVALUABLE OU DE LA MESURE DE LA PRESSION ARTERIELLE AU FACTEUR DE RISQUE	93
2. DU RISQUE EVALUE AUX ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE	96
3. L'ERE D'UNE MEDECINE CARDIOVASCULAIRE FONDEE SUR LES PREUVES	98
4. DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE	102
CONCLUSION	114
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	117
SECONDE PARTIE	121
UNE MICROSOCIOLOGIE DES CONSULTATIONS DE MEDECINE GENERALE DE PATIENTS HYPERTENDUS	
CHAPITRE IV	123
POSTURE SOCIOLOGIQUE ET CONSTITUTION DU CORPUS	
1. UNE POSTURE ANCREE DANS LA MICROSOCIOLOGIE	124
2. POURQUOI SE CENTRER SUR LA CONSULTATION MÉDICALE ?	126

3. PRESENTATION DU CORPUS DE THESE, ISSU DE DEUX PROJETS-SOURCES	130
4. LES DIFFERENTES ETAPES ET MODALITES DU RECUEIL DES DONNEES	135
CHAPITRE V	147
LE METIER DE GENERALISTE : UNE PRATIQUE FAITE DE COMPROMIS ET DE CONFIANCE	
1. EXERCER LA MEDECINE GENERALE : AU NOM DU PATIENT	149
2. LES ATTENDUS DES PATIENTS VIS-A-VIS DE LEUR GENERALISTE : UNE RELATION DE CONFIANCE	160
CONCLUSION	166
CHAPITRE VI	167
LA DEMANDE DU PATIENT OU L'INFLUENCE DES LOGIQUES PROFANES SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	
1. DEMANDE DU PATIENT, MOTIF DE CONSULTATION ET PLAINTES : DES NOTIONS DIFFERENTES MAIS COMPLEMENTAIRES	169
2. DES FORMES DE DEMANDE ET DES TYPES DE RELATION MEDECIN-PATIENT HYPERTENDU	175
CONCLUSION	191
CHAPITRE VII	193
SAVOIRS PROFANES SUR L'HYPERTENSION ET ROLE DE MALADE	
1. L'HYPERTENSION : UNE MALADIE CHRONIQUE QUI POSE LA QUESTION DE L'OBSERVANCE	195
2. UN ETAT DONT ON N'EST PAS RESPONSABLE : INCORPORE ET INCONTROLABLE	198
3. UN DYSFONCTIONNEMENT REGLE PAR LES MEDICAMENTS	200
4. UN PROBLEME DE SANTE MINORE	202
CONCLUSION	205
CHAPITRE VIII	207
LA MISE EN CHIFFRES DE L'HYPERTENSION : UN APPUI POUR L'ACTION DU GENERALISTE ?	
1. ELEMENTS DESCRIPTIFS DE LA PRISE DE TENSION EN MEDECINE GENERALE	209
2. LE JUGEMENT PORTE SUR LES CHIFFRES	216
3. LES ACTIONS ENGAGEES APRES LA PRISE DE TENSION	220
CONCLUSION	230
CHAPITRE IX	231
L'EVALUATION ET LA GESTION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION	
1. L'EVALUATION DU RISQUE EN CONSULTATION	233
2. LES JUGEMENTS DU PATIENT ET DU MEDECIN SUR LE RISQUE ET L'ACTION POSSIBLE	246
CONCLUSION	258
CONCLUSION DE LA SECONDE PARTIE	261
CONCLUSION GENERALE	265
REFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	275
LISTE DES TABLEAUX ET ENCADRES	293
LISTE DES SIGLES	294
ANNEXES	295

Introduction

NOS QUESTIONS DE RECHERCHE

En France, l'hypertension artérielle est considérée comme un problème majeur en santé publique du fait d'une prévalence élevée et en augmentation, des risques de morbidité et de mortalité associés, de l'impact économique engendré.

Il existe des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de l'hypertension qui précisent la définition de l'hypertension, les techniques de mesure de la pression artérielle, les stratégies de prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse en population générale et pour les situations particulières (HAS, 2005a).

Or une majorité des personnes traitées contre l'hypertension a une pression artérielle supérieure à la valeur seuil. Leur hypertension est dite non contrôlée.

Pourquoi ?

Les milieux médicaux et de la santé publique ont tendance à décliner cette interrogation en deux questions :

- Pourquoi les médecins ne suivent-ils pas les recommandations de bonne pratique ? Est alors évoquée « l'inertie thérapeutique » dont feraient preuve les médecins.
- Pourquoi les patients ne suivent-ils pas les prescriptions et conseils médicaux ? L'argument avancé repose alors sur le défaut d'observance des patients.

Notre posture de sociologie de la santé propose de comprendre ce qui se passe entre un médecin et un patient en se demandant à titre principal : quels sont les éléments de leurs interactions qui éclairent ce constat de « mauvais contrôle » de l'hypertension ?

Toutefois, ce questionnement ne peut se réduire à considérer la seule scène de la consultation médicale. Il est à insérer dans un contexte plus large d'inscription des recommandations de bonne pratique dans le mouvement dit de la médecine des preuves. Il s'agit pour nous de préciser d'où proviennent les recommandations, quelles sont leurs visées et quelles valeurs de la médecine elles portent.

L'hypertension est principalement suivie par les médecins généralistes. Ces interrogations sont donc à décliner au regard des spécificités de la médecine générale au sein de la profession médicale et dans ses rapports avec les patients. En quoi ces spécificités constituent-elles un obstacle ou une aide à la mise en œuvre des recommandations de bonne pratique ? Ont-elles un impact sur les pratiques ?

L'hypertension n'est pas la seule pathologie, loin de là, définie comme un problème majeur de santé publique, ni la seule pour laquelle des recommandations de bonne pratique sont

éditées. Quelles sont les caractéristiques de l'hypertension qui interviennent dans la compréhension des raisons de son « mauvais contrôle » ?

A L'ORIGINE DE NOTRE QUESTIONNEMENT

Le point de départ de cette thèse s'inscrit dans la suite d'un premier travail d'observation de consultations de médecine générale et d'entretiens avec des médecins et des patients visant à saisir les ressorts de la relation médecin-patient dans le contexte de la prise en charge de l'hypertension artérielle (Lang *et al.*, 2007).

Ce premier travail souligne combien le rapport entre un médecin et un patient ne peut se concevoir sous la seule perspective de l'asymétrie entre le détenteur du savoir et du pouvoir médical et le destinataire de ce savoir. Ce qui se dégage des données recueillies est bien plus de l'ordre de la négociation entre des rationalités différentes, dans un cadre contraint, qui implique une adaptation à la situation des deux acteurs. Il y est montré que, dans le cas de l'hypertension, la situation est rendue encore plus complexe par la nature même de cette « maladie-facteur de risque cardiovasculaire » qui demande d'autant plus au généraliste de s'adapter à chaque situation de manière à pouvoir agir sur les comportements de santé des hypertendus tout en maintenant une qualité relationnelle.

Les résultats de cette étude qualitative menée par nous, sociologues, sont en cohérence avec ceux d'une étude quantitative menée par des médecins généralistes avec qui nous étions en échange de réflexions (Nicodème *et al.*, 2009). Dans ce travail, les généralistes interrogés sur les raisons pour lesquelles ils ne modifiaient pas un traitement antihypertenseur alors que cela aurait été indiqué selon les recommandations de bonne pratique, justifient cette attitude par la double nécessité de s'adapter à la situation propre à la consultation et de préserver l'avenir de la relation avec le patient et donc les possibilités de l'action avec lui mais aussi par les difficultés de mesure de la pression artérielle.

Ainsi est née l'idée et l'envie de poursuivre la réflexion sur les recommandations de prise en charge de l'hypertension artérielle en médecine générale : de leur origine aux conditions d'application et d'intégration dans les pratiques en tenant compte du point de vue du médecin mais aussi du patient.

NOTRE DEMARCHE DE RAISONNEMENT

Les recommandations de bonne pratique sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données » (HAS, 2005a, *op.cit.*). En France, elles sont réalisées et diffusées par une agence de l'État chargée de l'évaluation médicale et se sont développées depuis les années 90.

Elles sont issues d'une démarche, initiée dans les années 70 aux Etats-Unis, connue sous le nom de « médecine des preuves » (Evidence Based-Medicine). Ses fondateurs la présente comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient » (Sacket et Haynes, 1996, p26). Ce qui est ici considéré comme étant les meilleures données sont celles résultant des essais cliniques randomisés.

Cette médecine des preuves est elle-même issue du « Programme pour une thérapeutique rationnelle » qui a vu le jour également aux Etats-Unis, au début du XXème siècle mais qui prend ses sources en France : d'une part, dans l'école du physiologiste Claude Bernard pour lequel l'étude en laboratoire de l'action des médicaments est considérée comme le moteur du futur progrès scientifique et, d'autre part, dans les travaux de statistiques de Pierre Charles Alexandre Louis (Marks, 1999).

L'analyse des questions soulevées par l'application des recommandations d'aujourd'hui passe par leur mise en perspective historique de manière à mettre au jour quels sont les acteurs de cette histoire, leurs liens, leurs visées et ce qui fait continuité ou rupture d'un mouvement à l'autre.

Ce qui va nous intéresser plus particulièrement, ce sont d'une part, les modèles et les valeurs de la médecine qui ont été véhiculés ainsi que les figures du médecin, et d'autre part, les types de relation médecin-patient associés ainsi que les figures du patient.

Là aussi, il s'agit de voir en quoi ces aspects coïncident ou non avec les caractéristiques de la médecine générale et avec celles de l'hypertension. Nous nous attacherons à appréhender ces caractéristiques à travers l'analyse des discours holistes mais aussi à un niveau microsociologique, en étudiant comment elles apparaissent et agissent en consultation de patients hypertendus en médecine générale.

D'un point de vue sociologique, cela amène à questionner la mise en œuvre des normes dans le travail médical ou comment les normes s'effectuent en pratique. Cette interrogation s'insère dans un champ de réflexion plus large à la croisée de deux mouvements d'ordre politique, inscrits historiquement : celui de la rationalisation du travail médical et celui de la normalisation des comportements de santé. Le premier est porté notamment par le paradigme de la médecine des preuves ; le modèle de la prévention des maladies cardiovasculaires –dont l'hypertension est un facteur de risque- est emblématique du second.

Notre questionnement se place dans le cadre de la médecine générale, en première ligne du suivi des patients hypertendus et désignée, par les cadres législatifs, comme acteur pivot de la prévention. Mais elle est aussi présentée comme un segment de la profession en position dominée dans un univers dominant (Robelet, 2010), sous tension entre une identité valorisant la relation individualisée avec le patient et une quête de reconnaissance et légitimité scientifiques et professionnelles.

Considérant que les normes n'ont de sens que dans le contexte et pour le type d'activité auxquelles elles sont appliquées, le cœur de l'analyse empirique s'appuie sur une étude du travail en actes, comprenant des observations ethnographiques de consultations de patients hypertendus en médecine générale ainsi que des entretiens avec médecins et patients visant à recueillir le sens donné par les acteurs à la situation observée.

Première partie

Les recommandations de bonne pratique :

Continuité et rupture des enjeux et des usages professionnels et politiques

Chapitre I

Aux origines des recommandations de bonne pratique : la preuve scientifique en médecine

Ce chapitre propose de montrer dans quelle histoire s'insèrent les recommandations de bonne pratique. Elles apparaissent comme découlant d'un long processus d'ordre professionnel visant à asseoir la légitimité médicale sur des bases scientifiques.

Faire la preuve de sa dimension scientifique n'est pas une entreprise récente pour la médecine. C'est même un des éléments constitutifs de la profession. C'est ce que nous commencerons par montrer dans la première partie de ce chapitre.

Puis nous retracerons, dans ses grandes lignes, le programme qui fait figure de précurseur en matière d'évaluation de l'efficacité des médicaments par le recours à de nouvelles méthodes. Au-delà des aspects techniques, ce programme a jeté les bases d'une transformation du monde médical, dans ses pratiques et ses modes de pensée, qui se retrouve dans le mouvement de la médecine des preuves.

Pour finir ce chapitre, nous nous attacherons à la présentation de ce mouvement de la médecine des preuves, sur quels fondements il a émergé et s'est développé.

Notre grille de lecture a pour souci de préciser en quoi ce mouvement s'inscrit en continuité ou en rupture avec le travail antérieur de constitution de la profession médicale sur des bases scientifiques. Ce qui nous importe en particulier est de cerner les éventuelles modifications en termes d'enjeux ou de valeurs professionnels et de définitions des pratiques.

1. Faire la preuve de sa dimension scientifique : une longue histoire

Historiquement la profession médicale s'est construite sur la monopolisation de la dispense de soins, fondée sur la spécificité du savoir médical, enseigné dans des facultés. Le XVII^{ème} siècle constitue un nœud dans l'histoire médicale sur le plan de la formation et de l'organisation des pratiques, qui n'est pas sans lien avec les événements politiques et les avancées scientifiques de cette période.

La lecture de cette histoire montre que la place de l'expérience individuelle par rapport à celle de la science dans l'élaboration et la légitimité du savoir est, de longue date, l'objet de débats au sein de la médecine.

ASSURER LE MONOPOLE DE L'EXERCICE A DES MEDECINS DIPLOMES

Jusqu'à la promulgation de l'Édit de Marly en mars 1707, la médecine était exercée sans contrôle. Avec cette loi, des principes de monopole d'exercice sont posés afin de lutter « contre les personnes sans titre et sans capacité » qui pratiquaient alors la médecine (Foucault, 2005, p44). L'Édit de Marly réserve aux facultés françaises le droit de former les médecins qui exerceront sur le territoire, définit les obligations tant des étudiants que des professeurs, prévoit les sanctions en cas de manquement, garantit les moyens matériels d'en respecter les dispositions.

Mais à la fin du XVIII^{ème} : « les charlatans continuent de fleurir, les enseignements donnés à la Faculté ne répondent pas aux exigences de la pratiques ni aux découvertes nouvelles ; il y a trop d'Ecoles de médecine ; la concussion y règne » (Foucault, *op.cit.*, p44).

La Révolution met en exergue des tensions : d'une part, des revendications corporatistes en faveur d'une limitation et d'un encadrement plus strict du droit d'exercice et d'une réorganisation de la formation universitaire, d'autre part, un mouvement de réformes et d'abolition des privilèges qui aboutit à la fermeture des corporations et des universités².

A partir de 1791, n'importe qui peut exercer la médecine. Il y a retour, provisoirement, à la même situation qu'au début du siècle. Quelques années plus tard, pour rétablir un niveau de formation, des écoles de santé sont ouvertes (à Paris, Strasbourg, Montpellier), le diplôme de médecine est rétabli. En 1803, la loi dite de Ventôse revient à un exercice restreint aux docteurs en médecine et aux officiers de santé.

² Se référer à l'ouvrage de Foucault, *Naissance de la clinique*, pour un exposé détaillé et passionnant des événements de la Révolution et des débats quant à l'enseignement de la médecine.

La médecine n'est alors pas en situation de monopole. Seules les écoles de médecine accordent le titre de « docteur » qui confère le droit d'exercer la médecine et la chirurgie. Mais elles sont confrontées à la concurrence des officiers destinés à former des officiers de santé, bien que ceux-ci ne puissent pratiquer qu'une médecine restreinte après des études plus brèves et n'exercer que dans les limites du département où ils ont été reçus.

Après une mobilisation des médecins de plusieurs décennies, le monopole de l'exercice de la médecine par les docteurs est finalement institué en 1892 avec la loi Chevandier et la suppression de l'officier. Il y est précisé que nul ne peut exercer la médecine s'il n'est pas muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État (Thomas, 2008). Promulguée à la grande satisfaction des médecins, elle les autorise à former des syndicats pour défendre leurs intérêts professionnels. Elle va dans le sens de l'entreprise des médecins d'imposer une médecine officielle et de disqualifier les dépositaires de savoirs profanes, autrement dit, ceux désignés sous le terme de charlatans.

Les éléments constitutifs de la profession médicale sont posés. En cette fin du XIX^{ème} siècle, elle a réussi à « imposer la définition d'un savoir légitime et limiter les acteurs qui pouvaient revendiquer son usage et empêcher toute évaluation externe des pratiques médicales » (Castel, 2005b).

Après l'application de la loi Chevandier, il s'est agi pour les médecins d'œuvrer dans le sens d'une légitimation de ce monopole dans deux directions : d'une part, « mettre en avant, la probité et le désintéressement des médecins » ; d'autre part, constituer une médecine scientifiquement fondée et reconnue comme telle (Thomas, *op.cit.*).

MAINTENIR LE MONOPOLE DE L'EXERCICE PAR LA DIMENSION SCIENTIFIQUE DE LA MEDECINE

C'est notamment grâce au savoir médical et au prestige social du savoir scientifique que les médecins ont pu légitimer l'autocontrôle de leur activité et le monopole d'accès à la profession. Mais garantir le monopole dans la durée passe par l'établissement de la preuve scientifique de ce savoir.

Si les facultés de médecine ont tenu un rôle clé dans l'acquisition de ce savoir à partir du XVIII^{ème} siècle, celui-ci a pu se développer grâce à diverses découvertes scientifiques et divers progrès techniques acquis tout au long du siècle suivant. La création du stéthoscope, par Laennec, en 1815, illustre le début de nouvelles méthodes d'auscultation du corps et la naissance d'une science clinique fondée sur l'observation de l'individu malade. La dimension scientifique de la médecine prend de l'ampleur avec la révolution pasteurienne et l'introduction des concepts microbiologiques. Parallèlement des progrès sont faits dans l'élaboration des diagnostics grâce au recours aux analyses chimiques, et dans la chirurgie grâce à la découverte de l'antiseptie. L'hôpital devient le lieu de cette nouvelle science médicale.

Le XIX^{ème} siècle marque donc une étape importante, principalement sous le mouvement initié au sein de l'École de Paris et impulsé par Claude Bernard. Celui-ci remet en cause la suprématie de la médecine clinique (celle du « signe » telle que décrite par Foucault) au bénéfice de la médecine de laboratoire. Pour lui, la méthode expérimentale est celle qui permet de fonder une médecine scientifique. Il considère qu'observation clinique et démarche scientifique sont deux composantes de la médecine, l'une venant avant l'autre : « En un mot, je considère l'hôpital seulement comme le vestibule de la médecine scientifique ; c'est le premier champ d'observation dans lequel doit entrer le médecin, mais c'est le laboratoire qui est le vrai sanctuaire de la science médicale (...) Je pense que la médecine ne se finit pas à l'hôpital comme on me croit souvent, mais qu'elle ne fait qu'y commencer » (Bernard, 1865/ 1996, p206).

Les partisans de la méthode clinique et ceux de la méthode expérimentale s'affrontent alors qu'une troisième voie émerge : celle de la méthode numérique. Les travaux du physicien Pierre-Charles-Alexandre Louis introduisent une nouvelle dimension scientifique dans la médecine. En utilisant l'analyse statistique, il montre que les saignées appliquées à des malades atteints de pneumonie ne sont pas bénéfiques, comme on le croyait jusqu'alors, mais néfastes. Nous sommes aux débuts de la démarche épidémiologique.

Par la suite, le XX^{ème} siècle voit la poursuite des progrès médicaux, tant sur un plan diagnostique que thérapeutique. Les traitements médicaux font des progrès spectaculaires avec l'invention de nombreux médicaments, de l'aspirine aux antibiotiques et aux antidépresseurs (mais aussi bien d'autres), dont il s'agira d'évaluer l'efficacité ainsi que nous le verrons dans la section suivante.

Grâce à l'ensemble de ces découvertes, la médecine gagne en compréhension des mécanismes physiologiques et pathologiques. Son prestige augmente.

Mais elles tendent aussi à renforcer une dimension au sein de la médecine : le positivisme scientifique. Dans cette optique, les apports de l'expérience personnelle du médecin sont perçus comme secondaires, si ce n'est comme facteurs troublant l'objectivité scientifique. La définition d'une médecine clinique basée sur une interaction entre patient et médecin s'oppose à la définition d'une médecine expérimentale et statistique.

Les débats internes à la profession quant à savoir si elle est un art ou une science ne datent pas d'hier. Ils ne sont d'ailleurs pas clos à en croire les nombreuses publications aujourd'hui encore sur la question qui semble être de l'ordre de l'aporie (voir par exemple : Battista, 1995, Poirier, 2004, Panda, 2006).

Appréhender la médecine comme un art pourrait revenir à la considérer fondée ou du moins essentiellement fondée sur une connaissance acquise par l'expérience individuelle³, les apports exogènes étant alors marginaux. Mais selon Haas (préface de Hutin, 2006), « si elle est une science, c'est d'abord une science de l'observation ». Et cette observation passe par l'examen clinique, c'est-à-dire qu'elle se fait au « lit du malade », lieu privilégié de

³ A la manière de l'exercice des grands mandarins de la médecine parisienne, tel celui que Simenon met en scène dans *Les Anneaux de Bicêtre*, en 1963.

transmission de l'expérience et de l'enseignement. Ce lit lui-même est situé dans l'univers hospitalier, lieu d'enseignement et de pratique de la médecine par excellence.

Art et science apparaissent bien difficiles à dissocier dans le champ de la médecine, peut être parce qu'ils interfèrent. Ainsi selon Thomas (*op. cit.*), tenir la médecine comme un art « ne peut se réduire à une simple hostilité à l'égard de la science » (p214). Cette position doit plutôt s'entendre comme un « différend sur le mode et le lieu d'élaboration de la science. Pour les uns, la science médicale s'élabore au chevet du malade, par observations cliniques et une démarche inductive où le talent et l'intuition individuelle ont leur part. Pour les autres, la science se constitue au laboratoire et se transmet à l'université (ou à l'hôpital) » (p214). La médecine serait un art alors que la science serait le socle scientifique sur lequel elle repose.

Si nous avons introduit ici les termes de ce « vieux » débat de la médecine quant à ses fondements scientifiques, c'est en guise d'ouverture d'une réflexion sur la médecine des preuves dont l'émergence et les principes nous paraissent emblématiques de cette dimension. Car ce qui est débattu ici est de savoir ce qui fait le meilleur jugement clinique, entre expérience individuelle et méthode expérimentale. Emerge également la place de la médecine hospitalière comme lieu d'élaboration de la connaissance médicale.

Avant la médecine des preuves telle que nous la connaissons aujourd'hui, est apparu un mouvement qui fait figure de précurseur, intitulé « Programme pour une thérapeutique rationnelle ».

2. Un programme précurseur : « Pour une thérapeutique rationnelle »

Le terme de « thérapeutique rationnelle » est celui d'Harry Marks (*op.cit.*), historien qui a rédigé une thèse de sciences politiques consacrée aux prémices de la médecine des preuves. Son travail fournit une analyse pointue sur le sujet et fait référence en la matière. Nous nous appuyerons donc essentiellement sur ses propos dans cette section.

L'OBJECTIF : EVALUER SCIENTIFIQUEMENT L'EFFICACITE DES MEDICAMENTS

Le programme pour une thérapeutique rationnelle est né aux États-Unis au début du XX^{ème} siècle.

A cette période, se développent les produits de synthèse fabriqués et commercialisés par l'industrie pharmaceutique, nouvel acteur du champ médical, à visée économique. De

nouveaux médicaments ne cessent d'être mis sur le marché, sans que leur efficacité ne soit testée ni même leur composition affichée.

Ledit programme est lancé afin de contrôler l'introduction et la promotion de ces nouveaux médicaments en régulant leur mise sur le marché.

Il a tout d'abord été centré sur l'évaluation des remèdes dont les effets étaient démontrables en laboratoire ainsi sur que la conduite de la pratique clinique en matière de dosage et d'usage approprié d'un médicament. Dans l'optique de ce programme « cela n'avait pas de sens d'utiliser un médicament efficace à des doses infra-thérapeutiques ou dans des circonstances cliniques où il ne pouvait être d'aucun bénéfice pour le patient » (Marks, *op.cit.*, p43).

En s'intéressant à un objet nouveau dans l'histoire de la médecine, les médicaments produits et commercialisés par l'industrie pharmaceutique, ce programme souhaite promouvoir au sein de la profession une attitude critique et scientifique envers les moyens thérapeutiques. Il constitue en cela une rupture dans la pensée jusqu'alors dominante dans la profession qui fonde la pratique médicale sur l'expérience personnelle et l'examen clinique. Mais il s'inscrit en continuité des alors récents travaux de Claude Bernard pour qui la méthode expérimentale constitue le moteur du progrès scientifique et médical. A la fin du XIX^{ème} siècle, la renommée de ce scientifique dépasse les frontières françaises, des écoles s'inspirant de ces travaux s'ouvrent dans différents pays dont les États-Unis où elles forment des disciples à cette nouvelle approche de la médecine.

LES PROMOTEURS DE LA THERAPEUTIQUE RATIONNELLE : UNE COMMUNAUTE REFORMATRICE

Qui en ont été les promoteurs ? Diverses personnes, des médecins cliniciens et non cliniciens mais aussi des non médecins.

Marks désigne sous le terme de « réformateurs thérapeutiques » ceux qui ont contribué à ce mouvement. Ils sont nombreux et proviennent d'horizons divers. Y participent des biologistes, divers praticiens spécialisés, des épidémiologistes, des statisticiens, des politiques gouvernementaux ainsi que des rédacteurs de revues spécialisés. Tous constituent ainsi une « communauté politique » (*op.cit.*, p17), soudée par la croyance dans le pouvoir unificateur de la science et dans l'amélioration des pratiques médicales grâce à une meilleure connaissance des effets et des usages des médicaments.

Pour se développer, ce mouvement, composé donc de divers professionnels, a bénéficié d'un appui institutionnel non négligeable, celui de l'American Medical Association (AMA), créée en 1847, qui lui ouvre une tribune dans sa revue (le JAMA, Journal of American Medical Association) assurant ainsi aux réformateurs un support de diffusion de leurs idées (n'oublions pas que des journalistes adhéraient au mouvement). Un autre acte aidant de l'AMA a été d'être à l'origine de la création, en 1905, du « Council on Pharmacy and Chemistry ».

Le « Council on Pharmacy and Chemistry » a pour tâche de vérifier que le potentiel thérapeutique des nouveaux produits de laboratoire se vérifie dans la pratique médicale. Il agit donc de concert avec les réformateurs, avec lesquels il partage les mêmes objectifs.

Plusieurs éléments méritent d'être relevés concernant ce Conseil. Il est financé par l'industrie pharmaceutique qui se trouve en position de contribuer à l'évaluation de sa propre activité. Il est composé « d'individus choisis pour l'intérêt qu'ils portaient à la recherche pharmacologique et leur éminence dans le domaine » (*op.cit.*, p47) : ce sont essentiellement des professeurs de pharmacologie, de pharmacie ou de chimie qui donc ne pratiquent pas la médecine. La démarche est donc menée principalement par le monde du médicament et non par celui de la médecine clinique.

Pour se faire entendre et tenter de convaincre plus largement la profession médicale, les réformateurs thérapeutiques et leurs alliés se sont appuyés sur la méthode statistique.

LES METHODES D'EVALUATION : DE L'ETUDE CONTROLEE A L'ESSAI CLINIQUE RANDOMISE

Pour les réformateurs, placer la thérapeutique sur une base expérimentale ne consiste pas simplement à soumettre une série de patients à un traitement comme dans la méthode employée alors en laboratoire. Selon eux, la recherche clinique doit être planifiée et soumise à des règles. Pour ce faire, ils ont recours à l'étude dite « contrôlée » dont la fiabilité repose sur une méthode scientifique rigoureuse et éprouvée qui vise à éviter tous biais ainsi que les erreurs de collecte ou d'interprétation des résultats⁴.

Cette méthode est considérée comme le moyen idéal de produire et d'évaluer des connaissances sur les causes et les traitements des maladies. Tous ses partisans ont confiance en un possible raisonnement objectif et un jugement dépourvu de préjugés. Pour eux, acquérir une dimension scientifique passe par l'acquisition d'une attitude agnostique « vis-à-vis de ce qui n'est pas prouvé » (*op.cit.*, p53). Le jugement doit être basé sur des preuves scientifiquement valides. Comme « la formation du médecin est ainsi faite le plus souvent qu'il est incapable de distinguer la fraude manifeste du remède efficace, honnêtement fabriqué et vendu » (*op.cit.*, p51), il est essentiel de lui fournir les outils pour juger objectivement d'un traitement.

Dans ces premières décennies du XX^{ème} siècle, des chercheurs signalent le rôle du hasard dans l'impression d'efficacité que pouvait donner un médicament. Or la méthode d'étude contrôlée ne permet pas de cerner les effets liés au hasard, même en accumulant les expériences sur un traitement.

⁴ Dans la méthode d'étude contrôlée, deux groupes sont constitués : un groupe recevant le traitement à évaluer et un groupe dit de contrôle ne recevant qu'un traitement inactif ou recevant un traitement de référence. Les résultats obtenus au sein des deux groupes sont comparés. Les compositions des différents groupes doivent donc être similaires sur des critères de base (âge, sexe, taille, poids etc.) mais également sur la sévérité de l'affection, le stade de leur maladie afin qu'à la fin de l'étude les différences éventuelles ne puissent être attribuées qu'au traitement.

Intervient alors Fisher, généticien et statisticien, qui préconise le recours à la randomisation, qui selon lui, permet aux statistiques de contrer les effets du hasard et de réduire les facteurs favorisant un résultat sans que le chercheur ne s'en aperçoive. Pour lui, il est primordial non seulement de maîtriser le hasard mais aussi d'agir contre les biais subjectifs, c'est-à-dire ceux émanant de l'expérimentateur qui espère que le nouveau traitement fonctionne. Il met au point les premiers essais dits randomisés⁵ et devient un allié des réformateurs qui ont recours à cette nouvelle méthode.

Avec l'alliance des statisticiens, représentants d'une discipline alors en plein développement, les réformateurs thérapeutiques ont gagné en puissance et ont promu, pendant et après la deuxième guerre mondiale, l'essai clinique randomisé (ECR) comme étant un critère d'excellence, un cadre scientifique de référence pour juger des thérapies.

LES LIMITES DES METHODES DE LA THERAPEUTIQUE RATIONNELLE

La mise en œuvre du programme pour une thérapeutique rationnelle s'est toutefois heurtée à un ensemble de questions auquel les réformateurs ont tenté d'apporter des réponses :

- si l'expérimentation animale est bien établie vers 1900, elle connaît des limites dans l'extrapolation à l'Homme. « Le test des médicaments sur des humains restait le verdict ultime » (Marks, *op.cit.*, p60). Au tout début du programme, un groupe de cliniciens consultants est choisi par le « Council on Pharmacy and Chemistry », en général enseignants en médecine, experts sur la maladie ou le type de médicament testé⁶. Se faisant, le Conseil fait preuve d'ambivalence en, d'un côté, défendant une expérimentation clinique plus soignée et, de l'autre, en s'appuyant sur l'opinion de personnes qu'ils considèrent comme fiables ;

- par la suite, il est apparu que toutes les affirmations des fabricants concernant leurs produits ne pouvaient être résolues par des études cliniques, même randomisées. La preuve de la valeur thérapeutique peut rester équivoque. Il est alors là aussi fait appel au « Council on Pharmacy and Chemistry » en demandant l'avis de ses membres quant au produit expérimenté dont un doute quant à son efficacité persiste. Face aux limites des études contrôlées, on assiste à une forme de retour – si ce n'est de maintien – vers le jugement individuel que les « rationalisateurs » souhaitaient écarter ;

- le biais d'observation reste difficilement contrôlable, même en ayant le souci de faire appel à des observateurs jugés fiables. Il s'avère nécessaire pour les réformateurs de réfléchir à des solutions techniques permettant d'améliorer les instruments de mesure et à

⁵ La répartition entre les deux groupes ne peut être effectuée que par tirage au sort.

⁶ Ce qui fait penser aux conférences de consensus qui seront ultérieurement développées par les agences de recommandations professionnelles, dans des cas où la preuve par les essais cliniques ne peut être établie. Nous y reviendrons dans le chapitre suivant.

des solutions institutionnelles afin de standardiser les procédures de collecte de données. Ce qui fut peu à peu mis en place dans le cadre de la médecine des preuves ;

- face à la grande variabilité des phénomènes morbides, il est nécessaire de rassembler un grand nombre d'observations ou de cas, sur la base du modèle épidémiologique, dont le développement alla de pair avec l'affinement des méthodes statistiques à partir des années 50.

Notons que jusqu'aux années 50, les statisticiens étaient perçus comme des chercheurs de second rang par les médecins⁷. Si la collaboration entre médecins et statisticiens s'est développée, et plus largement entre différentes disciplines et/ou institutions, ce serait plus par intérêt organisationnel que par croyance aux vertus idéologiques de la coopération.

Une autre difficulté à laquelle s'est trouvée confrontée la méthode statistique en ces débuts d'application au domaine médical est la distorsion entre les résultats obtenus en laboratoire et les conditions réelles. Marks donne l'exemple d'un traitement contre la pneumonie. Il explique, qu'outre des incertitudes et débats sur son efficacité thérapeutique, le sérum mis au point devait être injecté par voie intraveineuse. La méthode était peu familière à de nombreux médecins en ces années 1910. De plus, pour une meilleure efficacité, il était alors préférable de réaliser des injections répétées sur plusieurs jours « ce qui est plus facile à accomplir dans les grands hôpitaux urbains que dans la pratique ordinaire » (p95). Cet exemple souligne la distorsion non seulement entre la théorie et la pratique, mais aussi entre les conditions des pratiques médicales hospitalières et les pratiques de ville. L'hôpital tend à se confirmer ici comme le lieu d'exercice d'une médecine scientifique.

Enfin, si le modèle des essais cliniques randomisés est généralement bien applicable à l'évaluation de l'efficacité d'un traitement, il s'est avéré plus limité dans le cas des maladies chroniques – dont la prévalence allait en augmentant - où les controverses sur les mérites de telle ou telle thérapie étaient plus âpres et où les calculs statistiques demandent des modèles plus complexes, qui n'étaient alors pas stabilisés.

Cliniciens et statisticiens opposaient des visions différentes. Les premiers défendaient l'idée d'une complexité biologique de la maladie chronique et d'une multitude de facteurs pouvant intervenir sur l'action d'un traitement et que seuls l'expérience et le savoir cliniques permettaient d'élaborer un jugement fiable. Les seconds estimaient que cette complexité constituait un lieu d'excellence pour la méthode statistique et la randomisation en premier lieu. Par les uns, l'interprétation des données nécessitait l'expérience clinique ; pour les autres, cette expérience n'avait pas de place légitime dans l'analyse formelle des données (p231).

⁷ D'ailleurs ainsi que le souligne Marks (*op. cit.*) les médecins faisaient appel essentiellement à des femmes statisticiennes.

DES DIFFICULTES A OPERER UNE TRANSFORMATION INTELLECTUELLE DE LA PROFESSION

Ce qui se dessine dès le début du XX^{ème} siècle et se confirme dans les décennies suivantes est la substitution de la confiance dans le jugement des chercheurs expérimentés vers la confiance dans les résultats issus des méthodes expérimentales et statistiques.

Un autre glissement s'opère, celui du classement des connaissances en fonction de leur niveau de preuve : faible, du côté des savoirs liés à l'expérience et l'observation ; élevé, du côté des résultats issus des essais cliniques randomisés.

Nous y retrouvons la question du *locus* du jugement médical dans la continuité des débats qui ont eu lieu au siècle précédent entre les défenseurs de l'expérience individuelle, acquise auprès des malades et les partisans de la méthode expérimentale, en référence à l'esprit du positivisme scientifique.

Toutefois la mise en œuvre de ce programme ne fut pas facile à plusieurs titres. Au-delà d'une modification de la formation, c'est une transformation intellectuelle qui est visée : inculquer une orientation expérimentale à la pratique thérapeutique, c'est-à-dire impulser une autre façon de penser la thérapeutique. Ce mouvement, précurseur de la médecine des preuves, porte ainsi en lui un renversement d'épistémologie professionnelle tel qu'il ne peut pas ne pas être confronté à des réticences.

Elles apparaissent au sein même du mouvement. Qu'ils aient pour base de travail le laboratoire ou la clinique, les chercheurs thérapeutiques cherchent à surmonter les limites d'un savoir basé sur les expériences cliniques du praticien. Mais eux-mêmes, formés à une culture professionnelle insistant sur l'accumulation de l'expérience individuelle, ont du mal à se défaire de cette tradition. Les projets de la « thérapeutique rationnelle » ont donc été difficiles à mener à bien face au « sacrifice » perçu d'autonomie intellectuelle que cela impliquait chez les chercheurs (Marks, *op.cit.*, p85-86).

A l'extérieur du mouvement, au sein de la profession, un clivage se fait jour, « les rationalisateurs », médecins spécialistes et enseignants, participant activement au mouvement, et les « rationalisés », praticiens généralistes confrontés aux patients, directement concernés par l'usage et le mésusage des médicaments et pourtant non impliqués dans leur évaluation même si « la responsabilité (de la prescription) revient toujours au médecin individuel » (Marks, *op.cit.*, p49).

Ce mouvement et ses méthodes mettent en exergue l'écart grandissant entre la médecine pratiquée dans les hôpitaux (là où sont recrutés les patients participant aux études) et la pratique générale pratiquée en ville. Apparaissent et se multiplient, dès lors, des conflits entre les scientifiques basés dans les laboratoires et les cliniciens en face-à-face avec les patients.

Nous retrouverons ce clivage quelques décennies plus tard entre ceux chargés d'élaborer les recommandations (les « experts ») et ceux censés les appliquer (les cliniciens), phénomène

considéré comme relevant d'un contrôle interne à la profession « d'une faction idéologique sur une autre » (Couturier *et al.*, 2009).

Ces diverses difficultés ont fait que tous les projets formulés par les réformateurs n'ont pu aboutir.

Nous allons maintenant présenter l'étude Diet-Heart, une étude qui n'eut finalement jamais lieu et qui met en évidence des limites du modèle des essais cliniques lorsqu'il est appliqué à une question de santé à visée préventive mettant en cause les comportements de vie de la population.

« DIET HEART » OU LES OBSTACLES A UNE ETUDE DE PREVENTION SUR LE MODELE DES ESSAIS CLINIQUES

Lors de son lancement, cette étude propose d'étudier sur dix ans les effets de l'abaissement du cholestérol sur les troubles cardiaques. D'emblée, elle eut à faire face à des réticences émanant de ceux qui doutaient de pouvoir modifier avec succès des habitudes alimentaires mais aussi d'autres qui, face au coût de mise en œuvre d'une telle étude, craignaient qu'elle ne grève le budget des instituts nationaux de santé américains et ne se réalise au détriment d'autres projets.

De l'analyse détaillée de Marks (*op.cit.*), nous nous contenterons de reprendre les points saillants permettant d'alimenter notre propre propos.

Nous sommes en 1950. La mortalité cardio-vasculaire représente 40% des décès enregistrés aux États-Unis. Et le taux observé est croissant depuis plusieurs dizaines d'années. Le régime alimentaire américain, symbole de la prospérité du pays, est soupçonné de jouer un rôle dans les maladies cardio-vasculaires, sans que l'on sache quels éléments sont responsables. Les preuves épidémiologiques finissent par s'accumuler, confirmant le soupçon.

A cette date, des décennies de recherche expérimentale ont abouti à faire reconnaître l'artériosclérose comme une maladie en soi et non comme la conséquence naturelle du vieillissement. Mais si son étiologie est connue, sa pathogénèse est sujette à de nombreuses incertitudes voire controverses.

Les cliniciens, de leur côté, se montrent réticents à prescrire un régime pauvre en graisse, perçu alors selon eux comme « une des punitions les plus affligeantes qu'un médecin puisse infliger à un patient » (p255). De plus, « peu de patients étaient jugés aptes à la gestion d'un régime » (p256).

A la fin des années 50, quelques chercheurs commencent tout de même à tester sur une petite échelle les effets d'un changement de régime. Plus précisément, ils essaient de voir s'il est possible de faire changer les habitudes alimentaires chez des hommes d'âge moyen

présentant un risque cardiovasculaire élevé. La démarche est nouvelle : il s'agit non pas d'une étude d'évaluation d'un traitement mais plutôt d'une étude d'intervention auprès d'une population. Diverses études pilote de ce type sont lancées. Mais elles ne sont pas menées sur un échantillon assez large ni sur une durée suffisante pour être statistiquement fiables.

Parallèlement, avant même que ces études n'aboutissent à des conclusions, même partielles, un petit groupe de chercheurs fait alliance avec un biostatisticien et ensemble, ils forment le projet d'un essai clinique contrôlé à grande échelle de changement de comportement alimentaires, qui, selon eux, offre « le moyen scientifique de résoudre la controverse sur la pertinence et l'impact du conseil diététique » avec un niveau de preuve suffisant (p258). La chose ne fut pas si simple à réaliser. Le modèle des essais cliniques de médicaments s'avère non transposable directement. Il fallut innover sur le plan de la méthode. Or des désaccords se firent jour entre les promoteurs sur la meilleure façon de procéder. De plus, une telle étude implique une alliance peu habituelle aux chercheurs puisqu'elle nécessite la participation d'industries alimentaires pour la préparation de plats spéciaux. Et, difficulté supplémentaire, non des moindres, elle demande une coopération de longue durée des participants, engagés à modifier leurs régimes sur les dix années de recueil prévues. Ce qui n'est guère acquis par avance ni contrôlable dans les modèles statistiques.

« A mesure que le groupe de planification délibérait, ses incertitudes allaient croissant » (p265), elles furent telles qu'une étude préalable de faisabilité fut jugée souhaitable. Celle-ci commença à enrôler des participants en 1963 sur la base de six mille personnes participant pendant un an, réparties en quatre groupes test recevant un régime expérimental et un groupe témoin. Les résultats furent positifs, au-delà même des attentes : non seulement les participants mangeaient leurs plats mais en plus, leur cholestérol avait baissé dans deux des groupes test, leur régime s'avérant efficace. Mais un problème de biais de recrutement se présenta : le groupe contrôle « plus soucieux de sa santé que la moyenne de la population » restait en bonne santé. Ce qui implique que pour obtenir des résultats statistiquement significatifs, il faut soit inclure des personnes à risque plus élevé soit inclure beaucoup plus que les cent mille prévues pour l'étude à grande échelle, le coût augmentant en conséquence, sans que l'on soit assuré du maintien du respect du régime par les participants pendant dix ans. Cet obstacle financier s'avéra non négligeable en un temps où un nombre accru de chercheurs se disputait un budget fédéral tendant à se réduire. Un autre élément de conjoncture défavorable se présenta : un essai clinique de prévention des maladies cardiovasculaires (Coronary Drug Project) visant à juger de l'efficacité d'un médicament, donc dans l'orthodoxie des essais cliniques randomisés, fut proposé aux instituts nationaux de santé et accepté au financement.

Nous avons tenu à présenter, même brièvement, ce cas d'étude pour plusieurs raisons. Il souligne combien une étude d'intervention visant la modification des habitudes de vie, dont celle en particulier du régime alimentaire, coïncide difficilement avec le modèle des essais cliniques randomisés destinés en premier lieu à l'évaluation des médicaments. La transposition n'est pas méthodologiquement immédiate. Ce glissement d'objectifs visés par le recours aux essais cliniques randomisés mérite d'être souligné.

Nous y reviendrons, dans le chapitre III consacré au cas de l'hypertension dans lequel nous verrons comment celle-ci a été érigée en facteur de risque cardiovasculaire depuis une autre étude d'envergure dite de Framingham, qui, elle, a pu être réalisée. Nous verrons aussi comment des études épidémiologiques sont mobilisées pour l'élaboration des recommandations de prise en charge de l'hypertension dans lesquelles sont préconisés non seulement les traitements pharmaceutiques jugés les plus efficaces mais aussi les traitements non pharmaceutiques dans une visée de prévention du risque cardio-vasculaire. Si des questionnements sur la méthode d'élaboration de telles recommandations peuvent être soulevés, c'est aussi au niveau des modalités de leur application qu'il importe de s'interroger car pour un médecin, agir pour convaincre un patient de modifier son régime alimentaire sur du long terme n'est pas comparable avec lui prescrire un médicament et s'assurer de la prise quotidienne de ce dernier. C'est à ces aspects que s'attache notamment de répondre l'analyse microsociologique des consultations que nous avons faite.

Ce programme des réformateurs thérapeutiques, même confronté à divers obstacles et réticences, a tout de même été précurseur de modifications qui ont touché la profession médicale. Il a ouvert la voie à un autre mouvement également porteur de logiques innovantes, celui de la médecine des preuves. C'est un mouvement qui lui aussi a été et est toujours, tout autant adulé que controversé mais qui pourtant a acquis une notoriété mondiale.

Dans la perspective de mettre au jour ce qui fait continuité ou rupture dans l'histoire récente de la médecine, nous allons donc présenter les éléments qui ont contribué à l'émergence et au développement de la médecine des preuves ainsi que les dimensions qui ont favorisé son appropriation ou son rejet par tel ou tel groupe d'acteurs.

3. Conditions d'émergence et de développement de la médecine des preuves

Nous sommes toujours aux États-unis, au début des années 70.

C'est dans un contexte économique incertain qui participe au questionnement de l'efficacité de la biomédecine alors en développement que la médecine des preuves⁸ s'est développée

⁸ Terme employé dans la version française de l'ouvrage de Marks et pour lequel nous avons opté en traduction d'« Evidence based-medicine » parmi d'autres expressions que l'on rencontre dans la littérature scientifique : médecine basée sur les preuves, médecine basée sur les faits, médecine factuelle...

(Jackson et Scambler, 2007). La profession médicale est confrontée à la pression de prouver sa dimension scientifique, comme garante de sa légitimité et de son efficacité face aux coûts qu'elle engendre.

DANS LA CONTINUITÉ DE LA THÉRAPEUTIQUE RATIONNELLE : UNE AIDE À LA DÉCISION BASÉE SUR DES MÉTHODES SCIENTIFIQUES

De même que pour les réformateurs thérapeutiques, il s'agit pour les partisans d'une médecine basée sur des preuves dites objectives de dépasser le jugement clinique fondé sur l'expérience individuelle.

L'objectif présenté premier de la médecine des preuves est la formation des médecins, destinée à améliorer le niveau de compétences et la qualité décisionnelle des médecins, visée propre à la profession depuis sa constitution et l'organisation de son savoir au sein des facultés de médecine. La médecine des preuves est donc d'abord développée comme un ensemble de techniques pédagogiques de lecture et d'évaluation de la qualité scientifique de la littérature médicale. Elle est dite avant tout être une aide à la décision médicale grâce à « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient⁹ » (Sacket et Haynes, *op.cit.* p26).

Car, ainsi que le déclare un des fondateurs de la médecine des preuves, l'épidémiologiste Cochrane¹⁰, dans un ouvrage publié en 1972, le choix du traitement médical ne doit pas être basé sur « une opinion médicale » mais sur « des faits scientifiques » (Cochrane, 1972). Dans cette perspective, face à la qualité très inégale des recherches évaluatives alors disponibles (Lafortune *et al.*, 2009), l'essai clinique randomisé, au fondement de la médecine des preuves et qui était déjà au centre de la thérapeutique rationnelle, est porté en tant que « gold standard » de la pratique médicale (Timmermanns et Berg, 2003).

Cette définition de Sacket et Haynes est très souvent reprise dans des articles, en particulier ceux issus du monde médical, traitant de cette question. Elle pose effectivement les termes du débat : la médecine des preuves viserait à permettre au clinicien de faire un choix thérapeutique individualisé au regard des faits scientifiquement éprouvés. Autrement dit, elle propose de faire le lien entre ce que seraient les meilleures données de la science et l'approche individualisée propre au travail clinique.

La position tenue par la médecine des preuves est que le médecin doit être informé au mieux de l'état des connaissances afin de prendre une décision dite éclairée. L'expérience individuelle est alors placée au second plan, venant en complément des données

⁹ « The conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients ».

¹⁰ Un nom qui a depuis fort gagné en célébrité à travers l'action de « The Cochrane Collaboration » que nous présentons plus loin.

scientifiques. On voit par là que ces deux dimensions de la pratique médicale ne sont pas mises sur un plan d'égalité.

Le postulat de la médecine des preuves est que le médecin se doit de délivrer des soins conformes aux données de la science. Or, dès ces années 70 (et ce ne sera qu'une amorce) le développement des savoirs scientifiques ne cesse de croître, à une vitesse plus rapide que celle de la capacité du médecin à se tenir informé et à intégrer les informations dans ces pratiques. Pour aider le clinicien, les promoteurs de la médecine des preuves proposent de recenser les connaissances médicales. Cette idée est quelque peu visionnaire quand on pense qu'aujourd'hui devant la prolifération des publications et la prolifération de leur diffusion *via* l'outil internet, il est sans conteste impossible pour un clinicien de se tenir à jour de toutes les informations publiées, au point que « garder ses connaissances actualisées pour prendre en charge ses patients est un véritable défi » (Chêne et Salmi, 2007).

On peut considérer que ce « défi » est d'autant plus fort que le médecin est confronté à une multitude de pathologies et à des demandes tout-venant, ce qui est en particulier le cas du médecin généraliste. Il en découle une question : l'aide fournie par la démarche de la médecine des preuves résout-elle ce problème d'accès et de sélection de l'information ? Nous reviendrons sur cette question dans la partie concernant l'usage des recommandations de bonne pratique, outil issu de cette démarche.

UNE METHODE DE PLUS EN PLUS STRUCTUREE POUR HIERARCHISER LES TRAITEMENTS SELON LEUR EFFICACITE

Dans l'esprit de la médecine des preuves, il ne suffit pas de recenser les informations, encore faut-il pouvoir les classer selon leur qualité. Ce qui suppose de définir un ou plusieurs critères permettant de juger de cette qualité. Les promoteurs de la médecine des preuves ont pour cela élaboré une méthode considérée comme étant scientifiquement fiable permettant de faire le tri dans la pléthore des publications médicales. Si la thérapie rationnelle visait à évaluer l'efficacité d'un traitement, la médecine des preuves s'attache à fournir la méthode de type méta-analyse permettant de classer les traitements en fonction de leur efficacité.

A cette époque, pour déterminer ce qu'est une pratique de référence, la médecine a surtout recours à l'expertise collective, sous forme de conférences de consensus et groupes de travail dont l'objectif est d'aboutir à un accord sur une question controversée ou incertaine. Le jugement est élaboré à partir des connaissances des participants des données scientifiques mais aussi en fonction de leur point de vue personnel, confronté à celui des autres. Autrement dit, ce qui est opéré est un travail de confrontation de plusieurs jugements individuels. Mais il est reproché à cette méthode de manquer de transparence quant au processus de décision et d'aboutir à des résultats autant issus de la dynamique de

groupe pendant la rencontre que de la littérature scientifique (Timmermans et Berg, *op.cit.*, p3)¹¹.

Au fil des années, les promoteurs de la médecine des preuves se sont attachés à préciser des méthodes de hiérarchisation des études de la méthode de lecture critique¹² à l'évaluation des résultats selon leur niveau de preuves, la méthodologie par essai clinique randomisé tenant le haut du panier.

Voyons ces méthodes.

Dans l'esprit de la médecine des preuves, la pléthore d'informations médicales rend indispensable une démarche organisée en plusieurs étapes :

- rechercher l'information,
- sélectionner et analyser l'information,
- synthétiser l'information dans un résumé,
- savoir critiquer la méthodologie statistique.

Rechercher l'information, après avoir défini la question posée, passe prioritairement par l'interrogation de bases de données bibliographiques. Existe déjà celle qui va devenir la plus célèbre et la plus utilisée en milieu médical : Medline, créée en 1966 par la bibliothèque nationale américaine des National Institutes of Health, est aujourd'hui accessible en ligne et couvre plus de 20 millions de références¹³.

Il s'agit ensuite, face à la multitude des publications, de faire une sélection en fonction essentiellement de la nature de l'étude décrite, des objectifs et de la méthode. Ceci est effectué selon la technique de la lecture critique qui a pour but de faire une évaluation rapide du résultat de l'essai clinique avant de le retenir pour une lecture plus attentive : « les approches proposées permettent de séparer le bon grain, qui nécessitera une lecture approfondie, de l'ivraie, qui peut être rejetée immédiatement » (Salmi, 1998). Pour un médecin, l'objectif est de pouvoir répondre, selon la rhétorique de la médecine des preuves, le plus rapidement possible et de manière la plus assurée, à la question « le bénéfice apporté par ce traitement est-il établi avec suffisamment de fiabilité et est-il cliniquement pertinent pour justifier son utilisation en pratique ? »¹⁴.

Les étapes de la méthode de lecture critique sont formalisées sous forme d'un raisonnement algorithmique. L'objectif affiché est de trier rapidement, dans un premier temps, les articles à retenir de ceux à rejeter, dans le cadre d'une pratique clinique qui se veut efficace.

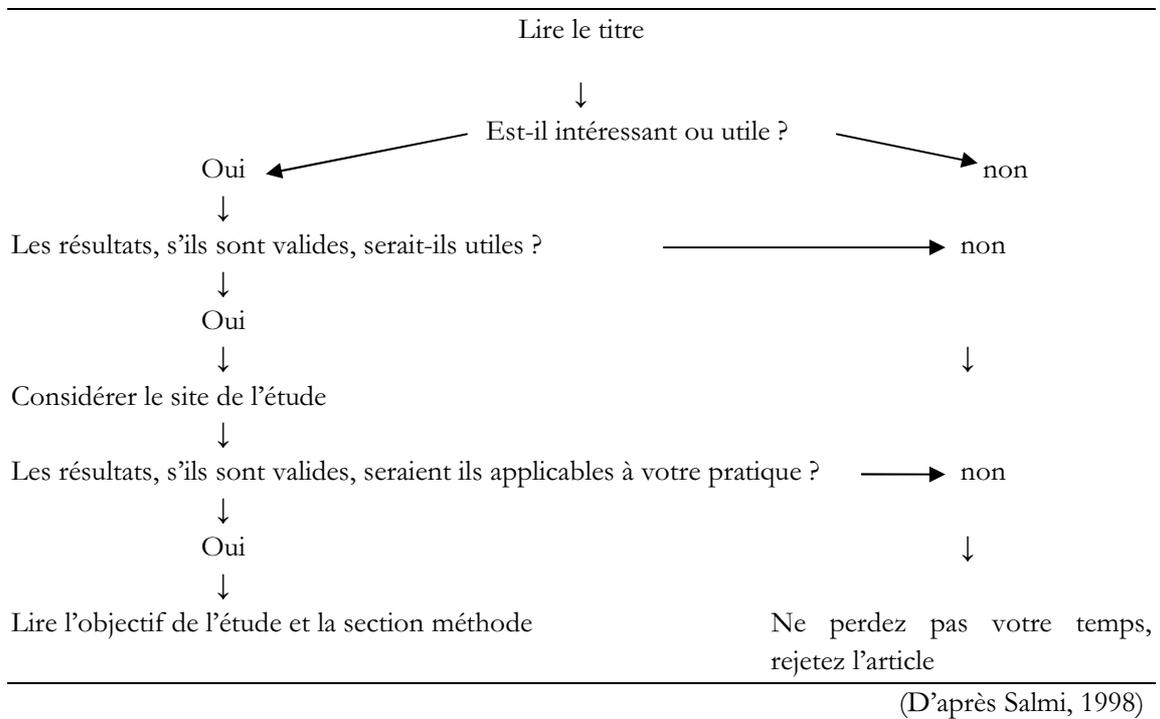
¹¹ Ce n'est pas sans rappeler le travail effectué par le Council on Pharmacy and Chemistry.

¹² Méthode qui fait aujourd'hui l'objet d'enseignement dans le cursus médical et constitue, en France, une des épreuves de l'examen classant de l'internat de médecine.

¹³ Medline Pubmed. [en ligne] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>(Page consultée le 17 mai 2011).

¹⁴ Cucherat, M. (24 juillet 2002) La lecture critique des essais cliniques. [en ligne] <http://www.spc.univ-lyon1.fr/lecture-critique/textelong/frame1.htm> (page consultée le 17 mai 2011)

Tableau-encadré 1 : Etapes de la méthode de lecture critique



Le message est clair : il s'agit de gagner du temps. Ce premier tri doit se faire le plus rapidement possible, dès la lecture du titre et du résumé. Aussi un des premiers conseils dispensés pour bien pratiquer la médecine des preuves est de ne retenir dans son interrogation bibliographique que les articles présentant un résumé et même pour un praticien de supprimer ses abonnements aux périodiques « traditionnels » qui ne publient que des textes complets (Chêne et Salmi, *op.cit.*, p44).

Un article retenu est ensuite classé selon le niveau de preuve qui lui est attribué. Cette classification est reconnue aujourd'hui de manière internationale et largement diffusée *via* des sites internet et des manuels consacrés à la médecine des preuves.

Tableau-encadré 2 : Les niveaux de preuves scientifiques

NP1 : Preuves obtenues d'au moins un essai clinique randomisé de façon appropriée.

NP2 : Preuves obtenues d'essais cliniques bien menés, sans randomisation.

NP3 : Preuves obtenues d'études de cohorte ou de cas-témoins bien menées, de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.

NP4 : Preuves obtenues de séries chronologiques multiples, avec ou sans intervention. On peut ainsi considérer les résultats marquants d'essais sans témoins.

NP5 : Preuves fondées sur la base d'opinions expertes reconnues, à partir de l'expérience clinique, d'études descriptives ou de rapports de Comités d'experts.

Source : Collège National des Obstétriciens et Gynécologues Français¹⁵

Au plus haut nous retrouvons l'essai clinique randomisé, s'il est réalisé selon une méthode estimée « appropriée », est-il précisé. Ce qui renvoie à des règles méthodologiques qu'il s'agit de vérifier si elles ont été respectées et de juger la méthode utilisée.

Juste en-dessous, vient l'essai clinique non randomisé (c'est-à-dire sans chercher à maîtriser le hasard), s'il est « bien mené ». Là aussi des critères de jugement de la qualité de l'essai sont implicites.

Le terme quelque peu flou de « bien mené » est également utilisé pour qualifier les études de cohorte et de cas-témoins. A ce niveau, est introduit le critère d'étude multi-sites qui rendrait les résultats plus fiables.

Le niveau 4 est illustré en faisant référence à une des premières études réalisées au États-Unis dans la période de « thérapeutique rationnelle ».

Le plus faible niveau correspond au jugement individuel d'une ou plusieurs personnes qualifiées, sur la base de ses ou de leurs expériences et connaissances.

La méthode est précise, méthodique (bien que les critères de jugement de la qualité d'une étude ne soient pas précisés). Le raisonnement est algorithmique. Le clinicien peut s'y former en suivant des enseignements ou en lisant un manuel et la pratiquer dans son exercice habituel ou il peut recourir à des synthèses élaborées via des méta-analyses et diffusées soit dans des publications soit dans des sites dédiés à la médecine des preuves. Dans ce deuxième cas de figure, la recherche bibliographique et le tri sont effectués, le médecin peut se référer directement aux résultats ainsi obtenus pour éclairer ses décisions thérapeutiques.

¹⁵ Collège National des Obstétriciens et Gynécologues Français. Classification relative à l'efficacité d'une intervention médicale, établie par le Groupe canadien sur l'examen médical périodique par ordre de force probante décroissante [en ligne]. http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PUNP_00.HTM (page consultée le 17 mai 2011).

Une autre dimension est un enjeu au cœur de la médecine, inscrit historiquement dans sa volonté de faire science et d'élaborer des méthodes rigoureuses : c'est l'incertitude. La démarche de la médecine des preuves permet-elle de la réduire ?

L'ILLUSION DE L'OBJECTIVITE COMME MOYEN DE REDUIRE L'INCERTITUDE MEDICALE

L'idéal de la médecine dans la perspective « médecine des preuves » repose sur la modélisation statistique et la méthode des essais thérapeutiques. La médecine des preuves, de par son affichage scientifique, est présentée comme permettant de réduire l'incertitude médicale. L'objectivité qu'elle porte résoudrait les travers décisionnels liés à la subjectivité du praticien. Cette forme de médecine scientifique rêve d'éliminer la part d'incertitude de la pratique médicale, au moins au niveau de l'élaboration du diagnostic et du choix du traitement, incertitude dont elle ne perçoit pas les vertus pour la profession médicale.

La question de l'objectivité émerge à travers la visée de lutte contre la subjectivité du médecin et s'accorde avec les débats teintés de positivisme scientifique du XIX^{ème} siècle¹⁶. Ce qui est visé est de dépasser les limites individuelles qui seraient porteuses d'erreur de jugement et de passer d'une logique de la preuve basée sur le cas individuel, caractéristique de la médecine clinique à une logique de la preuve basée sur les résultats issus des essais cliniques randomisés.

Dans la rhétorique de la médecine des preuves, l'objectivité dans la décision médicale est une réponse à l'incertitude et s'insère dans une course vers la puissance statistique qui représenterait l'objectivité « suprême ». Mais on peut aussi prendre le contre pied de cette vision et considérer l'incertitude non seulement comme inhérente à la médecine dans la mesure où le résultat de toute action médicale comporte une part d'incertitude irréductible (Léchohier, 2004) mais aussi fonction du développement des connaissances, celui-ci étant très rapide.

Le travail sur le sujet de Renée Fox fait référence. On peut retenir ici certains de ses propos, exposés dès la préface de son ouvrage sur l'incertitude médicale : « On prête parfois à Socrate l'aphorisme suivant : notre incertitude s'accroît en fonction de nos

¹⁶ Pour une présentation de l'histoire du concept d'objectivité, voir par exemple Berlivet, 1995. Pour un développement, se référer aux trois articles qu'il cite, parus dans *Social Studies of Science*, 1992, vol 22, de Daston, Porter et Dear. Voici un extrait du propos de Berlivet, fort éclairant quant à notre propos : « On ne peut, ici, retracer toutes les transformations sociales ayant entraîné les glissements successifs dans la définition du concept d'objectivité. Indiquons simplement qu'on peut considérer comme un élément essentiel, l'évolution du monde scientifique au début du XIX^{ème} siècle, qui aboutit à la structuration d'une véritable « communauté scientifique », au sens qu'on donne aujourd'hui à ce mot. En raison de l'augmentation du nombre d'expérimentateurs, de la plus grande variété de leur origine sociale et de l'élargissement géographique, les liens qui structuraient « le monde du XIX^{ème} siècle étaient à la fois plus nombreux, plus hétérogènes, plus impersonnels » (citant Daston et al, 1992), il n'était alors plus possible de fonder sa confiance dans les travaux sur une connaissance directe et intime des expérimentateurs (...). Au contraire la production d'énoncés scientifiques crédibles ne pouvait passer que par une neutralisation des idiosyncrasies » (p66).

connaissances comme le périmètre d'un cercle en fonction de son rayon. La pratique de toute science est une école d'incertitude. La médecine étant un art dont la pratique s'appuie sur une science, elle est, elle aussi, une école de l'incertitude et peut être même l'école par excellence où l'être humain peut apprendre à vivre lucidement la prise de décision dans l'incertitude » (Fox, 1998)¹⁷.

Dans la mesure où le raisonnement médical opéré est probabiliste, il s'agit pour le médecin de chercher à conjuguer les probabilités et les possibilités dans un univers incertain. « Sous le sceau d'une incertitude liée au caractère complexe et provisoire du savoir médical » (Kerleau, 1998), le contexte de décision peut être celui de l'urgence et de l'irréversibilité. L'incertitude est considérée comme inhérente à la médecine : elle entoure les pratiques et se situe également en amont de la rencontre le patient car si le médecin ne peut être assuré qu'un patient viendra le consulter, il ne peut non plus être certain qu'il reviendra (Bloy, 2008).

Face aux certitudes de ses partisans, les questions soulevées sont nombreuses quant aux réponses que pourrait apporter l'approche par la médecine des preuves. Des travaux sociologiques soulèvent des limites, en particulier dans l'application à des contextes à forte incertitude médicale.

Prenons quelques exemples :

- quand les preuves scientifiques font défaut mais que les pratiques concordent sur une façon de faire : les causes de syndrome de mort subite du nourrisson restent peu établies mais il a été observé qu'allonger le bébé sur le dos réduit les risques. Un autre exemple en pratiques pédiatriques est la pesée régulière du nourrisson qui est recommandée non pas du fait d'un intérêt scientifiquement prouvé mais parce qu'elle fournit le prétexte à consulter et donc à suivre régulièrement le petit enfant dans ses premiers mois (Tonglet, 2003) ;

- quand les connaissances scientifiques sont en cours d'élaboration : Bourret et Rabeharisoa (2006) prennent deux exemples, celui de l'hypothèse de l'origine génétique de l'autisme et de celui des prédispositions héréditaires au cancer. Les cliniciens soulignent combien ils sont confrontés en pratique à l'incertitude dans ce domaine et qu'ils recourent à un travail collectif de réflexion et de régulation des pratiques ;

- quand les conduites à tenir engagent une dimension éthique particulièrement prégnante, comme cela est le cas dans les décisions d'interruption médicale de grossesse (Membrado, 1993) ou de fin de vie en réanimation (Kentish-Barnes, 2007). Là aussi, face à l'incertitude, c'est la discussion et la concertation entre intervenants qui sont mises en œuvre.

Finalement, la décision médicale résulte d'un arbitrage entre des arguments qualifiés d'objectifs (ou du moins objectivés) et des arguments qualifiés de subjectifs, entre des faits et des valeurs, qui tendent à signaler les limites de l'adéquation du modèle de la médecine des preuves dans toutes les situations médicales.

¹⁷ Notons au passage que Renée Fox allie art et science en médecine.

Ce qui nous intéresse pour avancer dans nos réflexions est de traiter la question non pas en termes d'opposition objectif/subjectif mais en considérant qu'il existe plusieurs formes d'objectivité. Ainsi selon Dodier (2007), l'objectivité est à l'équilibre entre distance et proximité, au carrefour de deux exigences auxquelles le médecin est confronté : manifester une certaine proximité au cas présent et à ses particularités et faire preuve d'une certaine distance, c'est-à-dire se détacher de ce qui pourrait biaiser son jugement. C'est ainsi que la médecine des preuves, porteuse d'une objectivité à distance via les essais cliniques randomisés, vise à équiper les médecins contre les biais de proximité compris dans la subjectivité, dans un « triomphe de la science médicale ». Or l'objectivité à distance, caractéristique de la modernité thérapeutique, et l'objectivité à proximité, caractéristique de la tradition clinique¹⁸, coexistent dans les pratiques médicales, dans des modalités variables selon le domaine et selon les conceptions de l'autonomie du patient et de son inclusion dans l'élaboration du jugement. Cette coexistence prend la forme d'une « médecine des preuves participative » (Dodier, 2005) – particulièrement illustrée par le domaine du SIDA - dans laquelle le médecin est attentif à respecter les protocoles de soins évalués selon la méthode des essais contrôlés tout en reconnaissant la place du patient et sa participation dans un processus de décision partagée¹⁹.

Différents points abordés ici seront repris dans des chapitres à venir dans le cas qui nous intéresse plus particulièrement - la pratique de médecine générale de suivi de patients hypertendus :

- L'incertitude relève-t-elle plutôt de la décision thérapeutique et dans ce cas, comment est-elle résolue par le généraliste ou relève-t-elle plutôt du comportement du patient et alors quelles sont les appuis d'action mobilisés par le médecin ? Autrement dit, le savoir objectivé tel qu'il est formulé dans les recommandations est-il une ressource mobilisée en réponse à l'incertitude dans la prise en charge de l'hypertension en médecine générale ?
- Sous quelle(s) forme(s) rencontre-t-on l'objectivité en médecine générale quand il s'agit d'assurer le suivi de patients hypertendus ? Dans l'élaboration de la décision, quelle est la place accordée ou prise par le patient ? En quoi contribue-t-il à une pratique conforme ou déviante au modèle de la médecine des preuves ?

¹⁸ Pour Dodier (2007), la tradition clinique est une option politique, c'est-à-dire une manière de concevoir les distributions légitimes de pouvoirs, qui s'est construite au XIX^{ème} siècle. Sa caractéristique est de valoriser l'objectivité dans la proximité et sur un plan clinique, sur un langage capable de rendre justice aux particularités de chaque cas. L'expérience personnelle auprès des malades et la connaissance des individus reconnus dans leur singularité sont supposées jouer un rôle important dans ce régime. L'objectivité du jugement se construit par une intériorisation des valeurs de la médecine et le contrôle du bien-fondé des pratiques est supposé s'exercer entre pairs.

¹⁹ Ce travail politique en médecine autour de l'objectivité s'est effectué parallèlement aux mouvements sociaux plaçant l'autonomie comme un bien en soi, mouvement qui a participé à une redéfinition ou du moins une mise en débat de la relation médecin-patient sur le modèle de l'autorité et du paternalisme.

Il s'agit donc d'analyser le mode d'élaboration du jugement de la situation du médecin, en pratique, face à son patient, en contexte de consultation. Ce qui est au cœur de notre analyse des données empiriques recueillies.

Pour clore ce chapitre, nous aimerions souligner la dynamique de croissance que connaît le mouvement de la médecine des preuves malgré les oppositions dont il peut faire l'objet. Cette dynamique s'insère dans la continuité de la construction de la médecine sur un statut scientifique mais il s'explique aussi notamment par sa capacité d'intégration des critiques.

DES MODELES QUI S'OPPOSENT : FORCE EPISTEMOLOGIQUE *VERSUS* REDUCTIONNISME SCIENTIFIQUE DE LA MEDECINE DES PREUVES

Ayant d'abord été conçue en tant que méthode pédagogique permettant de résoudre des cas cliniques exposés en critiquant les données scientifiques qui s'y rapportent (Arnaud-Battiston, 2007), la médecine des preuves est pour l'essentiel « vécue comme une rupture du paradigme de la décision médicale et une menace pour la relation individuelle du médecin avec son patient » (Fervers, 2006). En plaçant la production de preuves, notamment les « gold standards » au cœur de la pratique clinique, elle restructurerait la manière dont on pense les problèmes cliniques (Richards et Lawrence, 1995). Mais cette rupture de paradigme est également présentée de manière positive comme au centre du projet des promoteurs de ce mouvement constitués en « l'Evidence-Based Medicine Working Group » ainsi qu'ils l'annoncent dans un numéro de la revue JAMA (1992), celle même qui avait ouvert une tribune d'expression aux réformateurs thérapeutiques.

Pour certains donc, la médecine des preuves entraîne une rupture perçue comme bénéfique pour la profession.

Ainsi Schied (1993, cité par Jackson et Scambler, 2007) liste trois raisons interdépendantes de l'intérêt pour la médecine d'acquérir un statut scientifique tel que lui offre le mouvement de la médecine des preuves : la légitimité dans la société s'acquiert de manière privilégiée par le discours scientifique ; gardiens d'une rationalité scientifique, les médecins gagnent un statut d'expert qui leur autorise l'arbitrage de ce qui constitue la « vraie » connaissance médicale et la pratique acceptable ; la dimension recherche entre ainsi dans la médecine ce qui la met au rang d'autres disciplines universitaires.

Nous retrouvons là les éléments précédemment abordés sur lesquels la médecine s'est appuyée pour acquérir et renforcer son statut de profession. Dans ce sens, le mouvement de la médecine des preuves est à considérer dans un travail de légitimité professionnelle basé sur la science inscrit de longue date dans l'histoire de la médecine, en continuité plutôt qu'en rupture²⁰.

²⁰ On peut aussi parler de sédimentation : voir par exemple, Hammer, (2010, p53, citant Bazsanger 1995, p291) « qui, à la suite de Pickstone (1993), analyse les transformations de la médecine d'abord en termes de sédimentation plutôt qu'en terme de rupture ».

A un niveau plus concret, pour ses partisans, elle participe à améliorer les pratiques. Parce qu'elle intègre la sagacité clinique aux meilleures preuves en cours, elle rendrait le clinicien plus compétent car apte à prendre des décisions éclairées. A un niveau collectif, elle faciliterait une pratique médicale plus transparente ce qui permettrait une meilleure communication et plus de collaborations entre les médecins. Enfin, dans une perspective de santé publique, elle réduirait les variations inappropriées et permettrait d'améliorer la qualité des soins (Timmermans et Berg, *op.cit.*).

Par conséquent, la médecine des preuves bénéficierait d'une audience favorable car :

- elle répond à un souci de légitimation de leur expertise par les professionnels ;
- elle contribue à assurer la confiance de la population en la profession médicale ;
- elle permet de contrôler les coûts de santé, au nom de l'efficacité attendue par les pouvoirs publics.

A l'inverse, pour ses détracteurs, la standardisation des pratiques induite par la médecine des preuves réduirait l'autonomie professionnelle et la part de la décision individuelle. Le néologisme de « Mcdonaldization » (Timmermans et Berg, 2003, p19) est employé pour désigner les conséquences de cette approche sur les pratiques médicales : la médecine des preuves constituerait une entrave à la « créativité » et à l'approche personnalisée. De manière radicale, selon ce point de vue, les compétences des médecins deviendraient inutiles puisque des outils déterminent leurs actions. Ce qui signifierait dans ce cas la fin de la médecine en tant que profession.

Les opposants estiment que la médecine des preuves est une « entreprise cognitive-rationnelle » (Bensing, 2000) dans laquelle le traitement est d'abord une affaire de raison et où la réflexion est avant tout centrée sur la maladie. Elle est « disease-oriented », pour reprendre un néologisme anglais souvent employé, et s'appuie sur des essais cliniques randomisés où les caractéristiques des patients peuvent être une nuisance. C'est pourquoi les essais cliniques et le traitement statistique sont basés sur des patients « moyens », ce qui pose un problème pour inclure la diversité des individus à laquelle peut être confronté le médecin. De plus, des groupes de patients qui peuvent paraître homogènes en termes de santé publique peuvent être hétérogènes dans leurs caractéristiques individuelles et nécessiter des interventions différenciées.

Dans la vision de la médecine des preuves, basée sur les résultats issus des essais cliniques randomisés, « le patient est au pire un simple terrain, au mieux une personne qu'on informe des derniers résultats probants de la recherche » (Couturier, 2003).

Selon ce point de vue, la médecine des preuves agirait non seulement sur les modalités du jugement médical mais aussi sur les interactions entre un médecin et son patient, celui-ci faisant objet d'une « moyennisation, » sur le modèle de l'individu statistique mobilisé par la santé publique et non pas sur le modèle du patient singulier et ayant au moins une part d'autonomie dans la décision médicale.

Nous avons vu précédemment, qu'au sein même de la profession médicale, prendre les essais cliniques randomisés comme modèle de référence pour établir le jugement médical ne faisait déjà pas l'objet d'un accord consensuel du temps du programme pour une thérapeutique rationnelle. C'est toujours le cas avec le mouvement de la médecine des preuves.

Bien que puissant, le paradigme scientifique est confronté à un certain nombre d'obstacles et de critiques, notamment dans sa déclinaison pratique.

A partir d'une revue de littérature incluant les publications de langue anglaise depuis 1990 sur la médecine des preuves, Lambert (2006) établit la typologie suivante des limites méthodologiques de celle-ci :

- « Incommensurabilité de formes de connaissances entre celles issues des données populationnelles *via* les essais cliniques randomisés (ECR) et celles issues des besoins individuels des patients »

Autrement dit, les preuves issues des essais cliniques randomisés ne seraient pas transposables au management clinique des individus. Nous retrouvons la critique ancienne qui oppose l'approche agrégée statistique à l'approche clinique individualisée.

- « Biais pour les interventions individuelles »

La médecine des preuves permet de comparer des choses simples -un traitement *versus* un placebo (selon l'usage classique en méthode ECR)- au niveau d'une population, mais ne peut inclure des éléments plus complexes individuels comme la psychosociologie, le comportement, la culture, etc ...

- « Exclusion des qualités cliniques c'est-à-dire l'expérience du médecin »

Cette critique s'inscrit dans la perspective du vieux débat « la médecine, est-elle un art ou une science ? », c'est-à-dire de l'opposition entre la légitimité décisionnelle de ce qui relève de la subjectivité de ce qui relève de l'objectivité.

- « Production de guides stéréotypés »

Cette production induirait une érosion potentielle de l'autonomie clinique et une limitation du choix du patient.

- « Absence de considération du point de vue du patient »

Ceci au nom de l'efficacité clinique et économique en excluant les perceptions subjectives de l'individu destinataire du soin.

- « Difficultés de traduire les preuves en pratique »

Cette critique est apparue chronologiquement la dernière : elle soulève la question centrale de l'implémentation des résultats de la recherche clinique dans les pratiques médicales.

Ce sont là des limites que l'on retrouve dans l'analyse que Couturier *et al.* (2009, *op.cit.*) font sur un plan épistémologique, en définissant trois formes de réductionnisme produites par

l'approche par les « données probantes » (pour reprendre leur expression) sur le modèle de la médecine des preuves :

- Un réductionnisme épistémologique par exclusion des autres savoirs et méthodes « relégués à la part de mou dans toute pratique professionnelle, donc à des formes primitives de preuve, que le bon chercheur saura domestiquer, civiliser » ;
- Un réductionnisme du sens de l'action à des « formes inertes », en le réduisant en indicateurs et aux catégories épidémiologiques ; elle minimise « l'unicité du patient » en ne tenant pas compte de ses valeurs, ses préférences dans la décision médicale le concernant. D'ailleurs les caractéristiques personnelles et idiosyncratiques qui n'ont pas été retenues dans les essais cliniques randomisés peuvent se voir réduites au statut de « bruit statistique » ;
- Un réductionnisme culturel car il y a exclusion de la majorité des travaux non publiés en anglais car peu ou pas indexés dans les banques de données interrogées.

On reconnaît ici les controverses récurrentes sur ce qui fonde les meilleurs critères de jugement médicaux et la place de l'expérience individuelle et de la singularité du patient face à la rigueur des méthodes scientifiques. N'oublions pas que la définition de Sacket et Haynes (*op.cit.*) indique la prise en compte de la dimension individuelle du patient : « ... the care of individual patient », dit-il. Or, effectivement, la façon dont cette singularité est introduite dans la méthode de la médecine des preuves n'est pas explicitée. Si elle ne l'est pas au niveau des données collectées, agrégées statistiquement, faut-il entendre qu'il revient au clinicien, utilisateur des informations issues des essais cliniques et des méta-analyses, de le faire en situation de soins ?

Ce n'est pas de notre propos que de prendre position par rapport à ces deux visions de la médecine des preuves. Notre raisonnement vise dans un premier temps à poser les termes du débat avant de les mettre à l'épreuve des données empiriques dans le cas particulier de la médecine générale et de la prise en charge de l'hypertension, contexte qui pose de manière forte la question de la mise en pratique des résultats issus essentiellement d'essais cliniques randomisés. Car « si la médecine des preuves peut aider le médecin à diminuer la complexité et donc l'incertitude, à utiliser les connaissances nouvelles avec un esprit critique et à entretenir un jugement clinique mieux informé, elle ne peut se réduire à une utilisation des recommandations de pratiques cliniques pour résoudre le problème posé par un patient donné. Il reste un grand travail critique à faire sur ce qui peut faire preuve (essais cliniques ou non, données de l'expérience...) avant de juger l'ensemble des pratiques médicales à l'aune de ces ressources scientifiquement correctes » (Bizouarn, 2002).

LES RAISONS DU SUCCES

Alors pourquoi, malgré ces nombreuses critiques, ces failles, le mouvement de la médecine des preuves fondé sur l'essai clinique randomisé s'est-il maintenu, et même, fortement

développé ? Est-ce du fait de ses fondements sur une démarche scientifique, démarche perçue comme apportant un gain de cette légitimité que la profession médicale a toujours cherché à acquérir et à renforcer ?

L'abondance des articles se référant à la médecine des preuves issus du milieu médical est un signe de la densité des usages et des débats internes à la profession. Une interrogation réalisée en octobre 2010 sur la fameuse base de bibliographie médicale « Medline/Pubmed » en indiquant comme seul mot clé « evidence based medicine » recense 6133 articles publiés sur les 12 derniers mois.

La médecine des preuves est un mouvement puissant qui a pris une forte ampleur au sein de la profession. De nombreuses revues dont le nom est formé avec la racine « Evidence Based » suivi d'un complément précisant le domaine concerné : « medicine, cardio vascular medicine, mental health... » ont été créées depuis ces dernières décennies.

Sites et revues spécialisés se multiplient. On ne compte plus les centres, instituts qui se consacrent à la synthèse, au transfert et à l'application des connaissances, souligne Lafortune (2009), en introduction à un numéro de revue consacré aux données probantes sur le modèle de la médecine des preuves.

Parmi les instituts, le plus fameux est « The Cochrane Collaboration », créé en 1993 et ainsi nommé en hommage à Archie Cochrane, décédé en 1988. Depuis cette date, il est devenu une vaste entreprise de diffusion de la médecine des preuves qui vise à préparer, tenir à jour et diffuser les revues systématiques sur l'efficacité des traitements et thérapeutiques sur la base des résultats des essais cliniques classés selon leur niveau de preuve. Elle se présente comme « une organisation internationale, indépendante, à but non lucratif, composée de plus de vingt huit mille membres dans plus de cent pays ». Elle a ses propres réseaux de diffusion, sous forme de revues²¹, accessibles en ligne²².

L'internet, dont l'expansion prend son essor au début des années 90, est le media qui permet un accès facilité et une diffusion rapide et de grande envergure des productions de la médecine des preuves. Elle a donc bénéficié des progrès techniques en matière de communication pour se développer.

Mais si elle connaît autant de succès, c'est aussi et surtout du fait même de son objet : faire science en médecine. Elle s'inscrit, comme nous l'avons précédemment précisé, dans un processus engagé depuis le XVIII^{ème} et renforcé depuis le début du XX^{ème} siècle en s'intéressant à l'objectivation de la décision médicale quant aux choix thérapeutiques. Autour de cet objectif, se sont constituées des alliances entre les différents acteurs intéressés. Nous l'avons vu dans le cadre du Programme pour une thérapeutique rationnelle où autour des médecins, se sont réunis des biologistes, mais aussi des représentants de l'industrie pharmaceutique ou encore des media. La médecine des preuves continue à

²¹ Cochrane Review [en ligne]. <http://www.cochrane.org/cochrane-reviews> (page consultée le 17 mai 2011).

²² Cochrane Library [en ligne]. <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html> (page consultée le 17 mai 2011).

fédérer un large monde, au-delà de la médecine. « Jusqu'il y a peu, les décisions dans les traitements médicaux n'impliquaient que le patient et le médecin. Depuis le dernier quart du siècle précédent, un interlocuteur assez envahissant s'y est ajouté : le scientifique », ainsi commence un éditorial de la revue *Minerva*, consacrée à la médecine des preuves (Lemiengre, 2008). L'auteur poursuit ainsi : « Nul ne contestera l'intérêt croissant accordé aux preuves scientifiques. Le fait que la Revue *Minerva* soit soutenue dans sa démarche aussi bien par les universités que par les organismes assureurs, les autorités et les associations professionnelles conforte notre proposition ».

Les enjeux portés par le mouvement de la médecine des preuves dépassent le seul champ professionnel de la médecine. Il comporte également des dimensions politiques et économiques qui intéressent bien d'autres acteurs, ainsi que nous le verrons dans le chapitre suivant à travers son application sous forme de recommandations de bonnes pratiques.

Un autre caractère de la médecine des preuves a contribué à son expansion : sa capacité à intégrer les critiques faites à son encontre. Ce qui est remarquable est le fait que les critiques sont comme peu à peu prises en compte par les promoteurs de la médecine des preuves, non pas en les rejetant mais en les incorporant.

Ainsi, en réponse au reproche de ne pas considérer la singularité des situations, la définition est modifiée : le contexte clinique, l'action du patient y sont introduits dans la définition de la médecine des preuves. En 2003, Haynes, un des membres fondateurs aux côtés de Sacket, reconnaît que le modèle initial ne prend pas assez en compte les dimensions sociales et l'organisation du système de santé et qu'il est nécessaire de les intégrer (Grol et Grimschaw, 2003). La Cochrane Collaboration travaillerait depuis sur l'intégration des dimensions qualitatives (Lambert, *op.cit.*).

Un travail de communication est opéré dans ce sens. Ainsi en préface d'un ouvrage élaboré par des promoteurs de la médecine des preuves, elle est présentée comme étant destiné « à tous les praticiens quelque soit le stade de leur formation ou de leur carrière, qui veulent apprendre comment pratiquer la médecine fondée sur les faits (MFF). (...) A tous ceux qui sont obsédés par la validité des faits et la rigueur des méthodes, ce livre rétablit une perspective plus « humaines » de la MFF, et donc plus réaliste, en montrant comment les meilleures²³ données disponibles peuvent être confrontées aux caractéristiques individuelles, aux valeurs et à la situation du patient pour optimiser une décision clinique » (Haynes *et al.*, 2007).

La suite de la préface souligne une autre raison du succès de la médecine des preuves : même si elle évolue et s'adapte, elle reste présentée comme étant avant tout une aide à la décision pour le praticien : « A tous ceux qui prétendent que la médecine n'est qu'un art et s'accrochent à leur exercice obsolète, ce livre expose des stratégies simples pour capturer les meilleures informations dans le marais de l'information disponible et apprendre simplement et efficacement à les évaluer de manière critique pour améliorer la décision

²³ Entendre celles issues du plus haut niveau de preuve.

clinique. A tous les autres, exerçant déjà la MFF, consciemment ou inconsciemment, il conforte les bonnes habitudes et guide l'apprentissage de nouveaux comportements » (*op.cit.*). Elle demeure, dans ce sens, attachée à l'esprit initial de la médecine des preuves et à l'objectif qui a prévalu dans le programme de la thérapeutique rationnelle : aider le clinicien en lui fournissant un outil d'information et une méthode de lecture rigoureuse. Ce faisant, c'est une transformation intellectuelle qui est visée, l'acquisition d'une autre façon de penser et de pratiquer chez les médecins, la formation d'un esprit.

Mais si dans la première partie du XX^{ème} siècle, les réformateurs se sont heurtés à des réticences du milieu médical, la médecine des preuves semble acquérir aujourd'hui de plus en plus de partisans, au sein non seulement de la médecine allopathique mais aussi des médecines dites alternatives. Ainsi en Angleterre, la Chambre des Lords a récemment demandé aux praticiens de cette médecine de se soumettre à la méthode des essais cliniques randomisés de manière à apporter la preuve de l'efficacité de leur méthode de soins (Jackson et Scambler, *op.cit.*). L'argument est toujours celui d'apporter la preuve scientifique de manière à légitimer des pratiques de soins.

L'expansion du modèle de la médecine des preuves se rencontre même en dehors du monde médical : nous le retrouvons dans le travail infirmier mais aussi dans le travail social (Couturier et Carrier, 2007) ou encore dans la sécurité publique (Lafortune, 2009). Ce mouvement diffuse une nouvelle façon de penser les pratiques professionnelles, fondée sur des données objectivées qui garantiraient une qualité et de fait, une légitimité scientifique. En fait, ce qui s'opère est un glissement du modèle de « l'evidence based-medicine » à celui de « l'evidence based-practice ».

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons montré que la médecine des preuves s'inscrit au sein de la profession médicale en continuité avec un mouvement ancien visant à garantir sa légitimité et à asseoir sa dimension scientifique.

Au début du XX^{ème} siècle, les premiers réformateurs se sont attachés à évaluer l'efficacité des médicaments en recourant à la méthode des essais cliniques randomisés. Ils souhaitaient par cette démarche inciter une transformation intellectuelle du monde médical par le développement d'une pensée scientifique.

Ce mouvement a bénéficié de l'appui de divers acteurs d'horizon divers dont les intérêts convergeaient avec des médecins cliniciens et non cliniciens : industries pharmaceutiques, media, statisticiens ... Mais les promoteurs ont eu à faire face à de nombreuses réticences qui ont freiné le développement de leur programme « pour une thérapeutique rationnelle » : réticences de médecins formés à la pensée de l'acquisition des connaissances par l'expérience individuelle ; réticences de cliniciens qui n'y retrouvaient pas la réalité de leurs pratiques. Ils connurent notamment des échecs en tentant d'appliquer le modèle évaluatif des essais cliniques randomisés à des études d'intervention à visée préventive.

Dans les années 70, ce mouvement est repris sous le modèle de la médecine des preuves dont le premier objectif a été de fournir aux médecins des techniques de lecture et d'évaluation de la qualité scientifique des publications médicales. Celles considérées comme étant les plus fiables étaient celles dont les résultats étaient issus d'essais cliniques randomisés. Selon la perspective de la médecine des preuves, grâce à ces méthodes scientifiques, le médecin est plus à même de juger objectivement d'une situation clinique et de décider du traitement à prescrire.

Les débats entre partisans et opposants de la médecine des preuves sont nombreux et perdurent. Pour les uns, la médecine gagne en force scientifique. Pour les autres, elle perd en force intellectuelle.

Et pourtant, le mouvement se développe. Il touche de plus en plus de secteurs de la médecine. Il dépasse aujourd'hui le seul champ de la décision thérapeutique, de l'aide au diagnostic et à la prescription. Il couvre plus largement toutes les facettes de ce qui définit la « bonne » prise en charge d'une maladie.

La médecine des preuves n'est plus seulement un outil pédagogique et une aide à la décision médicale par un accès à une information évaluée et synthétisée. Elle est aussi un outil de définition des bonnes pratiques dites « basées sur les preuves » et sort du domaine professionnel de la médecine pour toucher à la dimension politique de la santé.

Nous allons voir plus précisément comment s'est opéré le glissement d'une rationalisation du jugement du médecin à une rationalisation et un pilotage des pratiques médicales.

Chapitre II

Les recommandations de bonne pratique ou les multiples facettes d'un instrument à visée politique et professionnelle

Nous avons vu dans le chapitre précédent que le modèle médical promu par la médecine des preuves correspond à une pratique étayée par une démarche scientifique.

La médecine des preuves encourage une pratique clinique fondée sur une approche systématique de la littérature scientifique, recherchant des réponses précises à des questions précises, procédant à une évaluation critique de la validité et de l'utilité de ce que recèle cette littérature, cherchant à appliquer ces enseignements à des patients et des populations réelles. Elle suppose que la connaissance des résultats des meilleures études sur un plan méthodologique conduit à une amélioration des pratiques médicales et de la qualité des soins.

Le champ d'application de la médecine des preuves et ses usages se sont peu à peu étendus. D'un mouvement scientifico-professionnel de rationalisation du jugement du médecin, elle est devenue un instrument²⁴ politico-professionnel de rationalisation des pratiques médicales ainsi que l'indique le développement de recommandations de « bonnes pratiques ». C'est à ce glissement que s'intéresse le présent chapitre, avec au cœur de notre réflexion, la question de savoir à quelles nouvelles figures du médecin et du patient il correspond et comment elles se déclinent en pratique, notamment de médecine générale.

C'est un chapitre ambitieux par l'étendue du champ qu'il aborde et l'intrication des différents aspects traités.

Pour commencer, nous poserons le cadre dans lequel les recommandations apparaissent et se multiplient. Nous verrons qu'elles émergent dans un contexte politique, en particulier en matière de santé, différent de celui dans lequel est apparue la médecine des preuves. Nous préciserons dans quelle mesure elles s'inscrivent ou non dans le prolongement des liens noués antérieurement entre Médecine et État.

Puis, nous nous attacherons à la présentation de cet instrument : les objectifs visés, les méthodes d'élaboration, les positionnements professionnels et débats soulevés. Nous montrerons en quoi il y a rupture et continuité par rapport au mouvement de la médecine des preuves.

²⁴ Au sens de Lascoumes et Le Galès (2004)

La troisième section cherchera à situer les recommandations dans le contexte de transformation de la profession médicale et de modifications qu'elle connaît en particulier dans la redéfinition des relations avec les patients. Une section sera consacrée à la situation spécifique de la médecine générale.

Nous finirons en présentant les usages et les effets professionnels des recommandations, en nous attachant à montrer leur diversité du point de vue de l'objet visé mais aussi en fonction du segment professionnel concerné. Ainsi pour la médecine générale, elles constituent un objet ambivalent alors qu'elles permettent à d'autres spécialités de renforcer leur juridiction.

1. Une volonté d'intervention croissante de l'État sur les pratiques médicales

Un regard historique souligne que l'État est intervenu dès le XVII^{ème} siècle et surtout à partir de la fin du XIX^{ème} siècle dans la constitution de la médecine en tant que profession, dotée d'autonomie et d'auto-contrôle. La fin du XX^{ème} voit le renforcement de la gouvernance étatique de la santé, depuis la création de l'assurance maladie aux différents plans santé et conventions médicales (Pierru, 2010).

METTRE EN PLACE LA PROFESSION MEDICALE : UNE RECIPROCITE DANS LES INTERETS DES MEDECINS ET DE L'ÉTAT

Le chapitre précédent s'est attaché à souligner la mobilisation de la dimension scientifique dans la constitution de la profession médicale. La professionnalisation est également à voir comme un processus de nature politique qui ne peut se réaliser sans interaction entre le groupe professionnel et l'État.

Les rapports entre l'État et la médecine sont anciens. L'action politique a d'abord concerné l'organisation de la profession et s'est effectuée à travers des actes législatifs. Nous avons évoqué précédemment l'Édit Royal de Marly de 1707, la loi de Ventôse en 1803 et surtout, en 1892 la loi Chevandier qui fournit le cadre essentiel à l'établissement de la profession : d'une part, elle instaure qu'est reconnu docteur seulement celui qui reçoit un diplôme de médecine délivré par l'État, et d'autre part, elle autorise la formation de syndicats professionnels qui ont pour mission de défendre les intérêts des médecins.

La mise en place de la profession médicale et le maintien de son autonomie relèvent d'un long processus politique et de négociations avec l'État. Autrement dit, pour reprendre les termes de Chapoulié, l'organisation professionnelle de la médecine n'a pu se réaliser sans « une laborieuse politique de négociation » avec l'État ce qui fait notamment de la médecine une « profession insérée dans la structure sociale » (Chapoulié, 1985). C'est aussi ce que démontre Foucault (*op.cit.*) : tout au long du XVIII^{ème} et du XIX^{ème} siècles, l'organisation de la médecine s'est faite, en France, conjointement aux événements politiques. Les premières interventions de l'État remontent à Louis XIV lorsqu'il décide de créer dans chaque grande ville un grand hôpital général afin d'y accueillir toute personne en difficulté, puis quand il promulgue l'Édit de Marly qu'il souhaite « perpétuel et irrévocable » et qui est considéré comme le premier grand texte de santé publique. La loi Chevandier signe le lien contractuel entre médecins et État : la garantie du monopole suppose l'intervention de l'État, ce qu'il a fait. En contrepartie, il délègue aux médecins la fixation de leurs règles déontologiques et le contrôle de leur respect. Cette attribution a abouti à la création de l'Ordre des Médecins en 1940 et à la rédaction d'un code de déontologie en 1941.

Cette thèse est également celle adoptée par Hassenteufel qui considère que la professionnalisation est le produit d'une interaction entre un groupe social et l'État, et en l'occurrence ici entre les médecins et le pouvoir politique auquel ils participent (Hassenteufel, 1997, p32).

Ces deux acteurs partagent des intérêts communs autour de la santé de la population. La fin du XIX^{ème} siècle est une période de conjonction favorable au renforcement de leurs liens. La santé de la population devient de plus en plus nécessaire au bon fonctionnement de la société en voie d'industrialisation, aussi la III^{ème} République fait-elle de la lutte contre la dénatalité et la dégénérescence une de ses priorités. Nous sommes en plein essor de la politique hygiéniste. Mais l'État « trop loin des individus, (ayant) des rapports trop extérieurs et trop intermittents pour qu'il soit possible de pénétrer bien avant dans les consciences individuelles et les socialiser intérieurement », a besoin « de groupes secondaires assez proches des individus pour les attirer dans leur sphère d'action et les entraîner dans le torrent général de la vie sociale » (Durkheim, 1967, p32). Ce rôle est rempli par la profession médicale, intermédiaire de poids entre la population et les gouvernants.

Cette situation favorise l'écoute par l'État des revendications du corps médical qui bénéficie d'un prestige social d'autant plus accru que les progrès scientifiques et médicaux commencent à apporter des résultats plus importants sur les maladies mais aussi à faire la preuve de leur efficacité sur des bases scientifiques. C'est dans ce contexte que s'insère le mouvement pour une thérapeutique rationnelle. En ce début du XX^{ème}, la place de la médecine, « entre les savoirs et les pouvoirs » (Léonard, 1981) ne cesse de gagner en puissance scientifique et politique.

S'ouvre la période des « Trente Glorieuses » pendant laquelle l'État français intervient de plus en plus dans la vie économique et sociale. La création de la Sécurité Sociale par les Ordonnances de 1945 est un acte emblématique de l'État Providence ainsi qu'il est alors désigné. Le recours aux soins est financièrement facilité, l'activité des médecins s'accroît notablement. Dans ce contexte, la « santé n'a pas de prix »²⁵.

LA MONTEE D'UN ÉTAT REGULATEUR : UNE POLITIQUE DE MAITRISE DE DEPENSES DE SANTE ET D'ENCADREMENT DES PRATIQUES

Mais après cette période faste, vient celle de la crise économique. Le premier choc pétrolier ouvre la période des « Trente Piteuses ». Alors que le chômage progresse, les cotisations salariales à l'assurance maladie diminuent. Les dépenses de santé, elles, ne cessent d'augmenter, en partie du fait de la concomitance de phénomènes structurels : progrès des techniques médicales, apparition de nouvelles pathologies, vieillissement de la population,

²⁵ Expression reprise dans le tout récent article de Herzlich et Pierret, 2010, dans lequel l'évolution des liens entre médecine et État est présentée sous le prisme de la constitution de la sociologie de la santé française.

élévation du niveau de vie... Le déficit de l'assurance maladie se forme et s'accroît chaque année. Face au « Trou de la Sécu²⁶ », l'État français s'engage à partir des années 70 dans une politique de maîtrise des dépenses de santé. Entre les intérêts de l'État et ceux de la profession médicale, l'écart s'accroît.

Cette politique de maîtrise des dépenses de santé a été à l'origine de diverses opérations de l'État visant à agir dans un premier temps sur l'offre de soins de manière quantitative (*numerus clausus*, carte sanitaire...) et sur la demande de soins en instaurant notamment une participation financière des patients (ticket modérateur, forfait hospitalier ...).

A partir des années 80 et de manière renforcée à partir des années 90, les politiques de maîtrise médicalisée des dépenses de santé se sont attachées à l'encadrement des pratiques médicales dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins, et ceci au nom de l'efficacité. Par cette action politique de rationalisation des soins, la profession médicale se voit soumise à des impératifs tels que « soigner mieux et sans risque » ou « soigner plus efficacement ». La visée gestionnaire est de plus en plus prégnante dans l'action publique.

Esquissons quelques étapes et éléments-clés préfigurant la mise en place des recommandations de bonne pratique sous leur forme actuelle.

L'action politique de régulation en matière de santé a d'abord visé l'hôpital²⁷ avec l'instauration d'un budget global et la définition de groupes homogènes de malades par la loi de 1984, deux mesures qui venaient en préfiguration de la tarification à l'activité (T2A) qui concerne établissements de soins publics et privés²⁸.

Lors de la décennie suivante, la régulation a touché les professionnels de santé, à travers la loi du 4 janvier 1993, dite loi Teulade, qui visait à promouvoir la qualité par la diminution des pratiques inappropriées grâce à un mécanisme d'opposabilité. Ont été mises en place dans ce cadre-là les « Références Médicales Opposables » (RMO). Elles sont considérées comme l'un des principes phare du dispositif conventionnel de maîtrise médicalisée des dépenses piloté par l'État, ainsi que l'explique Hubert Allemand, professeur de santé publique, alors médecin conseil national à la CNAMTS : « Le système de santé français tente de garantir à chacun une médecine de qualité grâce à la solidarité. C'est l'un des systèmes les plus libéraux dans lequel des personnes privées prescrivent des dépenses

²⁶ Il s'agit en fait surtout du déficit de la branche maladie de la Sécurité Sociale.

²⁷ Sans oublier en première instance, la réforme Debré de 1958 instaurant la création des centres hospitaliers universitaires. Concernant les rapports entre médecins et État pendant les années 60, se référer notamment à Hatzfeld, 1963 et Jamous, 1967.

²⁸ La Tarification à l'activité constitue un mode de financement qui vise à la mise en place d'un cadre unique de facturation et de paiement des activités hospitalières des établissements de santé publics et privés, quels que soient leur statut et leur spécialité, dans lequel l'allocation des ressources est fondée à la fois sur la nature et le volume de leurs activités. La logique de moyens qui prévalait jusque-là cède la place à une logique de résultats conforme à l'esprit de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF). La T2A est un élément central de la « Nouvelle gouvernance hospitalière » mise en place par les ordonnances de mai et septembre 2005, dans la mesure où ce sont désormais les recettes issues des activités hospitalières qui vont déterminer les dépenses et non l'inverse ; Pour en savoir plus, consulter le site du Ministère de la Santé. Tarification à l'Activité [en ligne] <http://www.sante.gouv.fr/tarification-a-l-activite.html> (page consultée le 17 mai 2011).

publiques. Cette liberté et donc cette responsabilité est restée longtemps sans exigence, sans contrainte de nature médicale. Or il n'y a pas de qualité sans contrainte » (Allemand et Jourdan, *op.cit.*). La volonté est de restreindre la liberté de pratiques des médecins en les soumettant aux exigences économiques.

Ces Références Médicales Opposables, élaborées à partir de « critères scientifiquement reconnus qui définissent les soins et les prescriptions médicalement inutiles, redondants voire dangereux » (Allemand et Jourdan, p3) ont acté une volonté d'intervention de l'État sur les pratiques médicales en se saisissant des principes de la thérapeutique rationnelle. Toutefois, elles ont été rapidement abandonnées du fait de la lourdeur que représentait la mise en œuvre effective de leur portée contraignante, mais aussi du fait de la nécessité de les actualiser pour leur conserver un caractère légitime (Moulin, 2004). Elaborées sur les principes de la médecine des preuves, « parce qu'elles prennent en compte l'ensemble des connaissances médicales et leur évolution, les Références Médicales Opposables sont appelées à être réactualisées régulièrement et complétées » (Ogien, 2001). De plus, le bilan des RMO en termes de réduction des dépenses de santé s'avère bien modeste : une étude réalisée sur dix RMO introduites en 1994 montre que leur suivi a permis une économie de 45 millions d'euros soit 0,14% du coût de la prescription pharmaceutique des médecins (Le Pape et Sermet, 1998).

Leur a succédé, à partir de 1996, un dispositif non contraignant piloté par une agence de l'État (l'ANAES) nouvellement créée, chargée de mettre en œuvre une démarche qualité à laquelle a été associée l'évaluation des pratiques professionnelles²⁹. Une telle démarche, qui introduit la notion de qualité absente dans les RMO, s'inscrit dans la continuité des idées de la médecine des preuves et préfigure le modèle des recommandations dites de « bonne pratique » dans la mesure où elle définit des critères de « bonne qualité » au regard des données scientifiques qui servent de standards diffusés auprès du monde médical pour application.

La Haute Autorité en Santé (HAS) a remplacé l'ANAES en 2004 avec des missions élargies : « contribuer au maintien d'un système de santé solidaire et au renforcement de la qualité des soins, au bénéfice des patients ».

Sur le site internet qui lui est dédié, il est indiqué que l'HAS est chargée³⁰ :

- d'évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels et de proposer ou non leur remboursement par l'assurance maladie ;

²⁹ Créée par l'ordonnance du 24 avril 1996, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) est l'héritière de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale créée en 1990, dont elle développe les missions en y ajoutant, principalement, l'accréditation des établissements de santé. L'ANAES constitue un lieu d'expertise de haut niveau et d'échanges avec les professionnels de santé. Ses actions ont pour objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le secteur hospitalier public ou privé et en médecine de ville. (Matillon *et al.*, 2002).

³⁰ Haute Autorité en Santé [en ligne]. <http://www.has-sante.fr/> (page consultée le 17 mai 2011).

- de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé ;
- d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville ;
- de veiller à la qualité de l'information médicale diffusée ;
- d'informer les professionnels de santé et le grand public et d'améliorer la qualité de l'information médicale ;
- de développer la concertation et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger.

L'évaluation opérée par des agences de l'État, initialement à dominante médicale, intègre des aspects économiques. La présence d'économistes au sein du collège de la HAS, principale instance de gouvernance interne et l'existence d'un service d'évaluation économique en sont signes l'importance accordée à cette dimension (Benamouzig, 2010).

C'est donc dans ce contexte politique tracé à grands traits qu'ont émergé les recommandations de bonne pratique sous l'égide d'agences de l'État en charge de l'évaluation des pratiques et de l'amélioration de la qualité des soins³¹.

Une lecture politique de l'action de l'État sur les pratiques médicales insère le développement des « bonnes pratiques » dans un ensemble de réformes emblématiques du « New Public Management ». Ce terme définit une doctrine d'origine entrepreneuriale visant à importer dans le secteur public les outils du secteur privé : indicateurs de performance, « benchmarking »³², responsabilisation des professionnels, incitations financières au rendement, recours à des consultants privés, « différenciation » entre les secteurs public et privé (notamment par la mise en cause des statuts de la fonction publique), enfin recours à des agences spécialisées et présentées comme purement techniques (Bézès, 2005, Belorgey, 2009 et 2010)³³.

Pour un certain nombre de politistes, cette nouvelle forme de management du secteur public a alimenté en France un « processus transversal d'intégration institutionnel se

³¹ Un autre élément intervient dans la structuration de l'action publique en matière de santé : l'émergence soudaine de la pandémie de sida. Eclatent une série « d'affaires » qui signe « une véritable défaite de la santé publique » (Morelle, 1996) : contamination des personnes transfusées et hémophiles par le VIH, épidémie d'hépatite C et controverses autour de la vaccination, contamination par l'agent responsable de la maladie de Creutzfeldt-Jacob des enfants traités par l'hormone de croissance. Les pouvoirs publics réagissent en créant différentes agences de sécurité sanitaire : l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé ; l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail ; l'Agence de Biomédecine...

³² Pour une présentation du benchmarking, se reporter par exemple à Ettorchi-Tardy A et al, 2011.

³³ Pour un développement de cette question, se référer en particulier à la thèse de sociologie de Nicolas Belorgey, *Réformer l'hôpital, soigner les patients. Une sociologie ethnographique du nouveau management public*, soutenue le 20 janvier 2009 et publiée en 2010 sous le titre : *L'Hôpital sous pression*.

traduisant par un renforcement progressif de nouveaux niveaux intermédiaires de régulation » telles que sont les agences de l'État (Benamouzig et Pierru, *in press*). En adoptant cette perspective, la HAS serait comme le « bras armé » de l'assurance maladie dans la maîtrise des dépenses de santé (Robelet, 2002) sous le couvert d'apporter aux cliniciens une aide à la pratique quotidienne. C'est une vision que nous ne partageons qu'en partie du fait de notre posture attachée à une approche microsociologique. Elle peut être juste si l'on s'en tient à un point de vue politico-institutionnel mais si l'on se penche sur les pratiques médicales, en les considérant dans leur déroulement « en acte » au sein du colloque médecin-patient, alors le poids de la HAS *via* les recommandations, sur les professionnels de la santé paraît bien limité, ainsi que le confirmeront nos observations.

Le contexte politique d'émergence des recommandations de bonne pratique étant dressé (bien que rapidement), nous allons maintenant détailler leurs modalités d'élaboration de manière à cerner en quoi elles découlent et/ou diffèrent du mouvement de la médecine des preuves quant aux objectifs, promoteurs et figures de la profession médicale qu'elles véhiculent.

2. Dans la continuité de la médecine des preuves...

Ainsi que nous venons de le dire, les recommandations de bonne pratique sont élaborées et diffusées par des agences de l'État chargées de l'évaluation médicale dans une optique d'amélioration de la qualité des soins. En France, cette mission est confiée aujourd'hui à la Haute Autorité en Santé (HAS) qui a succédé en 2004 à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

Parmi les prérogatives de la HAS, on retrouve l'émission d'avis sur l'utilité médicale des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels pris en charge par l'assurance maladie. Ces charges font remarquablement écho à l'objectif premier des réformateurs thérapeutiques du début du XX^{ème} siècle³⁴.

Ses missions vont toutefois au-delà et rejoignent le travail des promoteurs de la médecine des preuves, puisqu'elle est chargée non seulement d'éditer des recommandations et autres outils définissant des bonnes pratiques professionnelles mais aussi de les promouvoir. Il s'agit donc pour elle d'en assurer la diffusion mais surtout d'y faire adhérer les professionnels afin qu'ils les intègrent dans leurs pratiques. Ce qui est l'enjeu principal mais aussi la difficulté essentielle de ses missions et qui au cœur de notre réflexion.

³⁴ Noter que le dispositif d'Autorisation de Mise sur le Marché des médicaments est institué en France en 1978.

LES RECOMMANDATIONS, UNE PRODUCTION DECOULANT DE LA MEDECINE DES PREUVES

La HAS définit les recommandations de bonne pratique comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données » (ANAES, 1999). Elles sont donc présentées comme des références en matière de pratiques, sans portée contraignante, associant le médecin et le patient dans la prise de décision.

Dans la droite ligne de la médecine des preuves, elles sont « des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné » (*op.cit.*). Toutefois, si l'on continue à lire la définition qui en est donnée, comme en réponse au reproche fait à la médecine des preuves de réduire l'autonomie de décision du médecin et de ne pas considérer les caractéristiques du patient, elles ne sont pas présentées comme une solution à appliquer directement, le médecin reste à même de les adapter en fonction de la singularité de la situation clinique : « Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations ». Cela tend à signifier que l'expérience personnelle du médecin est reconnue comme étant à intégrer dans la décision médicale et que celle-ci bénéficie de l'éclairage scientifique sans que ce soit de manière dogmatique. Les figures de la médecine-science et de celle de la médecine-art se côtoient dans cette présentation. Nous verrons plus loin ce qu'il en est en situation concrète d'application, lors de consultations médicales.

Quelles recommandations sont produites ? Quels domaines médicaux sont concernés ?

Une recherche effectuée en octobre 2010 sur le site de l'agence signale cent quatre vingt six recommandations de bonne pratique éditées par la HAS entre décembre 1994 et septembre 2010 (soit une moyenne de dix sept par an). Certaines concernent des méthodes diagnostiques et thérapeutiques (indications et non-indications de la dialyse péritonéale chronique chez l'adulte, traitement chirurgical des lésions méniscales), d'autres des modalités de prise en charge de certaines pathologies (carcinomes épidermoïdes cutanés, hypertension artérielle, anorexie...), d'autres des populations ciblées (consommateurs de cocaïne, aidants naturels de malades Alzheimer, auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans...).

« Soumise à des exigences de production et de diffusion rapides »³⁵ (Castel et Robelet, 2009), la HAS voit son domaine de production de recommandations s'agrandir, allant de

³⁵ La consultation du programme de travail de la HAS d'avril 2010 est édifiante. Sur l'axe « recommandations de bonnes pratiques », sont recensés vingt-cinq thèmes en cours et dix neuf sont programmés (menés par la HAS ou en partenariat), sans compter les quatre travaux préparatoires à d'autres thématiques. Un médecin généraliste régulièrement impliqué dans l'élaboration de recommandations que nous avons interrogé parle « d'industrialisation » du travail de l'HAS : il note la multiplication des recommandations sur « un peu tous les sujets ».

domaines qui relèvent des compétences médicales techniques (diagnostic, traitement) à d'autres intégrant des questions sociales voire juridiques (consommation de drogue, agressions sexuelles). De même que la médecine des preuves dans ses évolutions, les champs couverts dépassent les frontières de la thérapeutique médicamenteuse.

Les recommandations sont par ailleurs classées selon la spécialité médicale concernée (diabétologie, dermatologie, cancérologie, gynécologie...). Très peu de ces recommandations sont destinées spécifiquement aux médecins généralistes car une sélection effectuée sur le site de la HAS sur le critère « médecine générale » ne retient que sept recommandations sur les cent quatre vingt six listées.

Sur ces sept :

- Deux sont spécifiquement « destinées aux médecins généralistes » et concerne deux domaines très différents (l'insomnie en médecine générale et l'incontinence urinaire de la femme) ;
- Deux sont « destinées aux médecins généralistes et autres médecins intervenant auprès des enfants » (l'une pour les enfants de 28 jours à 6 ans, l'autre pour les enfants de 7 à 18 ans). Elles ciblent donc une population particulière et formalisent non pas une prise en charge thérapeutique mais les modalités de plusieurs dépistages (troubles psychologiques et psycho-comportementaux, troubles du langage, de l'audition, de la vision, obésité, saturnisme) ;
- Trois n'ont pas de destinataires spécifiés et concernent les personnes âgées : l'une concerne l'usage d'un traitement (les modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés), l'autre un acte préventif (la prévention des chutes accidentelles) et le troisième concerne les proches de personnes atteintes de Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (le suivi médical des aidants naturels).

A ce niveau de balayage des recommandations émises, on peut se demander si le nombre et la diversité des recommandations ne tendent pas à signaler le risque d'un possible effet contre-productif : ne devient-il pas difficile pour un médecin de les connaître et de se tenir au courant des dernières sorties ? Nous y reviendrons dans la section suivante de ce chapitre dans lequel seront présentés les obstacles au suivi des recommandations par les médecins repérés dans la littérature.

De plus, très peu de recommandations sont spécifiquement destinées au médecin généraliste. Ceci peut interroger sur leur adéquation aux particularités de cette pratique médicale que nous nous attacherons à présenter dans la suite de notre propos.

UN PROCESSUS D'ÉLABORATION CHERCHANT À ALLIER RIGUEUR SCIENTIFIQUE ET APPLICABILITÉ

Voyons maintenant plus précisément comment les recommandations sont élaborées et ce que cela signale de l'action de l'État sur les pratiques médicales.

L'élaboration des recommandations suit une méthode « explicite », est-il précisé dans leur définition institutionnelle, à l'image des principes de la médecine des preuves. Cette méthode détaillée est disponible sur le site de la HAS et il y est fait référence dans les recommandations diffusées. Ce souci de rendre transparente la méthode peut être considéré comme un moyen de lui faire gagner de la légitimité en montrant qu'elle est soumise à des règles précises et ainsi de favoriser l'adhésion des médecins car une des missions de l'agence est de promouvoir « les bonnes pratiques » auprès des professionnels de santé.

Aussi plusieurs moyens sont-ils mis en place dans cette optique :

- Formaliser une méthodologie rigoureuse et la communiquer ;
- Développer la « démarche participative »³⁶ à destination des cliniciens ;
- Ne pas paraître contraignant (utiliser des formules peu prescriptives)³⁷.

Cependant, cette méthode, élaborée il y a une dizaine d'années, est perçue aujourd'hui comme étant à revoir ainsi que l'indique l'organisation d'une table ronde lors des Journées 2010 de la HAS intitulée : « Les recommandations de bonne pratique en 2011 : quelles indications et quels changements ? » et présentée ainsi : « Une actualisation de ces méthodes était indispensable pour les adapter aux nouvelles contraintes et répondre aux attentes des professionnels de santé, des patients et des usagers. Un travail, associant notamment la Fédération des spécialités médicales et le Collège de la médecine générale sur la simplification et l'actualisation des méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique, a permis de produire des méthodes communes et partagées »³⁸.

³⁶ Selon le terme employé sur le site de la HAS sans que n'en soient précisées les modalités de mise en œuvre.

³⁷ Où l'on voit bien que la HAS doit trouver la formule entre règles précises issues de données scientifiques et préconisations souples permettant de convaincre les médecins à se référer aux recommandations dans leurs pratiques sans qu'ils aient le sentiment d'une perte d'autonomie professionnelle. Ce que l'on peut formuler en : « convaincre sans contraindre ».

³⁸ Haute Autorité en Santé. Rencontres HAS 2010 – Les recommandations de bonne pratique en 2011 : quelles indications et quels changements ? [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_981899/rencontres-has-2010-les-recommandations-de-bonne-pratique-en-2011-quelles-indications-et-quel-changements (page consultée le 17 mai 2011)

Tableau-encadré 3 : Les étapes d'élaboration des recommandations de bonne pratique

Les recommandations sont rédigées par un groupe de travail, réunissant des professionnels de plusieurs disciplines, exerçant en secteur privé ou public et d'origine géographique variée, coordonné par un président professionnel de la santé et par un chef de projet de la HAS³⁹.

Le groupe de travail constitué, une recherche documentaire est effectuée par une interrogation systématique des banques de données bibliographiques et autres sources de type littérature grise ou sources internet des agences gouvernementales et sociétés savantes, sur « une période adaptée au thème traité ». Les recommandations, conférences de consensus existantes sont incluses, ainsi que les textes réglementaires et législatifs en rapport avec le sujet.

Chaque article inclus est analysé selon la méthode de lecture critique, telle que présentée dans le chapitre précédent, ce qui permet de lui attribuer un niveau de preuve auquel correspond un grade de recommandations : les quatre niveaux de preuve classant les études correspondent à trois grades de recommandations de la plus scientifiquement établie à la plus faible.

Source : www.has.fr

Plusieurs éléments méritent d'être relevés par rapport à notre propos, en partant de l'hypothèse qu'il ne s'agit pas d'une position purement rhétorique de la part de la HAS. Tout d'abord, le fait même que le principal promoteur de recommandations de bonne pratique s'engage dans une action visant la modification des méthodes utilisées pour leur élaboration. Ceci tend à dénoter une volonté d'adaptation en suscitant un débat dans le cadre d'un espace ouvert et non en vase clos. Cette réflexion irait dans le sens d'une amélioration de leur applicabilité en se souciant de mieux correspondre aux besoins de ceux chargés d'appliquer les recommandations (les cliniciens) mais aussi des besoins des destinataires de soins (les patients ou plus généralement les usagers du système de santé).

Enfin, sont invités à cette réflexion des acteurs engagés notamment dans une volonté de développer les relations transversales entre les différentes spécialités (La Fédération des spécialités médicales) ainsi que des représentants de la médecine générale. On peut lire ceci comme un signe d'ouverture de la démarche portée par la HAS vers des « non experts », une volonté de réduire le clivage entre ceux chargés d'élaborer les recommandations et ceux chargés de les appliquer.

³⁹ Il n'est pas fait état de la place de l'industrie pharmaceutique dans l'élaboration des recommandations au sein de la HAS. Son influence est toutefois régulièrement dénoncée à travers les conflits d'intérêts de certains experts membres des groupes de travail. Ainsi deux recommandations ont été récemment annulées pour manquement au principe d'impartialité de l'expertise (l'une concerne la prise en charge de l'Alzheimer, l'autre le diabète). La récente nomination du nouveau président de la HAS, éminent hématologue, relance la polémique après la publication de ses liens d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique : entre 2008 et 2010, il déclare avoir perçu plus de deux cent mille euros d'honoraires à titre personnel, sans compter les dix millions d'euros de financement de programmes de recherche clinique. Consulter par exemple : Formindep. (11 mars 2011) Expertise et conflits d'intérêts. L'étonnante conception de la HAS et de l'AFSSAPS [en ligne] <http://www.formindep.org/L-etonnante-conception-de-la-HAS.html> (page consultée le 17 mai 2011).

Car jusqu'à présent, l'élaboration des recommandations était essentiellement du ressort d'experts, soit désignés par des autorités de l'État comme pour les membres du Collège, soit de médecins ayant répondu à un appel à candidatures soit des sociétés savantes professionnelles. Elles sont inscrites au programme de travail de la HAS après décision de son Collège. Ce Collège est composé de huit membres, nommés par décret du président de la République sur proposition de différentes autorités de l'État : deux par le président de la République, deux par le président du Sénat, deux par le président de l'Assemblée nationale et deux par le président du Conseil économique social et environnemental. Il est actuellement présidé par un professeur en hématologie clinique, qui a auparavant présidé des conseils d'administration d'autres agences de l'État.

Par ailleurs, les médecins membres du groupe de travail sont le plus souvent des spécialistes, possédant une certaine renommée et impliqués dans diverses instances professionnelles. Guère de place est accordée aux médecins généralistes. Ainsi par exemple, en octobre 2010 est lancé un appel à « experts en vue de la constitution d'un groupe de travail pour l'élaboration de recommandations de bonne pratique » sur la stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2⁴⁰. Il y est précisé que « la HAS recherche principalement des médecins exerçant en libéral ou en établissement de santé public ou privé, dans l'une des spécialités suivantes :

- diabétologie
- endocrinologie
- cardiologie
- gériatrie ».

La médecine générale, pourtant en première ligne du suivi de patients diabétiques, ne fait pas partie des compétences recherchées en premier lieu. Nous verrons dans le chapitre suivant ce qu'il en est pour les recommandations de prise en charge de l'hypertension, dont la dernière actualisation remonte à 2005.

Selon Robelet et Castel (*op.cit.*) les recommandations ne sont pas des standards imposés par les autorités publiques car issues d'instances hybrides dans lesquelles les cliniciens ont une place aux côtés des spécialistes de la normalisation. Toutefois, de notre point de vue, cette affirmation mérite discussion : si la participation à ce travail de quelques cliniciens témoigne d'un souci de consensus, elle ne garantit pas un accord de toute la profession sur la recommandation produite, notamment du point de vue de son applicabilité. De plus, on peut s'interroger sur la représentativité des cliniciens participant aux groupes de travail de la HAS : ne sont-ils pas plus favorables que la plupart des professionnels du soin à un modèle médical basé sur la science et la rationalisation des pratiques ?

⁴⁰ HAS. [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_986526/appel-a-candidature-dexperts-en-vue-de-la-constitution-dun-groupe-de-travail-pour-lelaboration-de-recommandations-de-bonne-pratique (page consultée en février 2011 qui n'est plus accessible au 17 mai 2011).

Tableau-encadré 4 : Gradation des recommandations selon l'ANAES

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE FOURNI PAR LA LITTÉRATURE	GRADE DES RECOMMANDATIONS
<p>Niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - essais comparatifs randomisés de forte puissance - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - analyse de décision basée sur des études bien menées 	<p>A</p> <p>preuve scientifique établie</p>
<p>Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - essais comparatifs randomisés de faible puissance - études comparatives non randomisées bien menées - études de cohorte 	<p>B</p> <p>présomption scientifique</p>
<p>Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - études cas-témoins 	<p>C</p>
<p>Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - études comparatives comportant des biais importants - études rétrospectives - série de cas 	<p>faible niveau de preuve</p>

Source : ANAES, 2000

Il serait intéressant de savoir dans quelle mesure des luttes de concurrence et d'influence entre médecins, entre les élites hospitalières *versus* les médecins généralistes, se jouent au sein des groupes de travail. En faire partie, aux côtés des représentants des agences, offre la possibilité à ces nouveaux réformateurs de participer à la définition de ce qui va être retenu comme pratiques de référence – forme d'alliance que nous avons rencontrée également dans le programme de thérapeutique rationnelle-. Ceux-ci peuvent être considérés comme constituant une nouvelle élite professionnelle, à la fois scientifique et gestionnaire, scientifique car œuvrant à la définition de bonnes pratiques fondée sur le modèle de la médecine des preuves, gestionnaire car associés à une mission d'évaluation des pratiques et de leur efficacité⁴¹.

⁴¹ Benamouzig et Pierru (*op. cit.*) distinguent ces deux élites et considèrent les promoteurs de bonnes pratiques comme constituant une élite seulement scientifique. Même si nous acceptons le fait que la dimension scientifique est dominante, il semble que participer à de telles instances, ne peut être déconnecté d'une dimension gestionnaire car l'approche coût/bénéfice des thérapeutiques recommandées fait partie des discussions menées au sein des groupes. La présence d'économistes de la santé en est un indicateur. La place d'un acteur ne peut être négligée : l'industrie pharmaceutique. Nous y reviendrons dans le cas précis de l'hypertension artérielle.

3. ... Et dans un contexte médical confronté à la montée de la place du patient

Le monde médical connaît à l'époque contemporaine des transformations qui interrogent les fondements historiques sur lesquels la légitimité médicale s'est appuyée. « Triomphante et régulièrement mise en accusation, partagée entre les prouesses techniques d'une médecine hospitalière réputée insensible à l'intensité douloureuse des patients et les limites de l'écoute bienveillante de ceux-ci par leurs généralistes, la médecine donne l'image brouillée d'un art affecté par les progrès rapides et imprévisibles qui justifient son pouvoir » (Thomas, *op.cit.*)

La montée de la rationalisation des pratiques médicales sur le modèle de la médecine des preuves ne s'effectue pas que dans un contexte politico-économique de maîtrise de dépenses de santé, elle s'effectue conjointement à la fragilisation de la tradition clinique, « forme d'organisation qui reconnaît au clinicien la légitimité de tout premier plan, à la fois morale et cognitive, concernant ses propres malades » (Dodier, 2005, p10).

La modification des formes mais aussi des fondements de la relation médecin-patient qui l'accompagne se réalise dans une période de critiques du pouvoir médical et de revendication de l'autonomie individuelle qui devient une valeur sociale de plus en plus prégnante.

Ainsi, les modèles de la relation médecin-patient accordent une place croissante à l'autonomie du patient et soulignent les nouvelles modalités de confiance envers la médecine et envers tel ou tel médecin. Dans ce monde médical en mutation, la constitution de la médecine générale révèle les tensions paradoxales auxquelles elle est soumise, à la recherche de légitimité propre entre valeurs portées par le modèle scientifique des recommandations et identité basée sur la dimension relationnelle et de proximité avec le patient.

LEGITIMITE PROFESSIONNELLE ET CONFIANCE DES PATIENTS : VERS DE NOUVELLES FORMES DE RELATION

L'essor d'après-guerre ne touche pas seulement le domaine économique et social de manière générale. Les années 50 sont considérées comme « l'âge d'or » de la médecine (Marks, 2000) caractérisé par une double croissance forte des connaissances médicales d'une part et de la technologie associée d'autre part. Il s'ensuit une période pendant laquelle « se développent la représentation d'une science qui repousse les limites de la nature, la fascination pour les progrès accomplis dans la reconnaissance et le traitement des maladies » (Aiach et Fassin, 1994, p1).

Mais par ailleurs, la sortie de la guerre a été marquée par une stupéfaction morale en découvrant les expériences médicales pratiquées par les Nazis au nom de l'eugénisme⁴². La science et la médecine pouvaient ne pas être que bienveillantes et on ne pouvait pas leur accorder une confiance totale et sans condition. Le code de Nuremberg établi en 1947 pose les bases d'un encadrement bioéthique des pratiques médicales⁴³. Depuis, les principes de protection des personnes, que ce soit dans la participation à des recherches biomédicales ou dans le recours au système de santé, ne cessent d'être renforcés et actualisés au fil des textes réglementaires et juridiques promulgués⁴⁴.

Les années 70 sont celles, non seulement du premier choc pétrolier et de ses conséquences économiques, mais aussi celles de l'émergence de mouvements sociaux d'ampleur, de contestation contre des pouvoirs politiques perçus comme autoritaires et enfreignant la liberté des populations (penser à la guerre du Viet Nam et au mouvement hippie aux États-Unis, aux suites de Mai 68 en France). La médecine n'échappe pas aux critiques faites alors envers les groupes dominants : pour reprendre des termes bourdieusiens, la violence symbolique exercée par les médecins sur les patients est vivement dénoncée⁴⁵.

La confiance dans les progrès médicaux – et de la science de manière plus générale- ne va plus de soi ou, de moins en moins de soi. Des limites, notamment éthiques et sociales, de ces progrès sont pointées (Baszanger et al, 2002).

A partir de ces années, le champ de la santé connaît des profondes mutations, liées tant aux changements que connaît le monde médical que ceux intervenus dans la société et les mentalités des individus. L'autonomie et l'autorité de la profession médicale apparaissent ébranlées par les divers changements structurels touchant le système de santé, élément lui-même d'un espace sociétal en bouleversement. Depuis, il est régulièrement, pour ne pas dire de manière récurrente, fait état de la « crise » de la profession⁴⁶.

En 1994, sort un ouvrage collectif (Aiach et Fassin, *op.cit.*) dont l'introduction pose les termes de ce débat de façon fort pertinente : « régulièrement annoncé, la crise de la médecine est de plus en plus présentée comme une crise touchant globalement le système de santé » (p1). Une crise, qui est visible à travers, entre autres éléments cités par les auteurs, « la perte de confiance vis-à-vis des soignants, un désenchantement à l'égard de la médecine et de ses représentants⁴⁷ ».

⁴² Ainsi que le fait très justement remarquer Pascal Ducournau (2011), l'eugénisme n'a pas été l'apanage du nazisme. C'est un terme qui apparut à la fin du XIX^{ème} siècle pour désigner une nouvelle science, inspirée du darwinisme social et de la génétique, qui connut un fort succès dans la première moitié du XX^{ème} siècle pour justifier de pratiques et d'attitudes ségrégationnistes.

⁴³ Se référer par exemple, à Memmi (1996) ou plus récent, Ducournau (2010).

⁴⁴ Les lois de bioéthique et leur révision programmée en sont un exemple remarquable dans le cas de la France.

⁴⁵ L'ouvrage d'Illich sorti en 1975 fait référence à ce sujet.

⁴⁶ Cette récurrence finit par interroger la notion même de « crise » de la médecine. Les changements, pressions, adaptations touchant la médecine régulièrement ne sont-ils pas plutôt à considérer comme inhérents à la nature de cette profession et à son insertion dans la société ?

⁴⁷ Les différents scandales touchant la médecine en ce début des années 90 ne sont pas sans précipiter le désenchantement envers le monde médical.

Dans la première contribution de cet ouvrage, sont évoqués « les trois discours de la crise » (Aïach, Fassin et Saliba, 1994, p10-11) :

- Elle peut être « juste » une expression exacerbée d'un malaise que l'on retrouve à différents moments⁴⁸ ;
- Elle peut relever de transformations spécifiques au monde médical ;
- Elle peut révéler des changements plus fondamentaux de la société⁴⁹.

A nos yeux, ces trois discours relèvent de trois niveaux d'analyse qui méritent d'être articulés pour une appréhension globale des questions soulevées.

Aïach et ses collègues ont tendance à considérer surtout l'approche *via* le deuxième discours. Selon eux, les transformations du monde médical sont liées aux bouleversements dans la structure des pathologies, à de nouvelles perceptions des troubles et rapports au médical, enfin à l'augmentation de la consommation de santé et médicalisation croissante (p22). Effectivement interviennent la montée de la part des maladies chroniques dans l'activité médicale et un recours aux soins facilité par l'existence de l'assurance maladie ainsi que par le développement des couvertures complémentaires santé. Ces éléments ne sont pas les seuls à agir sur les transformations du monde médical : ces auteurs montrent d'ailleurs que « l'invocation de cette crise correspond à une reconfiguration de l'espace social de la santé, à une redéfinition des domaines de compétences et de leurs frontières et à un nouveau rapport entre les professionnels, la société et l'État »⁵⁰. Le mouvement de rationalisation des pratiques médicales est particulièrement emblématique de ces nouvelles normes et nouveaux rapports entre médecins, patients (ou plus largement usagers du système de santé) et pouvoirs publics. Et nous suivons Aïach *et al.* lorsqu'ils considèrent que « ce qui est en jeu, c'est la reformulation des modalités de la légitimation, et dans une certaine mesure, des fondements même de la légitimité des professions de santé » (p2), de cette légitimité grandement fondée sur le prestige social d'une profession ayant le monopole d'un savoir scientifique, aujourd'hui remise en question ou du moins questionnée.

Toutefois, nous ajouterons que c'est une analyse qui mérite d'être déclinée selon « les métiers de la santé », pour reprendre le titre de l'ouvrage cité au dessus, voire qui ne peut être menée à bien qu'à cette condition du fait des spécificités des segments médicaux, tant dans leurs modalités de constitution que de leur organisation actuelle. Sont soulevées des questions se rapportant aux « enjeux de pouvoir et quête de légitimité » (sous-titre de l'ouvrage). Le cas de la médecine générale se présente comme particulièrement heuristique à travailler sous cet angle, ainsi que nous le verrons par la suite.

⁴⁸ Des propos qui vont dans le sens de ce que montrent Herzlich et al (1993) et qui font référence à un sondage publié dans *Santé Magazine*, n° 212, août 1993, dans lequel 85% des généralistes interrogés pensent que la médecine générale est en crise et 71% estiment qu'il est nécessaire de « faire une campagne de valorisation du médecin » qui passerait par une réduction du nombre de médecins et de la hausse du prix de la consultation. Nous y reviendrons dans la section suivante de ce chapitre.

⁴⁹ Les auteurs disent rejoindre ici l'analyse que fait J. Habermas dans *Legitimation crisis* (1975) où il démontre que la société de capitalisme tardif fait face à une quadruple crise : économique, de rationalité, de légitimation et de motivation. L'analyse paraît effectivement fort transposable au cas de la médecine.

⁵⁰ Nous reconnaissons là des propos que Didier Fassin a exposés et développés par la suite, notamment dans *L'espace politique de la santé* (1996).

Plus récemment, Raphaël Hammer s'est justement penché, à l'occasion de son travail de thèse, sur la question de la légitimité actuelle de la médecine, notamment de la médecine générale (2010a), interrogeant : « L'institution médicale est-elle en crise ? Le médecin a-t-il perdu toute autorité ? L'individu est-il devenu autonome ? » (p11). Il mobilise pour cela la notion de confiance, considérant en référence à Giddens (1994) que la confiance peut être envisagée comme un révélateur du rapport entre profanes et experts/science médicale mais aussi comme une « épreuve » de la modernité (Hammer, 2010b) : « La relation entre le patient et le médecin n'échappe pas à ces changements de perception de la science et des attitudes vis-à-vis des savoirs officiels, la méfiance se développe ». Ces transformations soulèvent la question de la confiance notamment en médecine générale, sujette à d'importants changements statutaires et professionnels comme nous le précisons dans la section suivante. Nous verrons également dans la deuxième partie à partir de nos données empiriques la place occupée par la confiance dans la relation entre médecins généralistes et patients et comment elle émerge dans les interactions en consultation quand il s'agit de l'évaluation et la perception du risque, ici cardio-vasculaire.

Dans les bouleversements que connaît actuellement la médecine, est souligné le fait que le patient d'aujourd'hui n'accorde plus, ou plus aussi spontanément, sa confiance à la médecine en général et au médecin qu'il consulte en particulier. Car nous sommes dans une société de valorisation de l'individu autonome⁵¹ et où la figure dominante du malade est celle de l'acteur, usager du système de soins, ainsi que le soulignent les travaux de sociologie de la santé depuis plusieurs années⁵². Nous verrons comment confiance et autonomie interviennent dans la configuration des modes de relations entre médecins généralistes et patients hypertendus.

Cette montée de l'autonomie du patient – du moins au niveau des discours⁵³ – est accompagnée d'un encadrement législatif des droits des malades, notamment en France à travers la loi de 2002⁵⁴ qui instaure un principe de transparence de l'information médicale (Hammer, 2010a, p48). Dans cette période de modernité thérapeutique où émerge une figure de patient informé et où l'autorité médicale est dite fragilisée, les recommandations sont présentées comme permettant de stabiliser des modes de relations médecin-patient (Tournay 2007).

Ainsi que le signalent divers sociologues, le mouvement de la médecine des preuves est à resituer dans un processus plus large de standardisation et d'objectivation du soin médical (Tournay, *op.cit.*) dont l'engouement s'explique notamment par le souci de légitimation des

⁵¹ Par exemple, dans la société postmoderne de Giddens, l'individu réflexif, est de plus en plus en mesure sinon contraint, de calculer son action, de faire des choix, de prendre des décisions qui l'engagent. Toutefois, cette injonction à être entrepreneur de sa propre vie n'est pas sans difficulté ni conséquence (Ehrenberg, 1995). Nous ajoutons qu'elle n'est pas socialement homogène et qu'elle ne peut que risquer d'aggraver les clivages sociaux.

⁵² Ce qu'Eric Gagnon désigne sous l'expression « d'avènement médical du sujet ou les avatars de l'autonomie en santé » dans un article éponyme (1998).

⁵³ De notre point de vue et nous nous y sommes attelés, au-delà de cette affirmation générale, des travaux empiriques sont indispensables pour préciser dans quelle mesure et dans quelles situations cette autonomie socialement affichée est individuellement « pratiquée » face à son médecin.

⁵⁴ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

professionnels mais aussi de la modification de la relation entre médecin et patients. Ceux-ci devenus plus partenaires de décision (Moumjid-Ferdjaoui et Carrère, 2000), il s'agit de pouvoir les convaincre avec des arguments dits « forts » (Timmermanns et Berg, *op.cit.*) qui seraient contenus dans les recommandations. En même temps s'opère un « processus de démocratisation de la consultation » dans le sens où le patient devient actif car éclairé par le médecin selon les données de la science (Dodier, 2003, p54)⁵⁵.

Ces différents propos soulèvent plusieurs remarques et questions dont nous souhaitons débattre. Les recommandations sont ici présentées, non pas en tant qu'instrument politico-économique d'encadrement des pratiques médicales, mais en tant qu'outil professionnel au service des médecins de plus en plus pris dans des rapports de négociation avec les patients. Nous nous attacherons à préciser par la suite ce qu'il est dit, dans la littérature, de l'intégration des recommandations dans les pratiques médicales : en quoi et dans quels cas sont-elles une ressource pour le médecin ? Mais surtout nous nous attacherons à y répondre au regard de nos propres données empiriques.

Deux phénomènes relevant de l'injonction contradictoire nous paraissent cruciaux à souligner d'ores et déjà car centraux dans notre problématique :

- D'une part, face à un patient en attente de gages éthiques et scientifiques, qui ne serait plus prêt à accorder *a priori* sa confiance, le médecin est pris dans une double tension : agir en conformité avec les recommandations de bonne pratique et agir avec le patient en tenant compte de la singularité de celui-ci.
- D'autre part, ce qui est ainsi socialement convoqué est un comportement idéal de patient autonome et responsable, mais aussi obéissant, ou du moins qui prend sa santé en charge dans le sens attendu par les normes médicales ou de santé définies dans les recommandations de bonne pratique.

Pour avancer dans notre réflexion et dans notre cadre d'analyse, dressons maintenant le portrait des différents modèles sociologiques de la relation médecin-patient et leur évolution au regard des transformations du monde médical.

DES MODELES DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT : VERS UN PATIENT AUTONOME ET CO-DECIDEUR

La relation médecin-patient est au centre de multiples publications depuis les années 50 et plus encore à partir des années 70, que ce soit sous forme de résultats empiriques ou de

⁵⁵ N'oublions pas cette idée de démocratie sanitaire est au cœur de la loi de 2002 et d'un ensemble de dispositifs mis depuis en place. Fer de lance de la politique du ministre de la santé de l'époque (Bernard Kouchner), sa mise en œuvre se révèle non sans ambiguïté face aux risques de bureaucratisation et de judiciarisation (voir par exemple, Guillaume-Hofnung, 2003).

revues de littérature⁵⁶. Si cette thématique fait l'objet de tant de travaux, c'est notamment qu'il est supposé que la qualité de la relation a des conséquences sur les trajectoires de soins et notamment pour ce qui relève de l'éducation à la santé (Fournier et Kerzanet, 2007). May *et al.* (1996) définissent cette relation comme l'élément fondamental de la pratique médicale. Les enjeux sont également politiques et économiques, en lien avec les modifications du système de soins (Wiles and Higgins, 1996, Stokes *et al.*, 2006). Pourtant les publications sociologiques sont absentes des recommandations de bonnes pratiques éditées sur le modèle de la médecine des preuves : dans la hiérarchie des niveaux de preuves, les approches inductives et qualitatives sont classées bien loin de l'essai clinique randomisé.

Le modèle précurseur proposé par Parsons (Parsons, 1955) a suscité l'émergence d'autres modèles de la relation médecin-patient qui manifestent la complexité d'une relation, dépendante de facteurs endogènes et exogènes.

Ce modèle, élaboré dans une période définie comme « l'âge d'or de la médecine » emblématique de la période d'après guerre centrée sur la positivité de la médecine, repose sur la notion d'autorité professionnelle qui accorde au seul médecin les compétences pour évaluer l'état du patient, ce que Hammer nomme « une légitimité médicale sans faille » (2010a, *op.cit.*, p28). La maladie est alors considérée comme une déviance sociale ; le médecin est celui capable non seulement d'étiqueter une personne comme étant malade mais aussi et surtout de pouvoir ramener l'ordre social par la guérison. Le modèle de Parsons présente une relation asymétrique mais consensuelle puisque le patient est supposé avoir confiance en son médecin et reconnaître son jugement en la matière comme le seul légitime. Cette conception fonctionnaliste d'une relation élaborée dans un contexte où la létalité par les maladies infectieuses est importante, et dans des situations où le malade est passif, a été l'objet de nombreuses prises de position dans les années 70, période de fortes contestations sociales comme nous l'avons signalé au-dessus. Est également reproché au modèle de Parsons de reposer sur la figure du patient « moyen », représentant de la classe moyenne américaine, et donc de ne pas prendre en compte les différences sociales. Notons toutefois, par rapport à notre propos, que c'est à ce patient moyen que fait penser la figure du patient porté par la médecine des preuves, issu des essais cliniques randomisés.

Par la suite, sont intervenus les travaux de Freidson (1984) qui en posant les éléments de la médecine en tant que groupe professionnel, introduit la notion de contrôle profane qui montre que le patient peut être acteur dans la relation. Dans la perspective de Freidson, l'étiologie profane vient en contre poids, voire en opposition, avec les explications scientifiques. L'individu patient est digne d'exprimer sa perception de la maladie et de ses besoins. Le point de vue du patient est à ce titre un élément qui agit sur le travail médical et son déroulement. Pourtant il n'est pas intégré dans les textes de bonne pratique. Nous nous efforcerons de l'intégrer dans nos analyses empiriques.

⁵⁶ Nous nous contenterons ici d'un survol des différentes analyses et typologies dressées et présentées dans de nombreux articles scientifiques mais aussi dans des ouvrages didactiques de sociologie : de celui d'Adam et Herzlich (1994), à celui de Drulhe et Sicot (2011), en passant par celui de Carricaburu et Ménoret (2004).

Mais nous ne considérons pas ce point de vue de manière isolée, nous le situons dans les échanges effectués avec le médecin. Nous nous positionnons en cela dans la lignée des travaux de microsociologie émanant du courant interactionniste dans lequel la relation thérapeutique est envisagée comme un « ordre négocié » (Strauss ; Baszanger, 1992) et prend des formes différentes selon le médecin, le patient, la maladie et le contexte de la rencontre. Dans cette perspective, la rencontre est considérée comme ouverte : *a priori* aucun des deux acteurs n'a de suprématie ; l'objectif à atteindre n'est pas pré-défini ; l'accord atteint peut être remis en cause par l'un ou l'autre. De plus, ces travaux prennent place en particulier dans le cadre de maladies chroniques qui révèlent les limites du pouvoir de guérison de la médecine et qui mettent le patient au rang d'expert profane. C'est ce qui nous guidera dans l'analyse des consultations de patients hypertendus : correspondent-ils à cette figure-ci du patient bien éloignée sinon opposée à celle présente dans le modèle de la médecine des preuves ?

En écho aux transformations du monde médical et des modèles sociaux, les analyses de la relation médecin-patient mettent de plus en plus l'accent sur le rôle actif du patient. Ainsi qu'une recension des travaux menés ces trente dernières années le confirme (Heritage et Maynard, 2006), le modèle de la « coopération guidée » issu de la typologie de Szasz et Hollander (1956), où le patient peut exercer son jugement mais est en partie guidé par les conseils de son médecin, serait le plus pertinent pour rendre intelligible cette relation à l'heure contemporaine. Patient et médecin y apparaissent co-décideurs. Cette perspective prend appui sur l'hypothèse de co-construction de la consultation par le médecin et par le patient. Une telle relation permettrait une meilleure qualité de la communication et celle-ci aurait un effet sur la satisfaction du patient et sur le suivi des recommandations de bonnes pratiques (Deveugèle *et al.*, 2002). Ce dernier résultat interroge à plusieurs titres car il n'intègre pas l'action d'autres dimensions, pourtant essentielles de notre point de vue à la compréhension des logiques à l'œuvre, comme la nature de la maladie, le profil social du patient, son rapport à la santé et à la médecine ou encore, les antériorités de la relation avec le médecin.

Ce schéma d'analyse ne correspond pas à une réalité unique. Si certaines études concluent sur un rôle devenu plus actif des patients (Collins *et al.*, 2005), d'autres ne confirment pas l'existence d'une relation négociée et d'une consultation co-guidée. Les patients poseraient peu de questions et les médecins resteraient centrés sur les aspects médicaux (Ford *et al.*, 1996). L'asymétrie de la relation est perceptible par exemple à travers le fait que les médecins interrompent plus souvent les patients que l'inverse (Heritage et Maynard, *op.cit.*).

Quant au modèle de décision partagée, il est bien adapté aux situations médicales où il existe plusieurs options de prise en charge, c'est-à-dire où il y a possibilité d'arbitrage et de négociation (Moumjid-Ferdjaoui et Carrère, *op.cit.*). Or toutes les consultations ne se situent pas dans ce contexte. S'il n'y a pas partage de décision lors d'une consultation, ce peut être parce qu'il n'y a pas eu de décision à prendre. Il est important de considérer le motif de consultation dans les analyses car les attentes et attitudes du patient et du médecin – et leur rencontre- varient en fonction de celui-ci. Nous nous attacherons d'ailleurs dans un prochain chapitre à saisir ce qu'il peut y avoir derrière le motif de consultation affiché au

préalable et quels sont les effets sur le déroulement de la consultation, au regard des attendus des recommandations de bonne pratique.

Une autre approche mobilisée dans de nombreux travaux est basée sur la notion de « consultation centrée sur le patient » qui rejoint l'idée d'une décision partagée et d'une co-construction de la relation médecin-patient. Cependant les résultats fournis se révèlent peu homogènes du fait d'une absence de consensus sur sa définition (Mead and Bower, *op.cit.*). Une autre critique provient du fait que cette approche postule qu'elle relève de l'attente normale de tous les patients, et ceci, quel que soit le contexte (Heritage et Maynard, *op.cit.*). Elle se situe dans une perspective d'une alliance thérapeutique avec un patient « idéal » sur le plan de sa conduite. La visée première de cette « alliance » est l'amélioration de l'adhésion du patient au traitement médical, ce qui va de pair avec une certaine idéologie de la compliance (Trostle, 1988). Or concrètement, tous les patients n'adhèrent pas à ce modèle, tous ne souhaitent pas la même implication dans le déroulement de la consultation, tous ne souhaitent pas partager la décision (Sprumont *et al.*, 2003). Le souhait d'être informé et de participer à la décision varie selon les caractéristiques du patient (Roter et Hall, 1989). De plus, pour une même personne, ses attentes peuvent varier en fonction du contexte de la consultation. Une analyse lexicométrique d'un corpus de consultations de médecine générale montre même une meilleure satisfaction du patient lorsque la consultation est centrée sur des questions médicales que lorsqu'elle est centrée sur lui, dans une dimension relationnelle avec le médecin (Lang *et al.*, 2011).

Ajoutons que ces travaux, en grande majorité, recueillent soit le point de vue du médecin soit celui du patient sans les croiser. La relation médecin-patient est alors analysée selon une seule perspective, ce qui limite fortement la compréhension des interactions, de ce qui se joue entre les deux acteurs en présence. Notre méthodologie d'étude s'est au contraire attachée à prendre en compte la vision du médecin et celle du patient mais aussi les modes d'agir ensemble lors d'une consultation.

Et ainsi que nous l'avons déjà signalé, parmi les éléments contributifs à l'analyse de cette relation vient celui de la spécialité médicale et de ses caractéristiques professionnelles, comme c'est le cas de la médecine générale.

LA MEDECINE GENERALE : UNE SPECIALITE MEDICALE A LA RECHERCHE DE LEGITIMITE

Ce que nous souhaitons aborder ici est la position de la médecine générale au sein de la profession médicale : comment elle s'est constituée sur un plan historique et comment elle se positionne aujourd'hui. Dans la période actuelle d'encadrement des pratiques sur la base de données issues du modèle de la médecine des preuves, la médecine générale est-elle emblématique de la crise de légitimité qui touche la profession ou est-elle protégée par la confiance que les patients accordent à leur médecin généraliste ?⁵⁷

⁵⁷ Se reporter au chapitre V consacré à la médecine générale pour la perspective ancrée empiriquement.

Posons tout de suite le constat qu'elle est tiraillée entre contester la norme scientifique et s'y conformer.

L'histoire de la médecine générale et sa position actuelle montrent un segment professionnel qui se présente dans une position particulière, à la recherche de sa place, tant au sein de la profession que dans ses relations avec les patients, en quête d'une identité propre, dans une « juste » distance aux savoirs universitaires et aux institutions que les diffusent.

Les médecins généralistes se trouvent devant le paradoxe qui consiste à organiser leurs pratiques dans un rapport de soumission et de référence à des savoirs constitués en dehors de leur sphère d'intervention et à réorganiser leurs savoirs et leurs compétences à partir de la rupture qu'implique leur mode d'exercice avec les savoirs et les modèles hospitalo-universitaires (Baszanger, 1983). Car tout futur médecin, quelle que soit la spécialité vers laquelle il s'oriente, est formé principalement dans l'institution hospitalière⁵⁸. C'est à la fois en dépit et grâce à cette situation paradoxale que la plupart d'entre eux tentent d'élaborer une identité positive de médecin généraliste. La connaissance des patients dans leur globalité et la référence au suivi de la relation sont les dimensions de leur pratique qui confèrent à leur exercice une dimension humaine absente, selon eux, de la médecine hospitalière.

Ce paradoxe de la médecine générale prend sa source dans le fait qu'elle a été victime d'une déclassification, passée de la plus ancienne des pratiques qui constituait l'essentiel de la clinique, à la part restante de la profession, celle qui n'est pas occupée par les autres spécialités.

Un regard historique indique que les prémisses de la naissance légale de la médecine générale remontent à la loi de 1892 qui réunit académiquement médecine et chirurgie : les facultés de médecine commencent alors à former ce qui est appelé des médecins « omnivalents ». Quelques cinquante ans plus tard, elle est officiellement présente dans les ordonnances de 1945 (ordonnances qui régissent pour la première fois l'exercice de la médecine dans un cadre conventionnel) à travers la nomenclature des actes : un « C » pour une consultation de généraliste, un « CS » pour un spécialiste. Mais cette nomenclature lui confère une position inférieure puisqu'un « C » est moins coté qu'un « CS », ce qui implique très concrètement qu'une consultation chez un médecin généraliste est facturée moins qu'une consultation chez un spécialiste.

Le processus de spécialisation et de différenciation des compétences médicales, dont le déclencheur a été la création, en 1958 (par la réforme dite Debré), du temps plein hospitalier et des centres hospitaliers universitaires, s'est effectué au détriment de la médecine générale. Les qualificatifs ne manquent pas depuis pour signaler les définitions

⁵⁸ Par la réforme de l'internat entre 1982 et 1984 qui a instauré un troisième cycle de médecine générale, les étudiants généralistes pouvaient faire vingt demi-journées dite de découverte en cabinet de médecine générale. Mais ce n'est qu'avec le décret du 16 mai 1997 que le troisième cycle de médecine générale a été rallongé d'un semestre, consacré à la découverte de la pratique en cabinet de médecine générale sous la tutelle d'un médecin généraliste maître de stage.

« en creux » de la médecine générale, désignée être dans un état de « crise » chronique. Le remaniement du concours de l'internat sous forme d'épreuves classantes nationales et la création des départements universitaires de médecine générale n'ont apparemment pas réussi à doter la médecine générale des mêmes lettres de noblesse que ses sœurs à l'image plus valorisée car plus techniciennes, plus pointues, plus « quelque chose » par rapport à elle-même.

Ce qui fait qu'aujourd'hui, la médecine générale est définie par « ce qui reste » après que les autres spécialités se soient « servies » : « la médecine générale est dans une place résiduelle et statutairement dominée dans la hiérarchie du travail médical » (Bungener et Baszanger, 2002). Winckler, médecin écrivain (2000) dénonce le mépris des praticiens sur-spécialisés « non pas pour les médecins généralistes mais pour leurs conditions d'exercice, la nature des relations qu'ils établissent avec les patients, leur lutte quotidienne contre les éléments sociaux, politiques, administratifs » (p8), des conditions d'exercice éloignées des modèles enseignés et soumises aux contraintes situationnelles.

Ce mouvement s'est nourri de l'essor des savoirs et des techniques médicales qui a profondément transformé les pratiques médicales en provoquant une spécialisation des activités et une diversification des métiers. La recomposition de la division du travail au sein de la médecine a fait émerger comme par défaut, une médecine générale ni hospitalière ni spécialisée et confrontée à la « double concurrence d'un secteur hospitalier techniquement plus performant et de spécialistes prenant en charge les malades considérés comme les plus gratifiants d'un point de vue de clinicien, se sentant confinés dans des tâches peu valorisantes (établissement de certificats médicaux) et des activités concernant des problèmes pour lesquels ils peuvent se sentir désarmés (ce qui relève du « social ») (Aiäch, Fassin et Saliba, *op.cit.*).

Les définitions par la négative ne manquent pas telle que celle de « statut en creux » ainsi que l'on pointé les premiers sociologues français ayant travaillé sur cette question (Membrado *op.cit.*, Broclain 1994, Clément *et al.* 1995, Bloy et Schweyer, 2010, p23), positionnement dominé que l'on retrouve dans l'expression de « médecin de seconde classe » (Weiss, 2006, p155)⁵⁹.

De cette position par défaut, la médecine générale a tenté (et tente encore aujourd'hui) de sortir en oeuvrant pour la reconnaissance de sa spécificité mais aussi pour être considérée au même titre qu'une autre spécialité médicale hospitalo-universitaire⁶⁰.

Le métier de médecin généraliste continue à être en rude concurrence au sein de la profession. Prenons la réforme des études médicales de 2004 qui remplace le fameux concours d'internat par le dispositif des épreuves classantes nationales à l'issue de laquelle les étudiants peuvent choisir une spécialité et une région, les mieux classés ayant la priorité

⁵⁹ D'ailleurs, qui a en tête le nom d'un médecin généraliste qui aurait acquis une certaine célébrité grâce à ses compétences ou performances professionnelles, comme cela est le cas pour tel ou tel « professeur » médecin ou chirurgien ?

⁶⁰ A l'instar d'autres spécialités « faibles » qui ont réussi à devenir « fortes » et à gagner de la légitimité. Par exemple pour l'anesthésie, voir Yann Faure (2010).

du choix. Elle est supposée revaloriser la médecine générale en uniformisant le troisième cycle de formation et l'accès aux spécialités. Or les effets sont en défaveur de la médecine générale : tant que celle-ci représentera plus la moitié des postes proposés, l'étudiant pourra toujours la choisir ou s'y replier en cas de non obtention d'un poste d'une autre spécialité (Robelet, 2010)⁶¹.

Toutefois, Robelet (2010 *op.cit.*), citant Weiss (2006), fait état de travaux sur l'historiographie de la médecine qui indiquent plusieurs conditions jouant dans le développement de la spécialisation, observées tant en France qu'aux États-Unis, en Angleterre et en Allemagne, et en premier lieu : la promotion et la structuration du travail scientifique et de la recherche fondée sur l'observation et l'expérimentation ainsi que la rationalisation de l'action de l'État. Est-ce à dire que le développement des recommandations de bonne pratique constitue une ressource pour la médecine générale ? Nous y apporterons des éléments de réponse issue de la littérature sociologique qui s'est penchée sur cette question dans la dernière section de ce chapitre et que nous compléterons dans la seconde partie de notre thèse.

D'ores et déjà, pointons différents éléments qui vont structurer la suite de notre réflexion.

A se revendiquer à l'égal de toute autre médecine spécialisée mais tout en se définissant par son approche large du patient, le spécialiste de médecine générale est-il dans une position tenable ? Comment tenir globalité des situations individuelles et compétences de haut niveau ? Ainsi la dernière définition de la WONCA⁶² en 2002 insiste sur la fonction « de premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé » (Schweyer et Bloy, *op.cit.*).

Notons qu'en France, depuis le début des années 2000, la réglementation tend à renforcer une place de « pivot » du médecin généraliste au sein du système de santé, notamment en matière de soins de prévention (Génolini *et al.*, *in press*)⁶³ – même si la réalité dans la mise œuvre de ces principes ne suit pas si facilement-. Ainsi le dispositif du médecin traitant est

⁶¹ Et d'ailleurs, en 2010, sur les 3632 postes de médecine générale ouverts au concours, 668 sont restés non pourvus. Les seules autres spécialités pour lesquelles des postes ne sont pas pourvus sont la santé publique (7 sont non pourvus sur les 80 ouverts) et la médecine du travail (32 sur 120) (Hubert, 2010, p29).

⁶² World Organization of National Colleges and Academies of family doctors [en ligne]. <http://www.woncaeurope.org> (page consultée le 17 mai 2011).

⁶³ La réforme de l'assurance maladie en 2004 (Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie) a confié au médecin traitant un rôle de coordination et d'acteur de première ligne. La loi de santé publique de la même année (Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique) prévoit le développement d'une consultation médicale périodique de prévention et de dépistage. La convention nationale des médecins du 12 janvier 2005 fait de la coordination des soins la pierre angulaire de la réforme de l'assurance maladie et instaure le parcours de soins en attribuant au médecin traitant désigné un rôle central. La loi « Hôpital, patient, santé, territoire » consacre le médecin généraliste pivot du système de santé (sans forcément toutefois lui donner les moyens adéquats, mais c'est une autre histoire...). Le tarissement des effectifs de médecins généralistes exerçant en soins de premiers recours constitue un autre obstacle à l'accomplissement de ce rôle dans de bonnes conditions.

emblématique des tensions auxquelles est soumise la médecine générale : si ce rôle semble relever en premier lieu des attributions du médecin généraliste –ce qui est revendiqué par ce corps professionnel-, une personne peut désigner un spécialiste comme médecin traitant. En fait, plus de 95% des médecins traitants déclarés sont des généralistes (Robelet, *op.cit.*). Mais mis à part un forfait pour les patients atteints d'une maladie chronique, aucune autre rémunération n'est prévue pour le travail de coordination des soins. Le paiement à l'acte ne favorise pas non plus l'engagement du généraliste dans du temps de prévention⁶⁴.

Nous tenons à souligner ces éléments dans la mesure où la prise en charge de l'hypertension comporte une importante dimension de prévention. Les questions qui nous intéressent sont de préciser comment cette activité est incluse dans les recommandations et comment elle est mise en œuvre en consultation.

Dans une période de développement de la technicité et de la rationalisation des soins ainsi que de l'expression des patients, les paradoxes de la médecine générale sont-ils creusés ou aplanis ? On peut aussi si la « crise identitaire » annoncée et dénoncée depuis les années 70 est renforcée ou si l'identité professionnelle gagne-t-elle du terrain. Nous écouterons les médecins généralistes que nous avons interrogés à ce sujet. Le contexte d'exercice de la médecine et des normes professionnelles qui y ont cours sont-ils favorables ou non à un approfondissement de l'articulation entre objectivité biomédicale et proximité relationnelle avec le patient ? (question posée par Bloy, 2010 *op.cit.*) ; d'autant que la médecine générale peut être analysée comme un espace ouvert à des stratégies de positionnement multiples (Fernandez et Levasseur, 2010).

Cette position rejoint celle de Broclain (*op.cit.*) qui souligne que le champ d'activité est une notion imprécise et qu'en particulier, chaque généraliste « a une part active dans la construction de son objet de travail », d'autant que « la diversité des motifs de consultation nécessite jusqu'à un certain point que chaque médecin décide de ce qu'il a à prendre en charge en tant que médecin » (Baszanger, 1983). Ce qui signifie que pour analyser ce qui se passe en consultation de médecine générale, le seul recours aux typologies médecin-patient ne permet pas d'inclure le profil du médecin et « sa part active » quant aux définitions des contours de son activité et de ses modalités concrètes, notamment dans sa relation avec le patient. C'est pourquoi nous avons tenu à écouter les médecins généralistes et à les observer pratiquer.

Par ailleurs, Albert Ogien et Michael Toledo (1994) reprennent la notion d'autonomie professionnelle de Freidson, définie par « le droit de décider qui est autorisé à accomplir le travail et comment, droit reconnu en toute légitimité ». L'activité professionnelle peut être contestée s'il y a :

⁶⁴ La médecine de ville est au « cœur de l'agenda gouvernemental », avec un projet de réforme pour 2011 mettant l'accent sur l'incitation à l'installation et à l'exercice collectif et visant à faire évoluer les modes de rémunération (Gimbert et Lemoine, 2010). Un rapport sur la médecine dite de proximité remis en novembre 2010 au président de la république propose d'ailleurs un certain nombre de mesures dont certaines concernent les modes de rémunération des généralistes mais aussi la réforme des études médicales avec de « vrais » stages d'initiation et la révision des modalités des Epreuves Classantes Nationales et (Hubert, *op. cit.*).

- remise en cause explicite du savoir médical
- critique des relations sociales inégales dans un rapport asymétrique entre médecin et patient, interdisant ce dernier de contester les affirmations du premier.

Selon ces deux auteurs qui prennent l'exemple de la psychiatrie mais que l'on peut transposer en grande partie à la médecine générale, cette conception ne prend en compte ni les logiques organisationnelles qui pèsent sur la réalisation du travail quotidien ni le fait que le monde profane exerce un contrôle sur la profession médicale, « en cela même qu'il est un monde profane et que les définitions sont pratiquement en opposition, avant même que les patients agissent ».

Le médecin généraliste serait donc le « maillon faible » de la profession, celui dont les frontières de l'activité sont particulièrement floues et celui qui serait le plus sous influence du patient. C'est aussi celui qui serait particulièrement dans une position paradoxale vis-à-vis des recommandations de bonne pratique, en tant qu'instrument professionnel potentiellement porteur d'un gain de légitimité mais en même temps en opposition avec les valeurs revendiquées de proximité avec le patient. Nous verrons dans la suite de nos analyses si cette position paradoxale se perçoit en consultation et comment les médecins opèrent dans la relation avec le patient.

Poursuivons justement sur l'application des recommandations professionnelles et leurs effets sur les pratiques médicales en tant qu'outil élaboré par des agences de l'État.

5. Les effets des recommandations sur les pratiques professionnelles

Rappelons que l'objectif des recommandations est de modifier les pratiques médicales de manière à ce qu'elles deviennent des « bonnes » pratiques, celles-ci étant définies au regard des données scientifiques et autres sources de connaissance et après hiérarchisation selon leur niveau de preuve estimé par un collectif d'experts.

Qu'en est-il ? Ont-elles un effet sur les pratiques médicales ? Lequel ou lesquels ?

LA RECURRENCE D'UN DISCOURS SUR LA PERTE DE L'AUTONOMIE MEDICALE

Une part de la littérature en sciences humaines et sociales sur ce sujet est le reflet d'un discours récurrent sur la perte de l'autonomie de la médecine, à l'instar de ce que les opposants à la thérapeutique rationnelle puis à la médecine des preuves formulaient, bien

que l'objet visé par des divers programmes diffèrent quelque peu dans la mesure où les recommandations s'intègrent dans une optique de maîtrise de dépense de santé par l'État et ses représentants ce qui n'était pas le cas auparavant.

La question de l'effet de ce type de politique sur la profession médicale a été justement pointée et de manière précoce par l'américain Freidson dès 1961 donc à une époque encore économiquement faste (Freidson, 1984 pour l'édition française). Il déclarait alors que si on prend en compte le besoin de tout gouvernement de contrôler les coûts et la qualité des soins, deux changements sont prévisibles, changements qui auront un impact sur l'autonomie médicale :

- Perte de l'indépendance économique ;
- Perte de la liberté d'exercer une médecine fondée sur le seul jugement clinique.

Cinquante ans plus tard, si l'on regarde la situation française, concernant le premier point, les médecins conventionnés, et notamment ceux exerçant en secteur 1 (ce qui est le cas de la grande majorité des médecins généralistes) sont tenus d'appliquer les honoraires fixés par la Sécurité Sociale. Il est vrai qu'ils sont négociés avec les syndicats médicaux mais la voix de l'État pèse et ne cesse de se renforcer du fait de son droit de regard sur l'équilibre financier de l'assurance maladie, surtout depuis le vote d'une loi de financement annuelle de la sécurité sociale depuis la réforme de 1996. Ajoutons aussi que les médecins libéraux, bien que soumis à une tarification des actes, disposent d'une certaine latitude quant à leur niveau d'activité et donc de revenus, les praticiens hospitaliers sont, eux, entièrement dépendants de la grille de rémunérations de la fonction hospitalière⁶⁵. Nous n'irions pas jusqu'à parler de perte totale d'indépendance économique mais d'encadrement renforcé quant aux modalités de ressources financières.

Le deuxième point concernant la perte de la liberté d'exercer une médecine fondée sur le seul jugement clinique rejoint des oppositions radicales contemporaines contre la rationalisation des pratiques médicales, telles que celle de l'économiste de la santé Claude Le Pen qui dénonce « l'industrialisation de la médecine » (Le Pen, 1999). Selon lui, le médecin d'aujourd'hui a perdu ses attributs de professionnel n'étant plus « le dépositaire d'un savoir qui échappe à l'ensemble des mortels, ni un notable fort de son pouvoir, mais un prestataire de service contrôlable et contrôlé ». Si nous concédons l'idée que le médecin a perdu de nos jours de son prestige social, il est excessif de le considérer entièrement sous contrôle. Sous quel contrôle d'ailleurs, peut-on se demander ? En effet, les pratiques médicales sont de plus en plus encadrées par des recommandations et autres instruments de gestion, mais aucun n'est imposé aux médecins. Nous parlerions plutôt de reconfiguration des pratiques médicales, d'une part du fait du « bloc de légitimité » formé par les recommandations basées sur des données acquises par la démarche scientifique dans l'appréciation du comportement médical (Smallwood, 2006), d'autre part du fait des modifications des relations médecin-patient dans le sens d'une moindre asymétrie, au

⁶⁵ Mise à part sur une éventuelle part d'activité privée qui peut être exercée sous certaines conditions par des médecins hospitaliers.

moins à un niveau macro-social si ce n'est dans le face-à-face entre tout médecin et tout patient.

De même, quand C. Le Pen déclare que dans le monde de la médecine « industrialisée », le médecin ne connaît plus ses patients en tant qu'individus singuliers mais qu'il gère une maladie selon une méthode protocolisée. Selon nous, c'est un jugement à nuancer et à argumenter avec des observations de pratiques médicales. Car encore une fois, selon notre point de vue, les cliniciens conservent une liberté d'appréciation et de décision au sein de leur cabinet mais aussi une part de négociation avec le patient. C'est d'ailleurs l'idée que défend aussi cet économiste : « Dans de nombreux cas, les critères de choix entre diverses thérapeutiques ne sont pas bien définis. Le degré de consensus entre médecins varie de manière importante selon les types de soins. La marge d'appréciation subjective reste grande (Le Pen, *op.cit.*) ». C'est justement l'argument que nous défendrons empiriquement : celui de l'incontournable adaptation du médecin à la singularité de la situation d'un patient consultant du fait d'un ensemble de contraintes entourant son activité.

De notre point de vue, il est bien plus juste de se demander dans quelle mesure les fonctions sociales et relationnelles de la médecine, notamment de la médecine générale, sont compatibles avec une médecine scientifique, ou du moins comment elles co-existent en pratique. De plus, dans un contexte de modification sinon de fragilisation de la légitimité médicale aux yeux du public, ce « nouvel âge » de la médecine participe-t-il à accroître un sentiment de méfiance du patient envers son médecin ou au contraire, participe-t-il à faire regagner de la confiance ?

Aussi partageons-nous des positions plus nuancées, interrogeant davantage les différents effets ou niveaux d'effets sur les pratiques médicales.

Face à un impératif d'efficacité des soins dispensés par les soignants mais financés en grande part par l'assurance maladie, sous un pilotage politique, les professionnels sont de plus en plus l'objet de dispositifs d'évaluation et d'encadrement au regard des « bonnes pratiques » mais ceux-ci restent « à distance » des soins prodigués (Benamouzig et Besançon, 2005). De plus, ils constituent également des dispositifs valorisant une objectivité éthique à distance qui composent la « modernité thérapeutique » : nouvelle forme politique du monde médical qui s'appuie sur « toute une série de textes, dispositifs, acteurs, qui s'épaulent les uns aux autres face aux manières alternatives de penser la scientificité et l'éthique dans la médecine » (Dodier, 2007, *op.cit.*). Rappelons que l'affaire du sang contaminé en 1991, dans une période de pandémie du sida, a été un des catalyseurs de la médecine des preuves (par exemple Fillion, 2009) et d'entrée dans la modernité thérapeutique comme signe de la nécessité d'un contre-pouvoir, d'un système d'alerte et de régulation du monde politico-médical.

Autrement dit, la position de ces différents auteurs, que nous partageons, est de considérer qu'une érosion de l'autonomie professionnelle au profit d'une régulation hétéro-normée de plus en plus complexe et multilatérale constitue une caractéristique du monde médical des vingt à trente dernières années (Hammer, 2010a, *op.cit.*, p50).

Toutefois il n'est pas aisé, sinon osé, de faire la part de l'effet des recommandations de bonne pratique au milieu de divers autres éléments. En fait, selon Timmermanns et Berg (*op.cit.*), il ne s'agirait pas tant de se positionner pour ou contre les recommandations, car elles ne sont pas un élément uniforme avec un effet uniforme, que de considérer qu'elles apportent de nouvelles idées, valeurs, entités et même de nouveaux sujets en médecine. Les normes qu'elles sont, sont à saisir comme étant fabriquées dans les interactions et redevables à ce titre d'observations empiriques afin de chercher à saisir ce qu'elles produisent. Ce qui est à analyser est leur teneur normative et la façon dont les participants les désignent et les intègrent dans leur pratique, ce qui signifie d'aborder le travail en acte.

Avant d'aborder empiriquement cette question, voyons ce que les analyses déjà réalisées disent sur les motifs d'usage ou de non usage des recommandations de bonne pratique par les médecins. Y a-t-il des situations (selon la discipline médicale, la pathologie, le type de recommandations, ...) repérées comme étant plus favorables ou défavorables à leur application ? En quoi la médecine générale se différencie-t-elle des autres spécialités vis-à-vis de l'usage des recommandations ?

COMPLEXITE DANS LES MOTIFS D'USAGE ET DE NON USAGE DES RECOMMANDATIONS

Les publications sur l'intégration des recommandations dans les pratiques médicales s'appuyant sur des analyses empiriques font le plus souvent état d'un discours ambivalent tenu par les médecins (par exemple, Trépos et Laure, 2008). Une première chose à souligner et qui rejoint les propos concernant la médecine des preuves est que généralement leur existence n'est pas remise en cause par les professionnels qui adhèrent globalement à leur fondement scientifique. Toutefois adhérer aux principes de la médecine des preuves n'implique pas forcément ni totalement de les mettre en application soi-même (Broom, 2009). Le premier motif de résistance exprimé est le sentiment de contrôle de leurs pratiques, ce qui rejoint l'idée déjà largement présentée d'atteinte à l'autonomie professionnelle, dimension dont on perçoit bien la valeur qu'y attachent les médecins.

Un élément propre à la profession médicale est relevé comme limitant l'application des recommandations : il s'agit du rôle du patient. Il ne suffit pas que le médecin agisse en accord avec les recommandations pour qu'elles soient effectives, encore faut-il que le patient suive les conseils médicaux prodigués. Or l'observance des patients est parfois difficile sinon impossible à obtenir, est-il régulièrement fait remarquer par des médecins (Ghisolfi, 2002). Ce rôle du patient, incontournable dans la réalisation ou la non-réalisation des préconisations de prise en charge d'une pathologie, n'est pourtant pas intégré dans les recommandations qui se réfèrent aux résultats des essais cliniques. Elles disent au médecin ce qu'il est recommandé de faire pour diagnostiquer telle pathologie ou la prendre en charge. Elles n'expliquent pas au médecin comment faire avec le patient pour le convaincre de suivre les préconisations recommandées (mais d'ailleurs, est-ce possible ?). Pourtant, à nos yeux et nous le montrerons empiriquement, ce travail avec le patient qui suppose négociation et surtout compromis est au cœur de l'activité médicale et à défaut de pouvoir

être intégrer dans les recommandations même, il ne peut être mis à l'écart d'une réflexion sur les limites de l'application de celles-ci.

Un élément général fait état, quant à lui, d'un effet pervers que subissent les recommandations. La médecine des preuves sous sa forme opérationnelle est confrontée à un écueil dû à son propre succès et à la prolifération des recommandations. En Grande-Bretagne, il y aurait environ deux mille recommandations et aux États-Unis, ce serait entre mille quatre cent et quatre mille dont mille nouvelles par an (Timmermans et Berg, *op.cit.*)⁶⁶. Il est donc bien difficile si ce n'est impossible pour un clinicien de se tenir informé des dernières recommandations ou de leurs actualisations⁶⁷. Ce qui est pointé ici est une limite paradoxale des recommandations, outil de la médecine des preuves : élaborées dans une visée de synthèse des données médicales et d'aide aux cliniciens, elles sont aujourd'hui si nombreuses que se tenir à jour de leur publication constitue un véritable travail de veille bibliographique. Si les recommandations ne sont pas appliquées, ce serait d'abord du fait d'un manque de connaissance. Par exemple, une étude menée auprès de cent médecins généralistes en Nouvelle-Zélande après la sortie de recommandations sur la prise en charge de l'hypertension montre que seuls 40% d'entre eux les avaient lues (*op.cit.*).

De plus, pour appliquer des recommandations, il ne suffit pas de connaître leur existence, cela passe par une lecture et une mémorisation de leur contenu. Or d'un seul point de vue pratique, un médecin généraliste ne peut prendre le temps nécessaire à cela pour toutes les pathologies auxquelles il est confronté. On peut supposer qu'il opère des choix en fonction de ce qu'il estime être le plus pertinent par rapport à son activité.

En fait, ce qui est essentiel à souligner ainsi que le signalent Timmermans et Berg (*op.cit.*, p57) est que toutes les recommandations ne font pas l'objet d'un mode d'usage homogène : certaines restent sur le bureau dans la pile non lue ; d'autres sont lues et influencent partiellement les activités ; d'autres enfin, sont collectivement implantées et affectent les pratiques.

Plus précisément et plus concrètement, quels sont les éléments identifiés en pratique clinique favorisant ou limitant l'application de telle ou telle recommandation ?

Une recherche réalisée en France donne une illustration exemplaire de la complexité de la question et de la difficulté voire l'impossibilité d'y apporter une réponse simple. Une revue de littérature sur les facteurs liés à l'application des recommandations par les médecins a d'abord été réalisée. La conclusion des auteurs est qu'il n'est pas possible de hiérarchiser les facteurs associés et non associés à l'application des recommandations ni de mesurer leur corrélation (Saillour-Glénisson et Michel, 2008). Notons que l'analyse a porté sur des travaux très divers en matière de méthodes et de population ce qui, de fait, a induit une forte dispersion des facteurs. Ont donc été incluses cinquante neuf études basées soit sur une méthode qualitative, soit quantitative, soit mixte, réalisées soit auprès de médecins

⁶⁶ Selon des publications datant de 1992, 1998 et 2001.

⁶⁷ Ce résultat va dans le sens d'une de nos précédentes remarques quant au nombre de recommandations éditées par l'HAS en France.

généralistes soit spécialistes, libéraux ou hospitaliers, qui exercent dans douze pays différents. Sont incluses des recommandations visant soit des soins préventifs et de dépistage soit des actions thérapeutiques et diagnostiques (elles-mêmes déclinées par pathologies ou actions de soins). Les résultats de la revue sont présentés dans cinq tableaux déclinant de nombreux facteurs recensés dans les études incluses. Sachant que sur les cinquante neuf études recensées, trente trois ont été réalisées aux États-Unis et dix neuf auprès de médecins généralistes, la dispersion est telle qu'il est peu probable de parvenir finalement à une conclusion scientifiquement fiable.

Cette revue est en fait la première étape d'une recherche à visée empirique et avait pour objectif d'établir les éléments de constitution d'une grille d'entretiens collectifs à destination de médecins. Des *focus group* ont été réalisés auprès de trois services hospitaliers différents (Jacques *et al.*, 2007). Ont été mis en évidence des facteurs désignés comme externes ou internes à la pratique médicale et aux médecins influençant leur adoption des recommandations. Sommairement, les facteurs externes relèvent des représentations des recommandations par les praticiens, du contexte organisationnel du service, du rôle du patient. Les facteurs internes identifiés sont : le statut et la légitimité accordés aux recommandations, le rôle attribué aux recommandations, la familiarité des médecins avec ces outils. Dans les résultats exposés, ce qui relève du praticien, du patient et du service sont difficilement distinguables et les éventuelles différences entre recommandations ne sont pas repérables.

Les liens entre les différents facteurs intervenant sont imbriqués les uns dans les autres et il n'est pas aisé de les démêler. La démarche employée dans cette recherche ne nous semble pas la plus adéquate pour y parvenir. Nous défendons l'idée qu'il est nécessaire de procéder par recommandation, par spécialité médicale et lieu d'activité (médecine libérale/hospitalière). De plus, il est beaucoup plus heuristique d'observer des pratiques et de ne pas se limiter au recueil de discours des médecins, qui de fait, resteront à un niveau général ou se focaliseront sur certaines situations.

Par ailleurs, en se plaçant à un niveau plutôt de problématisation et non pas de méthodologie, il est beaucoup plus intéressant de renverser la logique en terme de facteurs favorisant ou limitant l'application des recommandations en une logique visant à appréhender en quoi les recommandations constituent une ressource pour les médecins. Ceci permet de saisir autant des éléments de jugement ou de l'ordre des représentations que les médecins attachent aux recommandations que des éléments factuels sur comment ils les mettent en œuvre. Avec cette grille de lecture, nous pouvons distinguer trois catégories dans lesquelles les « bonnes pratiques » constituent des ressources :

- Pour le médecin lui-même. En conformité avec leur définition, les recommandations sont une aide à la décision pour le médecin face à une situation clinique incertaine, complexe, pour laquelle il ne maîtrise pas toutes les connaissances. Les recommandations sont dans ce sens un repère sur lequel le médecin va s'appuyer pour juger une situation et enclencher les actions adéquates au regard des données fournies par les études scientifiques. Elles permettent alors de « mettre en lumière les zones d'incertitude » (Castel, 2006).

- Face au patient. Elles peuvent constituer une aide cette fois pour faire passer une décision auprès du patient. Elles fournissent un argument dans la négociation, pour stabiliser la confiance, entre le médecin et le patient (Timmermans et Berg, *op.cit.*). Elles peuvent même être un outil de protection face au risque de judiciarisation qui tend à toucher de plus en plus le monde médical.

- Face aux autres médecins. C'est la notion de contrôle latéral qui est mobilisée, notamment dans le domaine de la cancérologie, spécialité protocolisée et organisée collectivement, où domine une approche organisée de la médecine. Les décisions sont discutées collectivement sur les bases des pratiques recommandées en réunion de concertation (Castel, 2008).

Il nous importe de retenir de ce premier tour d'horizon sur l'usage des recommandations que les facteurs d'application et les effets sur les pratiques varient en fonction de la spécialité médicale : selon son organisation propre et selon les pathologies prises en charge. La médecine générale de ville se différencie par exemple nettement d'une spécialité centrée sur l'hôpital et le travail en réseau comme la cancérologie citée ci-dessus.

Voyons plus précisément ce que les recommandations peuvent avoir comme impact sur une spécialité médicale, prise comme segment professionnel (Strauss et Bucher, 1992).

UN OBJET DE VALORISATION POUR CERTAINES SPECIALITES MEDICALES

Les recommandations sont présentées comme permettant à certaines spécialités médicales d'acquérir un gain de légitimité (Berg *et al.*, 2000).

Dans une perspective de sociologie des professions, Timmermans et Berg (*op.cit.*) mobilisent la notion de « juridiction », empruntée à Andrew Abbot (1988 et 2003) et se réfèrent aux travaux de Freidson (notamment 1984), pour développer l'idée que les recommandations participent à protéger l'autonomie d'une profession telle que la médecine par la création d'un « market shelter » (*op.cit.*, p84). Son champ d'intervention est ainsi délimité et validé.

Pour les professions moins bien établies –telles que les infirmières ou la médecine d'assurance que Timmermans et Berg ont étudié précisément –, le recours aux recommandations leur permet d'acquérir un statut spécial en leur fournissant des fondements empiriques et scientifiques. Les recommandations apparaissent alors comme des dispositifs de coordination qui transforment les activités des individus qui travaillent avec et peuvent, dans ce sens, être considérés comme des « objets-frontière »⁶⁸ (p70). Car

⁶⁸ La notion d'objet-frontière, introduite en 1989 par le sociologue Leigh Star, aide à comprendre comment des groupes professionnels différents créent un espace de travail en commun pour surmonter les difficultés initiales de communication dues au manque d'accord sur les concepts ou des méthodes. Cet espace de travail se construit grâce à des objets-frontières tels que des systèmes de classification, qui relient entre eux les concepts communs et les rôles sociaux divergents de chaque groupe professionnel. Les objets-frontières contribuent à la stabilité du système de référence en offrant un contexte partagé pour

plutôt que de considérer l'activité en conformité avec des recommandations comme un acte passif, ces chercheurs la prennent comme un acte actif permettant non seulement de transformer soi-même son travail mais aussi pouvant modifier les standards eux-mêmes. Il y a là acte d'appropriation des standards⁶⁹.

Mais ce gain de légitimité, disent Timmermans et Berg (p99), n'est possible qu'à condition d'être reconnu à l'extérieur de la profession comme faisant partie de cette juridiction professionnelle. Cela supposerait *a priori* qu'il s'agisse de recommandations destinées spécifiquement à un segment professionnel. L'opération de légitimité est certainement bien plus délicate lorsque ce sont des recommandations visant la prise en charge d'une pathologie dans laquelle plusieurs spécialités médicales sont amenées à intervenir, comme c'est le cas pour l'hypertension.

Revenons sur l'idée de transformation de son travail par l'appropriation des recommandations qui rejoint celle de production locale de normes, développée notamment en France par Patrick Castel dans la cadre de la cancérologie.

Castel (2005), dans ses travaux sur la cancérologie, a également recours à la notion de juridiction d'Abbot à propos du contrôle de leur travail par les professionnels. Pour lui (Castel, 2006 *op.cit.*), l'étude des recommandations est propice à l'exploration des différences et des relations concurrentielles à l'intérieur de la profession médicale. Ce sociologue des organisations avance que la médecine des preuves peut bousculer les fondements de la légitimité hospitalo-universitaire qui serait désormais davantage basée sur la capacité à maîtriser, invoquer, diffuser les données de la science (ce qu'il fait correspondre à une autorité de type rationnel-légal⁷⁰) plutôt que sur une autorité de type charismatique ou traditionnel (occuper une position de chef de service d'un hôpital prestigieux).

Une question en découle, dit-il : va-t-on vers une hiérarchisation supplémentaire entre ceux qui appliquent les normes –que constituent les recommandations de bonne pratique- versus ceux qui ne les appliquent pas ? Ce qui n'est pas sans rejoindre le questionnement sur l'opposition entre ceux qui participent à l'élaboration des recommandations et ceux qui ne sont que censés les appliquer. Nous émettrons toutefois une réserve quant à la formulation employée : il n'est absolument pas certain que la question se pose de manière si dichotomique. L'application des recommandations est certainement à concevoir de manière plus nuancée : quels sont les éléments qui sont appliqués ou non et sous quelles conditions ?⁷¹

la communication et la coopération. Cf Trompette et Vinck, *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4,1, 2010/1, Retour sur la notion d'objet frontière.

⁶⁹ On peut penser à Dodier (1993a, *op. cit.*) et aux modalités de remplissage des questionnaires par les médecins du travail qu'il décrit comme signalant non seulement une appropriation de l'outil par les médecins mais aussi une forme de cadrage de l'individu-patient soit en tenant compte de sa singularité soit en le positionnant dans des catégories statistiques.

⁷⁰ En référence aux travaux de Max Weber.

⁷¹ Ce que nous allons chercher à regarder plus précisément au sujet de la prise en charge de l'hypertension.

Nous retrouvons des résultats comparables à ces travaux-ci sur le rôle attribué aux recommandations sur les pratiques médicales et sur la production de normes locales en milieu hospitalier dans un travail sur la prescription des examens biologiques de la fonction thyroïdienne et sur la prise en charge des voies respiratoires basses (Jacques *et al*, 2007) ainsi que dans un autre sur l'annonce du diagnostic de mucoviscidose (Langeard, 2010).

Si ces diverses analyses méritent de retenir notre attention, notamment l'idée de gain de légitimité professionnelle par l'usage des recommandations, il s'agit aussi de les prendre avec précaution avant d'essayer de les transposer dans le cadre de la médecine générale.

Hormis les travaux sur la médecine d'assurance, les autres se situent en milieu hospitalier voire hospitalo-universitaire, dans un milieu donc où la hiérarchie et la concurrence sont particulièrement prégnantes, et non en médecine générale dite de ville. Nous sommes là au niveau d'une analyse de l'organisation hospitalière, adaptée à l'application de la notion d'objet frontière ainsi que le signale L. Star (2010), ce qui n'est pas ou à moindre degré le cas à une autre échelle (celle du cabinet libéral par exemple).

De plus, la cancérologie est une spécialité médicale reconnue pour être fortement protocolisée, et même pour avoir été précurseur en la matière (Castel, 2008 *op.cit.*), ce qui est loin d'être le cas pour l'hypertension. Quant à la muscoviscidose, elle est une maladie emblématique de dynamique collective et du contre-pouvoir des malades (Akrich *et al*, 2009). L'hypertension n'est pas, au contraire, organisée en mouvement de patients.

Enfin, si les méthodes de recueil mobilisées relèvent de l'ethnographie - présence dans les services hospitaliers, lors des réunions de concertation et autres moments de rencontre entre professionnels -, aucune observation de consultation, c'est-à-dire une observation des interactions entre médecins et patients- n'a été réalisée. De plus, des entretiens avec les médecins ont été menés mais aucun patient n'a été interrogé par ces auteurs⁷².

⁷² Notre posture méthodologique a été différente puisque nous avons observé des consultations et interrogé en miroir des médecins et des patients.

UN OBJET AMBIVALENT POUR LA MEDECINE GENERALE

Lorsque l'on regarde les résultats des travaux sur les usages et les effets des recommandations en médecine générale⁷³, ceux-ci diffèrent quelque peu et soulèvent d'autres interrogations. Est surtout soulignée l'ambivalence du rapport des médecins généralistes aux « bonnes pratiques ».

Selon une perspective rejoignant celles des politistes précédemment cités, Trépos et Laure (*op.cit.*) définissent les recommandations médicales comme l'expression d'une certaine conception professionnelle de la médecine (le rationalisme scientifique) et d'une conception sociétale sous le joug de l'impératif de santé publique. Plus précisément, dans le travail qu'ils présentent dans cet article, ils les appréhendent comme étant un « dispositif de politique professionnelle top down » dans lequel les attentes des médecins dit de base – ce que sont dans ce cas les médecins généralistes, éloignés des lieux d'élaboration des recommandations - ne peuvent pas remonter (bottom up) ; il manque, disent-ils, l'option « à essayer ».

Pour comprendre les résistances à l'adoption de ce dispositif des recommandations par les médecins, Trépos et Laure ont eu recours à la « méthode des scénarios »⁷⁴ : un scénario (voir tableau ci-après) a été construit à partir d'une revue de littérature sur les recommandations de bonne pratique, d'entretiens semi directifs auprès de cinq médecins généralistes et d'une analyse des recommandations de l'ANAES en cours⁷⁵. Puis il a été soumis par courrier électronique à trois cent cinquante médecins généralistes. Deux cent soixante dix neuf ont répondu. Il n'y a pas eu d'interrogation des patients.

Pour analyser les données ainsi recueillies, les deux sociologues mobilisent le cadre théorique de Bessy et Chateaufort (1995) des « pli, prise et repère » : les recommandations arrivent dans un univers cognitifs des médecins déjà porteuses de « plis »⁷⁶. Elles font l'objet de différents types de « prises » : la méprise (elles sont confondues avec d'autres), la déprise (elles sont acceptées puis rejetées), la surprise (on ne sait pas quoi en penser). Ces prises passent par l'instauration de « repères » par les médecins (tests, surlignage, appels à des confrères...). Ces sociologues estiment que la prise par le généraliste ne le conduit pas à défroisser les recommandations mais à y superposer ses propres repères et que l'on peut considérer « l'art de la prise de recommandations comme un art de s'orienter en effectuant des tris dont les principes ne sont pas toujours

⁷³ Par choix, nous ne mobiliserons ici que des travaux français afin de se situer dans le même contexte politique et professionnel que notre recueil de données, ce qui permettra un meilleur potentiel de comparaison, ou du moins de discussion. Les travaux présentés ici nous paraissent particulièrement éclairants par rapport à notre propre questionnement et contribuent à l'introduction de notre démarche empirique.

⁷⁴ « Il s'agit de soumettre, aux personnes que l'on veut interroger, une série de propos, volontairement schématiques, débouchant sur une impasse ou une difficulté à résoudre. On demande à l'enquêté de proposer une issue correspondant à son approche de la situation évoquée » (Trépos et Laure, *op. cit.*).

⁷⁵ Nous y retrouvons les éléments que nous avons avancés précédemment : les limites à la connaissance des recommandations, les modes d'élaboration du jugement médical, le rôle du patient et son savoir sur la maladie.

⁷⁶ D'autres parleraient, à la façon de Bourdieu, de routines ou encore d'éléments incorporés.

constants ». Cette analyse rejoint l'idée de Timmermans et Berg, citée ci-dessus, de travail d'appropriation des standards par les professionnels, effectué donc préalablement à leur application. Mais dans le travail, leur mise en pratique face au patient n'est pas abordée.

Tableau-encadré 5 : Texte du scénario

Plusieurs médecins se rencontrent lors d'un pot offert par un laboratoire.
Régine, jeune praticienne, évoque la dernière recommandation qu'elle vient de recevoir. Elle dit qu'elle essaiera de l'appliquer comme les autres, mais que ça prend du temps. Elle est curieuse de connaître l'opinion et la pratique de ses confrères dans ce domaine.
Pierre lui répond : « Je n'ai pas le temps de lire intégralement les recommandations, car je consacre toute mon énergie à mes patients. C'est cela la priorité. De toute façon, les recommandations ne sont que du bon sens, il suffit donc d'en faire preuve pour ne pas avoir besoin d'y recourir ».
Quentin serait plutôt d'accord avec Régine, mais, dit-il, « il est impossible de les connaître toutes par cœur. Je reçois tellement de paperasse que je ne peux pas tout éplucher. Et surtout m'en rappeler ».
« Les recommandations partent d'un bon sentiment, améliorer la qualité des soins, lui concède Thierry. Mais elles oublient une chose : l'avis du patient sur la question. Par exemple, dans la recommandation sur l'allaitement maternel, il y a un schéma qui décrit la position de la langue du nourrisson par rapport à l'aréole du sein : je me vois bien en train d'expliquer ça à un bébé ! Plus sérieusement, la plupart de mes patients diabétiques de type II ne font pas tous les contrôles glycémiques « recommandés ». Quand je tente de les convaincre de leur bien-fondé, ils me répondent : « j'en ai assez de me piquer au doigt » ou encore « depuis le temps, je sens bien dans quelle zone de glycémie je me situe ». Il faut donc sans arrêt négocier et les recommandations ne prennent pas cette dimension en compte ».

L'investigation que Trépos et Laure ont menée les amène à conclure que les recommandations sont un « dispositif faible » dans la mesure où elles font l'objet de « prises distancées » mais que « c'est à ce prix que la recommandation fonctionne ». Pour en assurer une meilleure application et adhésion, il est nécessaire de les construire comme un « dispositif ouvert », c'est-à-dire de pouvoir prendre en compte les demandes d'ajustement émanant des médecins, notamment en termes de négociation avec le patient. Ici l'on retrouve la notion de plasticité dans la mise en forme locale (Castel 2008) mais cette fois à l'échelle du cabinet du médecin généraliste. L'analyse est toutefois menée de manière générale, même si le scénario fait état des recommandations sur l'allaitement et pour la prise en charge du diabète.

Ciblée justement sur le diabète, une recherche réalisée, également, en France auprès de médecins généralistes (Bachimont *et al.* 2006⁷⁷) souligne que ces praticiens estiment que les

⁷⁷ Remarquons le titre de la publication « Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonne pratique clinique ? » qui tend à mettre les médecins sur le banc des accusés,

référentiels des recommandations sont bien-fondés (du fait de la pose de cadres communs, de mise à jour des connaissances et de réduction des inégalités de prise en charge) mais que cette « uniformisation » des pratiques induit un sentiment de contrôle et introduit des normes contraires à l'exercice libéral. Les résultats présentés s'appuient sur des entretiens menés auprès de généralistes (dix neuf sur soixante sept contactés) ainsi que des questionnaires renseignés par des médecins sur leurs 5 premiers patients diabétiques vus en consultation à partir de l'ouverture du recueil et des questionnaires appariés aux précédents adressés par voie postale aux dits-patients (au final, trois cent un questionnaires médecins-patients appariés ont été recueillis). L'étude porte sur la prise en charge du diabète pour laquelle les médecins interrogés considèrent que les recommandations ne sont pas un outil efficace pour parvenir à un contrôle de la glycémie car le problème serait selon eux, le manque d'adhésion et de suivi aux conseils hygiéno-diététiques. Ils expliquent ceci notamment par le fait que les patients ne considèrent pas le diabète comme une maladie grave. On peut entendre que dans ce cas, contrairement à d'autres résultats d'études, les recommandations ne constituent pas un appui dans la négociation avec le patient ni une aide pour le faire adhérer à des conseils. Mais par ailleurs, les auteurs relèvent que les médecins généralistes estiment que la prévention hygiéno-diététique ne relève pas de leurs attributions et dans le cas du diabète, qu'il s'agit d'une maladie liée à « la malbouffe ».

Ce point soulève un certain nombre d'interrogations : leur réticence s'explique-t-elle par un rejet d'un rôle qu'ils estiment d'entreprise morale ? Ou parce qu'ils attribuent aux patients la responsabilité de leur état de santé ? Ou parce que la prévention prend du temps pour peu d'effet visible et est peu compatible avec une activité libérale ? Faisons une autre remarque de discussion des résultats présentés dans cet article : les généralistes interrogés présentent comme facteur limitant l'usage des recommandations ce problème d'adhésion de la part des patients pour le domaine préventif impliquant une modification de leurs habitudes de vie en matière d'alimentation. Or le constat initial présenté et justifiant l'étude réalisée porte sur la non prescription pour le dosage de l'hémoglobine glyquée selon les règles recommandées, point qui relève du travail médical, si on est bien au niveau même de la prescription et non pas de la réalisation de l'acte biologique par le patient. Enfin, pointons le fait que dans ce travail, portant pourtant sur une seule spécialité médicale – la médecine générale - et sur une seule pathologie – le diabète -, la complexité de la question de l'application des recommandations demeure. Ici, en descendant d'une échelle d'analyse, c'est la discussion entre les différents éléments recommandés qui est soulevée : appliquer ou non tel ou tel élément, en l'occurrence, ceux relevant de la prescription technique et ceux relevant du conseil hygiéno-diététique

C'est sur la question des pratiques préventives en médecine générale qu'Abdoul *et al.* (2008) se sont centrés en prenant comme exemple : le dépistage du cancer du sein, du col, la consommation d'alcool, de tabac et la prise en charge de l'hypertension artérielle. La

fautifs de ne pas pratiquer « comme il faudrait », à l'instar de l'article épidémiologique de Bouée et al (2010) qui concluent : « L'inertie thérapeutique restait importante dans la prise en charge des diabétiques de type 2 en France en 2008-2009. Cette situation constitue un enjeu en termes de santé publique en raison des complications du diabète, dont le risque augmente avec le mauvais équilibre glycémique ».

méthode utilisée allie épidémiologie et sociologie. Un recueil a été effectué auprès de 59 médecins et 2738 de leurs patients. Le recueil auprès des médecins a été fait face à face, le médecin répondait aux questions sur ses patients inclus⁷⁸ en consultant le dossier de celui-ci ; le recueil auprès des patients était réalisé par téléphone. La qualité de prise en charge des patients hypertendus était évaluée en fonction d'indicateurs présents dans les recommandations, à savoir un patient était considéré comme « bien suivi » (p18) : s'il avait consulté son médecin au moins deux fois dans l'année, s'il avait eu un dosage de la créatinine depuis moins de deux ans, d'un dosage de la glycémie et des lipides et réalisé un électrocardiogramme depuis moins de trois ans, si sa pression artérielle avait été mesurée depuis moins de six mois. Selon ces critères, 26,5% des patients hypertendus inclus étaient bien suivis, c'est-à-dire étaient suivis en conformité avec les recommandations. Il s'agit d'un résultat qui tend à conforter l'idée d'un mauvais usage des recommandations, de pratiques déviantes par rapport à ces normes. Toutefois peut-être est-il surestimé, ainsi qu'il est indiqué en discussion dans le rapport de recherche, car les réponses provenaient des informations contenues dans le dossier patient, or il n'est pas assuré qu'il soit systématiquement à jour.

A été réalisée, dans un second temps, une étude sociologique auprès de trente des médecins ayant participé au recueil quantitatif via des entretiens sur la mise en œuvre des actions de prévention dans leur activité quotidienne. Si la mesure de la pression artérielle est déclarée être faite de manière systématique par les médecins interrogés, les examens complémentaires recommandés pour l'élaboration du diagnostic ne sont pas toujours évoqués. Mais retenons surtout que, selon les généralistes, le principal écueil à une prise en charge telle que recommandée est le « défaut d'observance » des patients hypertendus traités du fait de leur tempérament, de leur culture, de leurs contraintes professionnelles ou encore d'un « manque de notions sur l'hygiène de vie » (p47). Si sur les trois premiers domaines, le médecin ne peut réellement guère agir, les réponses recueillies ne font pas état d'un sentiment de pouvoir améliorer les connaissances des patients en matière d'alimentation de manière à les faire modifier leur comportement. Ce qui mérite d'être souligné ici une différenciation quant à l'usage des recommandations en fonction des aspects qui relèvent du geste technique et ceux qui relèvent du conseil hygiéno-diététique ; le premier ne pose pas de problème d'application contrairement au second qui même s'il est réalisé par le médecin n'implique pas que cela ait un impact sur le patient. Ces résultats ne reposent que sur des déclarations des médecins et non sur le point de vue du patient ou sur l'observation de consultations.

Faire « une description fine des situations et activités des médecins généralistes et de leur rapport au patient » est justement ce que proposent Urfalino *et al.* (2001, p1), en prenant comme exemple deux objets de recommandations de bonne pratique, l'asthme et le dépistage du cancer du sein. La méthode pratiquée est celle de l'entretien semi-directif, réalisée ici auprès de quarante neuf généralistes. Dans les résultats présentés, il ressort, de

⁷⁸ Il s'agissait des patients vus en consultation ou en visite sur une période de deux semaines correspondant aux critères d'inclusion suivants : hommes de 35 à 64 ans, femmes de 50 à 69 ans, hommes et femmes hypertendus traités de 25 à 79 ans.

manière concordante avec la littérature sur le sujet, que les recommandations en général sont « rarement rejetées dans leur principe, parfois louées » ; elles sont souvent connues mais de manière imprécise, « elles semblent émerger difficilement de la masse d'information reçue » (p35). Concernant l'asthme, le principal problème auquel les médecins se disent confrontés est le « mauvais comportement du patient, et principalement, l'inobservance » (p19) quant à la prise de leur traitement de fond, phénomène qu'ils expliquent dû à une « sous-estimation de la gravité de la maladie » par les patients (p19) et à un « épuisement de l'observance à long terme » (p20). La connaissance et/ou la représentation de l'asthme par les personnes et du risque encouru sont des éléments que nous retrouvons une fois encore dans l'explication des comportements et de l'écart entre les normes de santé contenues dans les recommandations et la réalité des pratiques professionnelles et profanes. C'est pourquoi il nous a paru important de consacrer une section de notre analyse aux savoirs profanes sur l'hypertension.

Concernant le dépistage du cancer du sein, il ne serait pas fait systématiquement selon les recommandations soit tous les deux ans à partir de cinquante ans car, selon les médecins interrogés : « la définition d'un âge précis et unique, déconnecté de toute réalité avec le patient, s'articule difficilement avec la pratique du médecin généraliste » (p26) - ce que les auteurs désignent comme relevant de « l'emprise de la pratique » (p43). Les praticiens disent s'ajuster à la demande de la patiente : par exemple, celles se sentant plus exposées au risque à cause de cas familiaux ou proches étant plus demandeuses de mammographie (p32). Urfalino *et al.* parlent alors de relation médecin-patient comme interaction agissant sur le déroulé des consultations. Ils soulignent que « les actes du généraliste sont difficilement déconnectés de la consultation dans laquelle ils sont réalisés. La nature de la consultation, les caractéristiques de l'échange entre généraliste et patient, son rythme ainsi que les raisons susceptibles de conduire le patient à prendre rendez-vous doivent être pris en compte » (p45).

Nous adhérons totalement à ces propos. C'est pourquoi, pour aller plus loin, nous proposons une démarche d'enquête qui vise de prendre en compte ces différents aspects par une analyse fine du déroulement des consultations et qui s'attache en particulier à cerner les différentes formes de demandes qu'expriment les patients et la façon dont le médecin y répond (cf chapitre V).

Conclusion

Si Médecine et État ont longtemps œuvré de concert pour défendre des intérêts communs, la crise économique et sociale des années 70 a marqué un tournant politique et professionnel dans leurs relations. Les recommandations de bonne pratique émergent et se développent dans une période de reconfiguration non seulement des liens État-Médecine mais aussi des liens entre les médecins et les patients.

Intégrées dans une démarche de « New Public Management », elles ont reçu une audience favorable auprès des gestionnaires et décideurs en santé dans la mesure où elles sont apparues comme étant un outil permettant la régulation des dépenses de santé par la rationalisation des pratiques médicales. Elaborées sous le pilotage d'agences de l'État, elles ont offert aux pouvoirs publics la possibilité de prendre appui sur les données de la science et sur l'objectivation des résultats médicaux pour justifier une politique d'allocations de ressources en santé, sous le principal contrôle des pouvoirs publics et non sous celui de la profession médicale comme dans le cas de la médecine des preuves.

Elles s'inscrivent toutefois en continuité avec ce mouvement dans la mesure où d'une part, elles prennent appui sur les mêmes méthodes et critères d'évaluation du niveau scientifique et où d'autre part, elles visent de même façon à aider le clinicien dans ses prises de décision thérapeutiques en lui fournissant des synthèses de l'état de la littérature médicale.

De même que dans le cas de la médecine des preuves, le champ couvert par les recommandations ne cesse de s'étendre : il ne se cantonne plus au seul choix médicamenteux mais concerne de plus en plus des prises en charge de pathologies dans leur globalité, aussi bien sur les aspects thérapeutiques que préventifs.

Les missions des agences de l'État ne s'arrêtent pas à l'élaboration des recommandations, elles doivent également s'assurer de leur application. Prenant en compte des critiques, elles espèrent que les praticiens adhèrent davantage aux principes des recommandations et qu'ils les intégreront mieux dans leurs pratiques.

Comme pour la médecine des preuves, nous retrouvons des facteurs de réticence liés à un sentiment de perte d'autonomie professionnelle et d'accroissement de contrôle des pratiques.

Les recommandations sont également victimes de leur prolifération : elles sont si nombreuses qu'elles nécessitent un important travail de veille et d'apprentissage de la part du médecin.

Par ailleurs, si pour certaines spécialités médicales, elles constituent une source de valorisation professionnelle, elles sont porteuses d'ambivalence en médecine générale. Car si elles peuvent faire gagner de la légitimité scientifique à la médecine générale, il n'est pas

toujours aisé de les appliquer, du fait de la grande diversité des problèmes de santé rencontrés, mais aussi et surtout, de la plus grande proximité avec le patient, revendiquant son autonomie et sa singularité ; des valeurs qu'il s'agit de faire cohabiter avec le modèle scientifique et rationnel des recommandations.

Chapitre III

Les recommandations de prise en charge de l'hypertension artérielle ou la construction d'un risque de santé publique

Nous allons nous intéresser dans ce chapitre au cas particulier de l'hypertension artérielle, dont les modalités de prise en charge font l'objet de recommandations professionnelles et qui a bénéficié de plusieurs atouts scientifiques et économiques pour percer sur la scène de la santé publique : état mesurable, prévalence élevée, coût important pour l'assurance maladie mais aussi vaste marché pharmaceutique, facteur de risque cardio-vasculaire ayant lui-même des facteurs de risque.

L'histoire de sa mise en recommandations montre qu'elle a servi des intérêts professionnels pour le développement d'une médecine cardiovasculaire mais aussi qu'elle a été à la base d'une politique de santé publique visant à normaliser des comportements individuels d'hygiène de vie.

Le point de départ de notre réflexion s'appuie sur la notion de « construction sociale »⁷⁹ et en particulier sur un travail d'Aronowitz (1999) dans lequel il développe l'idée d'approche par facteurs de risque.

Le terme de « construction sociale » d'une maladie est généralement utilisée par ceux qui analysent et décrivent l'interaction entre les facteurs sociaux (attitudes, croyances, relations sociales et idées) et les connaissances biologiques qui déterminent l'apparition, la définition et/ou la modification de la signification d'une maladie. Même si certains, explique Aronowitz, comme Charles Rosenberg (1982), préfèrent parler de cadre de la maladie, parce que le terme de construction aurait été trop souvent associé à un style de critique culturelle relativiste et daté (par exemple la rhétorique des années 60 sur l'utilisation de la maladie par la médecine pour étiqueter et donc contrôler la déviance) et aussi parce qu'il considère que ce terme est une tautologie dans la mesure, selon Rosenberg, où nommer une maladie est toujours un acte linguistique et de là, la maladie est toujours une construction sociale⁸⁰. Pour Aronowitz dont nous adhérons aux propos, le terme reste utile car « généralement, ni les médecins ni les profanes ne voient l'apparition, la dénomination et la définition de la maladie comme problématique. Nous vivons sur l'idée que la

⁷⁹ Se référer au livre fondateur de Berger et Luckmann (1966), *La construction sociale de la réalité*. Pour ces deux auteurs, pour comprendre nos comportements quotidiens, il est nécessaire de prendre en compte les connaissances ordinaires, souvent implicites, partagées par les individus.

⁸⁰ D'autres se sont élevés contre l'emploi de la notion de construction sociale. Par exemple, Ian Hacking qui après l'avoir mobilisé au sujet des maladies mentales, en dénonce l'usage abusif dans un ouvrage au titre explicite : *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?*, 2001, Paris, La Découverte.

recherche biomédicale et l'observation clinique astucieuses mènent à la reconnaissance de processus pathologiques nouveaux ou non reconnus auparavant ; quelles que soient les controverses et problèmes soulevés par ce processus, ce sont des questions considérées comme largement techniques et laissées aux chercheurs et cliniciens plus compétents pour prononcer des jugements sur des questions de ce type. De plus la science constructiviste contemporaine soutient que ce ne sont pas des processus triviaux et qu'ils ont d'importantes conséquences et dépendent de facteurs sociaux. Il est donc important de connaître les détails de la construction sociale d'une maladie afin de pouvoir lui faire sens, notamment dans la maladie chronique » (p28).

Nous proposons de suivre ici le raisonnement de cet auteur sur les ressorts de l'approche par facteurs de risque, mais en orientant la contextualisation sur le développement et le contenu des recommandations professionnelles quant à la prise en charge de l'hypertension et en interrogeant les divers paradoxes dans lesquels l'hypertension est insérée.

Nous commencerons par revenir aux origines de ces recommandations ou : comment le risque cardiovasculaire a été découvert et consacré comme enjeu de santé publique. Puis nous verrons comment l'hypertension est emblématique du mouvement de la médecine des preuves. Nous poursuivrons en analysant précisément le contenu des recommandations de prise en charge de l'hypertension et leurs modifications depuis les premières publications.

Nous nous attacherons à cerner les figures du patient et du médecin mises en scène dans ces recommandations, ce qui permettra de les mettre par la suite en perspective avec nos données empiriques. L'hypertension artérielle étant principalement prise en charge en France en médecine générale, notre propos vise à préciser en quoi le modèle porté par les recommandations s'accorde ou non avec le travail de médecin généraliste.

1. Comment l'HTA est devenue un risque évaluable ou de la mesure de la pression artérielle au facteur de risque

Historiquement, la construction de l'hypertension en tant que maladie s'est réalisée sur la base de la mesure de la pression artérielle, entrée dans la routine de l'examen clinique dans les années 1895-1910 « après l'invention d'un protocole simple de mesure des changements de pression vasculaire basé sur l'emploi du brassard pneumatique et du stéthoscope » (Gaudillière, 2007). Donnée facilement mesurable, elle a été un élément phare de l'étude de Framingham initiée en 1948.

Cette histoire comporte plusieurs éléments dignes d'être remarqués.

* L'outil de mesure de la pression artérielle a été inventé avant d'en connaître l'intérêt.

Le premier appareil permettant une mesure précise de la pression artérielle date de 1828 : elle a été effectuée à l'aide d'un « hémodynamomètre ». Mais ce n'est qu'à la fin du 19^{ème} siècle (1896) que Riva-Rocci et Potain ont mis au point un appareil suffisamment maniable pour être utilisé en pratique médicale courante. Cet appareil amélioré en 1909 par un certain Michel Pachon, composé d'un brassard branché sur un oscillomètre, est l'ancêtre de celui que les médecins utilisent aujourd'hui (Evillard et Huchet, 2006).

* Les premiers recueils de pression artérielle ont été le fait des assureurs et non des cliniciens.

C'est dès cette période que les compagnies d'assurance-vie américaines qui avaient connaissance de l'existence de cet appareil de mesure ont montré que l'hypertension était un facteur de risque cardiovasculaire majeur⁸¹. Plus précisément l'initiative revient à John Welton Fischer, directeur médical de la Northwestern Mutual Life Insurance Company, qui instaura en 1905 la mesure de la pression artérielle dans le cadre de l'examen des postulants d'assurance sur la vie. Il fut visionnaire : à ce moment là, aucune publication n'indiquait un lien entre pression artérielle et risque cardio-vasculaire. A partir de tables de mortalité, il corréla le niveau de la pression artérielle et la mortalité. Il aboutit à la conclusion suivante : « plus la tension est forte, plus le risque est grand »⁸², ainsi qu'il le déclara en 1911 et publia de façon détaillée en 1914 dans un numéro du JAMA – la revue qui offrit une tribune d'expression aux réformateurs thérapeutiques à la même époque ainsi que nous l'avons indiqué dans le premier chapitre.

Le recueil statistique se poursuit aux États-Unis sous l'impulsion des compagnies d'assurance, notamment en 1939, avec la Blood Pressure Study qui confirmait, à partir de données recueillies auprès de 1 309 000 individus, l'ampleur épidémiologique de cette maladie sur la base de niveaux de pression artérielle corrélés à un risque accru de mortalité.

⁸¹ Pour de plus amples détails sur ce sujet abordé par de nombreux auteurs traitant du risque cardiovasculaire, se reporter par exemple à Postel-Vinay et Corvol, 2000.

⁸² Nous verrons plus loin que c'est ce que montra l'étude de Framingham ... 50 ans plus tard.

Autrement dit, les assureurs ont ainsi découvert une « maladie nouvelle, envisagée comme un facteur de risque » (Postel-Vinay et Corvol, 2000, p64), qui avait la particularité de ne se traduire par aucun symptôme et à partir de laquelle ils établirent un seuil d'exclusion des postulants à l'assurance-vie. Ainsi, sur la base de milliers d'assurés mesurés, une compagnie d'assurance nord américaine établit, en 1920, la règle suivante, selon un raisonnement économique : éliminer tout sujet dont la pression artérielle est de façon permanente supérieure de plus de 15mmHg à la tension moyenne de son âge.

Notons que les premières études sur des échantillons de grande taille furent nord-américaines, zone où en 1920 le nombre d'assurés était trois fois plus élevé que celui des assurés du reste du monde, selon Postel-Vinay et Corvol.

Les médecins exerçant hors du secteur de l'assurance-vie ne s'y intéressaient alors guère. Peut-être parce qu'à cette époque aucun traitement efficace n'existait et qu'il fallait de solides moyens financiers pour mener à bien de tels recueils de données. Il fallut attendre la fin des années 40 pour voir naître une étude d'envergure dirigée par les institutions publiques de santé américaine, étude qui fait toujours référence dans le monde de l'épidémiologie cardio-vasculaire comme marquant le passage d'une épidémiologie descriptive à une épidémiologie dite déductive qui s'efforce de comprendre les pathologies de manière causale.

L'ÉTUDE FRAMINGHAM : DECOUVERTE DES NOTIONS DE FACTEURS DE RISQUE ET DE RISQUE GLOBAL

Cette étude a été conçue dans un contexte politique à prendre en compte.

Entre les deux guerres, la France et les autres pays occidentaux connaissent la période de transition épidémiologique avec la montée des maladies dégénératives dont cardio-vasculaires. Nous assistons alors à la constitution d'une médecine cardiologique « équipée » (usages du tensiomètre, de l'électrocardiogramme, de la radiographie...). Pourtant les maladies cardiovasculaires sont considérées comme une conséquence du vieillissement et malgré leur ampleur, ne sont pas perçues comme une priorité de santé publique.

A la sortie de la seconde guerre mondiale, face à l'ampleur de la morbidité et de la mortalité cardio-vasculaire, le gouvernement américain décide, toutefois, de mieux comprendre la situation et d'entreprendre une vaste étude épidémiologique qui sera dirigée par le National Heart Institute of the States Public Health Service, alors tout juste créé. Elle sera réalisée dans une ville de 28 000 habitants : Framingham (Massachusetts), jugée représentative du mode de vie américain. L'objectif était de suivre, pendant vingt ans, la survenue des événements cardio-vasculaires au sein de cette population, en regardant les différences entre les individus développant une pathologie cardio-vasculaires et les autres. Il ne s'agit donc pas d'un essai clinique randomisé sur le modèle promu par la thérapeutique rationnelle mais d'une étude de cohorte à moindre niveau de preuve scientifique. Elle permit toutefois d'établir l'importance de la méthode dans la détermination des facteurs de risque des maladies non contagieuses.

Une dizaine d'année après le début de cette enquête, des facteurs de risque sont distingués : l'hypercholestérolémie, l'obésité et le niveau de pression artérielle (confirmant le résultat de Fischer obtenu en 1915 : plus le niveau est haut, plus le risque est élevé). L'étude qui était prévue initialement sur cinq ou dix ans (pour la détermination précise de l'incidence des maladies coronariennes) a été prolongée à vingt ans de manière à étudier les facteurs de risque et leur hiérarchisation. Le terme « facteur de risque » est apparu pour la première fois dans un rapport de 1961 (Aronowitz, *op.cit.*).

Cette enquête constitue le socle de deux étapes ultérieures : l'intervention thérapeutique sur les facteurs de risque et la prédiction individuelle du risque sur la base d'équations dites du risque et non pas sur l'intuition du clinicien.

C'est une approche qui reste une référence dans les milieux médicaux dont on peut toutefois souligner certaines limites.

Cette enquête est une étude de cohorte. Or selon la classification de la médecine des preuves (cf. tableau-encadré 3), les études de cohorte ne fournissent qu'une présomption de preuve.

Par ailleurs, les facteurs de risque ne devraient pas être circonscrits aux seuls éléments discrets et mesurables de l'individu dans la mesure où des phénomènes sociaux peuvent intervenir sur les maladies. Mais ceux-ci apparaissent bien dérangeants à inclure et peu maîtrisables dans les analyses statistiques. Ainsi au cours de l'étude Framingham, un intervenant extérieur recommanda de recourir à un spécialiste en sciences sociales afin de ne pas avoir seulement une approche individualiste. Il lui fut répondu qu'il n'y avait « guère de raison de croire que les sociologues, socio-anthropologues et autres labels similaires ajoutent grand-chose à la conduite satisfaisante d'un projet comme celui-ci » (Aronowitz, *op.cit.* p270).

Malgré cela, l'approche par facteurs de risque a réussi à obtenir l'approbation du monde médical mais aussi non médical parce que ceux-ci ont l'apparence de variables objectives et mesurables (p252). Ils offrent un cadre scientifique rationalisé visant à gérer l'incertitude croissante associée à l'occurrence des maladies coronariennes, cadre rassurant en terme de politique de santé publique car ils permettent de déterminer qui court le plus grand risque et ce qu'il est possible de faire pour abaisser ce risque. Ils incarnent en même temps les idéaux culturels et médicaux de précision, de spécificité et de quantification (p253). Et nous ajoutons qu'ils se rapprochent en cela des idéaux portés par la médecine des preuves.

Les problèmes de santé qui ont le plus liés à cette approche sont ceux qui peuvent être mesurés et donc quantifiés, comme c'est le cas de l'hypertension, repérée comme étant un des principaux facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires, comme nous le verrons en particulier dans la quatrième section de ce chapitre.

2. Du risque évalué aux enjeux de santé publique

Au début des années 70 fut créé le National Blood Pressure Education Program aux États-Unis et les premiers fonds publics furent investis, en particulier dans les médias, dans la lutte contre l'hypertension (Postel-Vinay et Corvol, *op.cit.*, p118).

La lutte contre l'hypertension prend des « allures de croisade », pour reprendre les termes de Postel-Vinay et Corvol. Elle dépasse les frontières américaines, adoptée par d'autres gouvernements qui mènent une politique de dépistage à grande échelle appuyée sur des campagnes d'information véhiculant des messages plutôt alarmistes. L'hypertension est désignée comme : « ce tueur silencieux »..., une revue médicale titre « ces hypertendus qui s'ignorent » (Riou et Herzberg Martino, 1998).

Et, de fait, à la façon du projet du Dr Knock, plus on dépiste, plus on trouve de malades⁸³. De 1969 à 1985, le nombre annuel de consultations pour hypertension passe de 5,5 à 25,7 millions (Ménard, 1986). Le tensiomètre se généralise dans les cabinets médicaux. Dans les années 80, l'hypertension devient le premier motif de consultation médicale aux États-Unis.

En 2002, l'hypertension est désignée comme une des premières causes de décès dans le monde (Ezzati *et al.*, 2002).

En France, le nombre de patients hypertendus traités est passé, entre 2000 et 2006, de 8,6 millions à 10,5 millions soit près de 30% de la population (Samson *et al.*, 2007). Reconnue sur la base de données épidémiologiques comme étant un facteur de risque majeur d'accident vasculaire cérébral, d'infarctus du myocarde, de diabète ou d'insuffisance rénale chronique, les actions pour « éviter ou retarder la survenue de l'hypertension artérielle [...] réduire le nombre de malades et ainsi réduire les dépenses de santé évitables liées à cette maladie » se multiplient⁸⁴ (Mutualité Française, expérimentation 2010).

Selon les données de la CNAMTS, en 2006, ce sont près de onze millions de personnes qui sont traitées par au moins un médicament anti-hypertensif, les associations étant de plus en plus fréquentes⁸⁵. Le marché pharmaceutique est énorme, source de gains croissants pour

⁸³ De plus, le seuil de l'hypertension a été déplacé : dans les années 80, il était fixé à 160/95 mmHg (Ménard, 2009), contre 140/90 aujourd'hui. Ce déplacement du curseur entre le normal et le pathologique est un phénomène que l'on rencontre dans différentes pathologies et se situe au cœur du travail de la santé publique (Fassin, 2008). Il induit une augmentation de la prévalence de la maladie et contribue à le mettre sur le devant de la scène médicale et politique.

⁸⁴ Mutualité Française. La Mutualité annonce le lancement d'une expérimentation sur la prévention de l'hypertension artérielle [en ligne]. <http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Communique-de-presse/La-Mutualite-Francaise-annonce-le-lancement-d-une-experimentation-sur-la-prevention-de-l-hypertension-arterielle> (page consultée le 17 mai 2011).

⁸⁵ Les médicaments antihypertenseurs se comptent par dizaines de molécules différentes, commercialisées sous différents noms. Ils sont classés selon leur type d'action en : diurétiques, bêtabloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, inhibiteurs de l'angiotensine II, inhibiteurs de la rénine, inhibiteurs calciques, sans compter des associations combinant certains de ces antihypertenseurs.

l'industrie pharmaceutique⁸⁶, acteur phare dans le développement de la médecine des preuves dans la mesure où elle est un financeur important des essais thérapeutiques évaluant l'efficacité des traitements médicamenteux qu'elle s'apprête à commercialiser⁸⁷.

La prise en charge de l'hypertension représente en revanche un coût élevé pour l'assurance maladie. Ainsi pour le seul cas de la France, entre 2000 et 2006, les dépenses liées au traitement de l'hypertension sont passées de 2,6 à 4,4 milliards d'euros, avec un coût de médicament moyen par patient de 420 euros par an (Samson, *op.cit.*)⁸⁸. A âge et sexe comparables, les hypertendus dépensent en soins de ville environ 70% de plus que les non-hypertendus (Frérot *et al.*, 1999)⁸⁹.

Pourtant, malgré les campagnes d'information, malgré les traitements médicamenteux, malgré les recommandations professionnelles, toutes les personnes qui en sont atteintes ne sont pas traitées⁹⁰ et parmi celles que le sont, seulement une minorité – entre un tiers et près de la moitié selon les études - a une pression artérielle normalisée (c'est-à-dire inférieure à la valeur seuil recommandée)⁹¹.

Ce qui est désigné sous le terme d'échec thérapeutique est un phénomène observé dans différents pays, indépendamment du système de santé (Van Wijk *et al.*, 2008). Il est considéré comme lié à une utilisation non optimale des traitements de la part des médecins

⁸⁶ Les importants gains des industries pharmaceutiques sont régulièrement dénoncés. En 2007, l'UFC-Que Choisir a mené une enquête sur les dépenses de santé injustifiées et s'est intéressé aux traitements contre l'hypertension artérielle, qui, en quelques années se sont hissés au second rang des dépenses de médicaments. Les sartans, derniers arrivés dans cette classe de prescriptions contre l'hypertension, sont ceux dont les ventes ont le plus augmenté, avec un total de 385,6 millions d'euros en 2006, en hausse de 54 % en cinq ans. Or, dit l'UFC-Que Choisir « rien ne justifie cette prépondérance des sartans sur les IEC (inhibiteurs de l'enzyme de conversion, autre classe thérapeutique qui agit de la même façon), largement utilisés jusqu'alors » et dont les ventes sont restées stables.

Plus encore, en étudiant les prescriptions en seconde intention, et plus particulièrement les sartans associés à des diurétiques, il apparaît qu'en cinq ans, « leur coût à la charge de l'assurance maladie a doublé, passant de 180,4 millions d'euros en 2002 à 360,4 millions en 2006 ». Or, dénonce l'UFC-Que Choisir rien ne le justifie. L'analyse de cette évolution montre que les sartans associés à un diurétique se sont taillé la part du lion (+ 76 %) alors que, dans le même temps, les IEC associés à un diurétique (classe alternative) ne cessaient de régresser (- 11 %) »

(cf. *Que Choisir*, n°452, octobre 2007, Comment les labos et les médecins creusent le trou).

⁸⁷ Pour tout savoir ou presque sur le rôle de l'industrie pharmaceutique, lire Pignarre, 2004.

⁸⁸ A titre comparatif, ce coût annuel moyen est de 312 euros pour le diabète (Kusnik-Joinville et al. 2007)

⁸⁹ L'assurance maladie cherche d'ailleurs à transférer une large partie des coûts aux assureurs complémentaires : le 11 janvier 2011, « la Commission réglementation de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a voté, avec une majorité d'une seule voix, une motion favorable au projet de décret visant à supprimer l'HTA sévère de la liste des affections de longue durée (Santélog (21 janvier 2011) Hypertension artérielle : exclue du régime des ALD ? [en ligne] http://www.santelog.com/modules/connaissances/actualite-sante-hypertension-artereacuterielle-exclue-du-reacutegime-ald-4831_lirelasuite.htm (page consultée le 17 mai 2011).

⁹⁰ Selon l'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS), près de 20% des personnes hypertendues diagnostiquées ne sont pas traitées (Godet-Thobie et al, BEH 2008). Résultat identique à celui de l'étude Mona Lisa, réalisée au sein des registres des maladies cardio-vasculaires français (Wagner et al, BEH 2008).

⁹¹ Des résultats récents issus des enquêtes FLASHS (French League Against Hypertension Survey) mises en place par le comité français de lutte contre l'hypertension se montrent plus optimistes en avançant un chiffre de 55,4% d'hypertendus traités contrôlés (*Profession Cardiologie, Edition spéciale congrès*, décembre 2010, n°26, cahier 2, p5).

et à une mauvaise prise de ces médicaments par les patients. Dans un cas comme dans l'autre, il y a donc défaillance dans l'application des recommandations de bonne pratique. L'interprétation qui peut être faite est, soit que le médecin ne les suit pas correctement (il ne prescrit pas le traitement recommandé ou il ne diffuse pas les conseils préventifs au patient), soit qu'il ne parvient pas à convaincre le patient d'agir dans le sens des recommandations (prendre correctement son traitement médicamenteux, modifier son comportement de santé).

La présentation de l'article de Krzesinski (2010) est à ce titre édifiante : « L'inertie thérapeutique, à savoir l'absence d'introduction d'un traitement antihypertenseur ou de modification à la hausse de celui-ci par le médecin si la pression est élevée ou si la cible tensionnelle n'est pas atteinte, est fréquente et participe au faible pourcentage lors de contrôle des patients hypertendus traités ou non. La responsabilité du médecin est à ce niveau élevée. Une stratégie rigoureuse est nécessaire, étape par étape, pour pallier ce manque de réaction »⁹².

Sont en première ligne de la prise en charge et du coup, de l'accusation, les médecins généralistes qui assurent 94% des consultations des patients diagnostiqués et traités (Frérot *et al.*, *op.cit.*).

A la lecture de ces chiffres et résultats, on comprend que l'enjeu n'est pas seulement de mettre sur le marché un traitement médicamenteux à l'efficacité prouvée sur le modèle initial de la médecine des preuves mais aussi d'améliorer, dans une perspective de politique de santé, la prévention de l'hypertension et de ses complications en tant que mal curable et facteur de risque cardiovasculaire le plus répandu. C'est ainsi que réduire la pression artérielle moyenne dans la population adulte est un objectif inscrit, en France, dans la loi de santé publique 2004 et dans le Programme National Nutrition Santé 1 et 2⁹³.

3. L'ère d'une médecine cardiovasculaire fondée sur les preuves

Les premiers remèdes contre l'hypertension sont apparus dès la fin du XIX^{ème} siècle. Au fil des décennies, les produits proposés à la vente se sont multipliés, sans que leur efficacité ne soit attestée. Il y eut même recours entre les deux guerres aux rayons X et à l'électricité (Postel-Vinay et Corvol, *op.cit.*). On considère qu'il n'y a pas eu de traitement médicamenteux prouvé efficace et bien toléré contre l'hypertension avant les années 60. Avant cela, le médecin ne disposait que de peu de moyens thérapeutiques si ce n'est de

⁹² Une session a été consacrée à cette question lors des 30^{èmes} Journées HTA (Paris, décembre 2010). Elle était intitulée : « Combattre l'inertie thérapeutique ».

⁹³ Cf. Programme National Nutrition Santé. Manger.bouger.fr, le site de la nutrition santé et plaisir [en ligne] <http://www.mangerbouger.fr/pnns/> (page consultée le 17 mai 2011).

conseiller de supprimer le sel et de ne pas pratiquer certaines activités physiques ou encore d'éviter tout surmenage (soit d'agir sur les facteurs de risque alors identifiés).

Ce qui changea la situation fut la découverte des diurétiques en 1958 : ils furent évalués efficaces et sans effet secondaires dangereux. Fut lancée la course à la molécule la plus performante, au point qu'en 1988, le prix Nobel de médecine fut attribué à sir James Black pour avoir mis au point le premier bêtabloquant (médicament aujourd'hui largement prescrit).

Après guerre et en particulier à partir des années 60, des médicaments, agissant sur la pression artérielle, soumis à l'essai clinique randomisé, ont montré leur efficacité sur le taux de mortalité des personnes hypertendues. Cette histoire s'inscrit clairement dans la lignée de celle des réformateurs thérapeutique et se rattache au développement de la médecine des preuves. Mais elle s'opère sous une forte présence de l'industrie pharmaceutique qui y voit un intérêt financier de taille.

Notons en particulier, en 1963, la première étude comparant un antihypertenseur et un placebo dite « L'étude des vétérans », car réalisée par l'administration américaine auprès de vétérans de guerre. Après cinq ans d'administration et selon une méthodologie considérée comme rigoureuse selon les règles de l'essai clinique (à savoir, en double aveugle contre placebo⁹⁴), un bénéfice du traitement est statistiquement démontré. Cette étude est fréquemment citée car l'efficacité du traitement étant démontrée, à partir de là, il n'a plus été éthiquement acceptable de mener des études cliniques avec placebo.

D'autres essais suivirent, démontrant le bénéfice thérapeutique de la normalisation de la tension, comme celui conduit entre 1977 et 1982 en Grande Bretagne par le Medical Research Council, remarquable par la taille car réalisé auprès de dix sept mille cinq cent sujets suivis pendant cinq ans.

Toutes ces études signalent un investissement humain et financier énorme en matière de recherche clinique et d'essais thérapeutiques en matière d'hypertension sans cesse en progression⁹⁵.

Les statisticiens jouèrent un rôle essentiel, ainsi que nous l'avons vu précédemment dans le contexte général du développement des essais cliniques randomisés. Dans le cas de l'hypertension, la décision thérapeutique s'avère particulièrement complexe du fait de la multiplication sur le marché de nouvelles molécules – et de la concurrence entre firmes pharmaceutiques-, l'expérience clinique seule ne permettant pas de juger de l'intérêt de tel médicament ou de telle combinaison.

⁹⁴ Placebo et produit actif sont répartis entre les participants à l'étude sans que ni eux ni les examinateurs ne soient informés des clés de la répartition. Dans le cas de cette étude, la taille de l'échantillon (143 vétérans) peut toutefois questionner sur la force statistique des résultats

⁹⁵ Une interrogation réalisée en août 2010 sur le site *Clinicaltrials.gov* indiquent 3413 essais cliniques recensés à partir du mot clé « hypertension » et 3749 à partir du mot clé « cardiovascular risk » (*Clinicaltrials.gov* [en ligne] www.clinicaltrial.gov (page consultée le 10 août 2011)).

Cette multiplication des traitements antihypertenseurs à efficacité démontrée avec une méthode statistique, qui s'est mûrie dans la même période, a permis la mise en place d'une médecine préventive cardiovasculaire dite fondée sur les preuves (Postel-Vinay et Corvol, *op.cit.*, p116). S'est construit peu à peu un savoir sur des bases scientifiques qui confirme l'importance du niveau tensionnel et l'intérêt de ne pas dépasser un certain seuil dans la prévention des maladies cardio-vasculaires. Toutefois si l'ampleur du marché ne fait aucun doute, l'efficacité des antihypertenseurs reste limitée sur le plan de la santé publique car en cas d'hypertension modérée, il est estimé qu'il faut traiter mille personnes pendant un an pour éviter un accident vasculaire cérébral (Postel-Vinay et Corvol, *op.cit.*, p222).

De plus, au fil des essais, on s'aperçut que pour réduire la tension artérielle, les médicaments ne suffisent pas et que le mode de vie du patient importe, en particulier quant à sa consommation de tabac et ses habitudes alimentaires.

Des essais de prévention et programmes nationaux commencèrent à être montés et réussirent à être menés, contrairement à la « Diet Heart » quelques vingt années plus tôt. L'un des premiers de ceux-là fut le National Blood Pressure Education Program lancé aux États-Unis en 1972. Signalons parmi les plus récents projets, en France, en 2010, l'initiative de la Mutualité Française, avec le soutien financier de l'Assurance Maladie, d'un programme d'éducation thérapeutique et de réduction des risques cardio-vasculaires, proposé aux hommes de quarante cinq ans et plus et aux femmes de plus de cinquante ans volontaires. D'une durée d'un an, ce programme en cours se déroule en lien étroit avec le médecin traitant, généraliste en première ligne de la prise en charge de l'hypertension artérielle.

En contrepoint de cette démarche d'essais plus ou moins pharamineux définissant des critères et autres résultats dits statistiquement forts, dignes de l'esprit du « gold standards »⁹⁶, diverses controverses se firent entendre.

Des voix se sont élevées pour souligner le fait que les essais cliniques contrôlés « ne sont pas le reflet de la vie courante » (*op.cit.*, p201). Ils peuvent être un outil d'objectivation fiable mais jusqu'où peut-on extrapoler les résultats à la population générale ? En effet, les patients inclus sont sélectionnés selon des critères bien précis et ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble de la population, en particulier s'ils relèvent de groupes statistiquement marginaux. Ils sont inclus sur la base du volontariat, ce qui tend à signaler, au moins une adhésion à la démarche entreprise, au mieux un certain souci de sa santé. De plus, les personnes incluses bénéficient d'un suivi médical soutenu et la prise des médicaments est plus surveillée et le fait de participer induit une modification du comportement⁹⁷. Enfin, la période d'observation est brève au regard de la durée d'une maladie chronique telle que l'hypertension et de la durée d'exposition aux facteurs de risque avant qu'un effet soit mesurable.

⁹⁶ Noter l'existence du Cochrane Hypertension Group (cf. <http://hypertension.cochrane.org/>).

⁹⁷ Ce qui est appelé l'effet « Hawthorn ».

Par ailleurs, le secteur était déjà (et est toujours) sous le contrôle de l'industrie pharmaceutique qui préfère financer des essais cliniques afin de mettre en vente un « nouveau médicament » plutôt que des essais d'intervention qui ne leur rapportent pas (voire qui peuvent avoir un effet réducteur sur le marché des médicaments) et dont les résultats sont longs à démontrer. Prenons l'exemple du MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial), initié en 1976 aux États-Unis dont les effets ne furent démontrés qu'après dix ans et demi de suivi et qui indiquent que les habitudes de vie sont difficiles à changer mais aussi que les risques « se programment » très tôt (Papoz, 2001).

De plus, on peut émettre une certaine réserve sur le bien-fondé de telles interventions car selon un point de vue historique, la plupart des améliorations de santé réelles au niveau d'une population ont relevé plus de changements socio-économiques non spécifiques qu'à des interventions de santé publique individuelles sur certaines maladies. Selon JN Norris : « il n'y a tout simplement pas de preuve au sens classique qu'en modifiant le comportement en fonction de résultats d'études (poids, tabac, exercice, baisse tension artérielle ou taux de lipides), le risque individuel et l'incidence dans la population soient abaissés » ou encore Peacock, à la même époque : « nous n'avons pas le droit de supposer que ramener une tension ou un taux de cholestérol élevé à la normale ramènera le risque pour l'individu concerné à celui de la personne qui a toujours eu des taux bas » (cités par Aronowitz, *op.cit.* p271).

Signalons, enfin, dans ce paysage d'essais et de discussions d'experts, la pharaonique Etude HOT (Hypertension Optimal Traitement) lancée en 1998, auprès dix neuf mille patients issus de vingt six pays, visant à déterminer le niveau de pression artérielle qui, sous traitement, peut offrir la meilleure protection cardiovasculaire. Après quatre ans d'observation, le résultat fut une pression artérielle de 140/85. Ce résultat fut reconnu par diverses instances dont l'Organisation Mondiale de la Santé et est à la base de nombreuses recommandations de prise en charge de l'hypertension. C'est ainsi que sur la base d'un patient traité moyen sur un plan statistique, une valeur seuil est posée et devient la norme pour toutes les personnes hypertendues à laquelle les médecins sont censés se référer. Nous verrons ce qu'il en est en pratique de médecine générale.

4. Des recommandations pour la prise en charge de l'hypertension artérielle

LES RECOMMANDATIONS ET LEUR ACTUALISATION⁹⁸

Les premières recommandations de prise en charge de l'hypertension sont américaines : elles ont été rédigées par le Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (comité sous la houlette des National Institutes of Health) et ont été publiées en 1977 dans le fameux JAMA dont nous avons déjà signalé le rôle de tribune du paradigme de la médecine des preuves⁹⁹. La septième et dernière version en date du « JNC » est sortie en 2003¹⁰⁰.

2003 est également l'année de la publication des premières recommandations européennes sous la forme d'un document de cent vingt cinq pages comprenant quelques huit cents vingt cinq références bibliographiques prises en compte dans le travail d'élaboration¹⁰¹. Elles sont également disponibles sous une forme résumée de dix pages, traduite en français, à destination des médecins généralistes¹⁰². Jusqu'à cette date, la Société Européenne d'Hypertension (ESH) et la Société Européenne de Cardiologie (ESC) avaient préféré ne pas publier leurs propres recommandations concernant l'hypertension au profit de celles proposées, en 1993 puis en 1999, par l'Organisation Mondiale de la Santé et la Société Internationale d'Hypertension, « avec quelques ajustements tenant compte des spécificités européennes » du fait notamment des différences entre systèmes de santé quant à leur capacité d'évaluation diagnostique des facteurs de risque cardiovasculaire. Après 2003, de nombreuses nouvelles données ont été publiées, méritant d'être incluses dans une actualisation des recommandations européennes, publiée en 2007 (ESH/ESC, 2007).

Quant aux recommandations françaises, les premières sont diffusées en 1997 par la toute nouvelle ANAES. Elles sont actualisées en 2000 puis en 2005, sous la houlette de la HAS,

⁹⁸ Pour compléter notre analyse des sources écrites, nous avons réalisé deux entretiens, l'un avec un médecin généraliste membre du comité d'organisation des recommandations françaises pour la prise en charge de l'hypertension de 2005 et l'autre avec un médecin spécialiste, membre du groupe de travail pour ces mêmes recommandations.

⁹⁹ Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure : a cooperative Study, JAMA, 1977, 237 : 255-261

¹⁰⁰ cf <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/> (le 18 août 2010)

¹⁰¹ Guidelines Committee, 2003, European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension, Journal of Hypertension, 2003, 21, 1011-1054

¹⁰² Document à l'initiative du comité belge de lutte contre l'hypertension. Persu A, Krzesinski JM, Van de Borne P, Recommandations de l'ESH-ESC 2003 pour la prise en charge de l'hypertension artérielle en médecine générale, *RMLG Revue Médicale de Liège*, 2004, 59, 9, 489-496 (<http://sites.uclouvain.be/loumed/V123,%202004/801-PERSU.pdf>)

« à la demande de la Société Française d'HTA » (HAS, 2005a *op.cit.*)¹⁰³. Elles sont destinées « à tous les professionnels amenés à prendre en charge un patient hypertendu, et plus particulièrement les médecins généralistes, les gériatres, les cardiologues, les néphrologues, les endocrinologues-diabétologues, les neurologues » (p7). Ces recommandations ne font pas de différenciation selon la discipline médicale (médecine spécialisée *versus* médecine générale) ni le mode d'activité (hospitalière *versus* de ville). Ce qui peut être considéré comme un souci de tenir un même discours envers tous les professionnels médicaux, dans une perspective d'homogénéisation des pratiques ou de non-stigmatisation de la médecine générale, qui se trouve considérée alors comme une spécialisation au même titre que les autres¹⁰⁴.

Toutefois si l'on considère la composition des différents groupes professionnels ayant participé à l'élaboration des recommandations de 2005, il y a un certain déséquilibre entre médecins généralistes et autres spécialités. Le déséquilibre est encore plus flagrant si on note que parmi les généralistes impliqués, plusieurs tiennent des fonctions particulières. La représentativité du médecin généraliste « de base », celui qui est en première ligne de la prise en charge des personnes hypertendues, peut être interrogée.

Ainsi, le comité d'organisation chargé de ces dernières recommandations est composé de sept médecins spécialistes (trois neurologues, deux néphrologues, un cardiologue, un diabétologue) et de deux médecins généralistes (dont un est professeur associé au un département de médecine générale de Paris).

Le groupe de travail est présidé par un médecin PU-PH, spécialiste de l'hypertension artérielle. Les seize membres du groupe se répartissent entre onze médecins spécialistes (quatre cardiologues, un endocrinologue, un néphrologue, un gériatre, un neurologue, un épidémiologiste, deux médecins spécialisés en informatique médicale) et cinq généralistes (dont un est signalé spécialisé en gériatrie et un autre est membre de l'AFSSAPS¹⁰⁵).

Quelques remarques s'imposent. Alors que les recommandations européennes sont le fruit uniquement d'experts en hypertension¹⁰⁶, en France, l'élaboration des recommandations est un travail effectué conjointement par une agence publique et des médecins. Nous retrouvons ici une marque des liens entre profession médicale et État, ainsi que cela a été posé dans le premier chapitre.

¹⁰³ Un des membres du groupe de travail que nous avons interrogé estime que l'actualisation a plutôt été l'initiative de la HAS et non pas de la Société Française d'HTA.

¹⁰⁴ D'autres pays ont également rédigé leurs propres recommandations, citons la Grande-Bretagne, le Canada, l'Australie. Toutes sont sorties en 2004. Nous optons ici pour une lecture plus précise des seules recommandations françaises et européennes, de manière à souligner les particularités françaises par rapport aux recommandations européennes également diffusées auprès des médecins –et traduites en français – et dans la mesure où notre objet de recherche ne se situe pas dans une perspective de comparaison internationale.

¹⁰⁵ Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

¹⁰⁶ Membres de la Société Européenne d'Hypertension et de la Société Européenne de cardiologie, « la jet set » européenne de l'hypertension, nous dit un membre du groupe de travail français.

La deuxième est le travail régulier d'actualisation¹⁰⁷. Ainsi, concernant les recommandations françaises, il est expliqué que « Cette décision d'actualisation est justifiée du fait des nombreuses publications médicales depuis 2000 qui ont apporté des données nouvelles ou des informations complémentaires » (Chamontin, 2005). Notamment concernant :

- le recours à l'automesure de la pression artérielle au domicile et à la mesure ambulatoire, comme alternatives à la mesure au cabinet médical, notamment en cas de doute sur un « effet blouse blanche » ;
- l'estimation du niveau de risque cardiovasculaire comme pivot central de la décision thérapeutique ;
- la référence à de nouveaux niveaux de preuve apportés par les résultats d'essais cliniques.

Nous retrouvons là la question de la variabilité de la pression artérielle et de sa sensibilité au contexte – elle peut être plus élevée lorsqu'elle est prise au cabinet du médecin qu'à son domicile-, ainsi que la question de l'évaluation des facteurs de risque dans le jugement d'un cas individuel. Enfin, l'actualisation des recommandations fait référence à la place de la médecine des preuves comme référent scientifique.

A la lecture des recommandations européennes, un certain souci de leur applicabilité ressort. Ainsi, il est précisé que même si sont privilégiés les résultats issus des grands essais cliniques contrôlés, « une classification rigide fondée sur un niveau de preuve » est à éviter, car « elle est difficile à appliquer » et ne peut « concerner que des aspects thérapeutiques ». Par ailleurs, il est souligné que « les recommandations concernant la pratique médicale¹⁰⁸ ont un rôle essentiellement didactique et non coercitif. Il s'agit en effet de la prise en charge de patients individuels avec toute la diversité de leurs caractéristiques personnelles, médicales et culturelles, nécessitant des décisions qui peuvent s'écarter notablement de celles, médianes, préconisées par les recommandations » (ESH *op.cit.*, p4). Le fait de considérer les recommandations comme un outil souple, à adapter aux situations individuelles, selon le jugement du médecin, n'est pas formulée dans les recommandations françaises.

Toutefois, selon un membre du groupe de travail, les recommandations européennes sont « *un document d'experts* » rédigé par des spécialistes de l'hypertension alors que les recommandations françaises sont élaborées par « *un panel de médecins confrontés à l'hypertension* », que ce soit un professeur de neurologie, de néphrologie, un généraliste ou

¹⁰⁷ Les plus récentes « remontent » toutefois à 2007. Des mises à jour des recommandations de l'ESH 2007 sont parues dans le *Journal of Hypertension* d'octobre 2009 ; elles ne concernent que les nouveautés en matière de choix médicamenteux ainsi que la recherche d'une micro albuminurie dans le bilan systématique d'un sujet hypertendu, à inclure dans l'évaluation du risque cardiovasculaire

¹⁰⁸ Ce qui laisse entendre une différence avec des recommandations plus techniques comme par exemple les « Effets vasculaires et rénaux des médicaments anti-angiogéniques : recommandations françaises pour la pratique (SN, SFHTA, APNET, FFCD), 2008 » ou encore « les recommandations ESH/ESC 2007 pour la pratique clinique Microalbuminurie et excrétion urinaire d'albumine » (cf. Société Française de l'Hypertension Artérielle [en ligne], <http://www.sfhta.org/>)

encore un pharmacologue. « *L'esprit français est tourné vers l'applicabilité (...) l'ambiance du groupe a été de travailler à l'applicabilité* », souligne ce médecin interrogé.

La composition mixte du groupe de travail (médecins spécialistes hospitaliers confrontés à la prise en charge de patients hypertendus mais aussi engagés dans de la recherche clinique et médecins généralistes uniquement dans la prise en charge) a d'ailleurs obligé à débattre et à trouver un compromis entre l'intérêt scientifique et réalité pratique. Ce souci d'assouplir les termes des recommandations pour améliorer la perception qu'en ont les praticiens et pour qu'elles soient mieux appliquées qui traverse aujourd'hui le monde des promoteurs des recommandations, relève d'une politique de traduction de « l'expertise basée sur les preuves » en une opérationnalisation en termes de santé publique, recevables pour les cliniciens et in fine, pour les patients.

Si nous poursuivons la lecture des textes, dans les recommandations françaises (et pas dans les européennes), il est précisé « les questions auxquelles répondent ces recommandations :

- Comment est définie l'HTA essentielle et quelles sont les cibles tensionnelles ?
- Quelles sont les techniques de mesure de la pression artérielle et leurs indications ?
- Quels sont les objectifs de l'évaluation d'un patient hypertendu ?
- Quelle est la stratégie de prise en charge non médicamenteuse et médicamenteuse ?
- Quelles sont les approches thérapeutiques recommandées dans des situations particulières ?
- Quelle est la fréquence de suivi du patient hypertendu ? » (*op.cit.*, p7)¹⁰⁹.

Les questions ainsi formulées relèvent essentiellement des aspects techniques de la prise en charge dans une perspective biomédicale. En consultant les recommandations, on remarque que la prise en charge non médicamenteuse est traitée, mais en moins d'une page, alors que celle du traitement pharmacologique l'est sur plusieurs et ressort comme un objet dominant dans le texte. Il est vrai que les choix médicamenteux sont de plus en plus complexes, du fait de la multitude des traitements sur le marché et des combinaisons préconisées ou non. La stratégie d'adaptation de traitement médicamenteux figure d'ailleurs sous forme d'arbre décisionnel (*op.cit.*, p15). Les règles d'association des classes thérapeutiques recommandées sont représentées sous forme d'une figure appelée « *le bateau* » ou « *le diamant* » et qui est reconnue comme un outil très pratique, ainsi que nous le dit le médecin généraliste membre du comité d'organisation que nous avons interrogé.

¹⁰⁹ La rédaction de ces questions est le travail préalable du comité d'organisation.

En revanche, dans les recommandations européennes, les conseils d'hygiène de vie prennent plus de quatre pages : « des habitudes alimentaire saines devraient toujours être encouragées. Pour autant, ces mesures n'ont pas fait leurs preuves en termes de protection cardiovasculaire chez les hypertendus, et leur observance à long terme est notoirement médiocre (*op.cit.*, p50). On peut lire cette différence entre les recommandations françaises et européennes comme le reflet de choix différents des groupes de travail. Faute de preuves scientifiques, les deux groupes n'ont pas abouti au même consensus : ne pas développer *versus* développer les questions de la prise en charge non médicamenteuses dans les recommandations.

De l'histoire de l'hypertension que nous avons retracée à grands traits dans la section précédente, deux dimensions se sont détachées concernant la définition et la prise en charge de celle-ci : la pression artérielle et la détermination de valeurs seuils ; l'approche multifactorielle et l'évaluation d'un risque global. Aujourd'hui, les recommandations, en France et ailleurs, soulignent que la prise en charge d'un patient hypertendu repose à la fois sur les valeurs de pression artérielle et sur le niveau de risque cardiovasculaire global (par exemple, HAS, 2005a, *op.cit.*, p7). Auparavant les recommandations françaises et européennes se focalisaient sur les seuls chiffres de pression artérielle (ce qui reste encore vrai dans les recommandations américaines datant de 2003)¹¹⁰ : le changement est justifié par le fait que le plus souvent, chez une personne hypertendue, une pression artérielle élevée est accompagnée de facteurs de risque cardiovasculaire, ainsi que le signalent de nombreuses publications (ESH/ESC, *op.cit.*, p8).

Regardons ici –et avant de les mettre à l'épreuve des données empiriques dans la troisième partie - comment ces deux éléments sont présents dans les recommandations pour la prise en charge de l'hypertension en cours.

LA VALEUR SEUIL : LIMITES SCIENTIFIQUES ET INTERETS PRAGMATIQUES

Dans les recommandations françaises, elle est définie par la valeur seuil de 140/90 mmHg. Pourtant cette définition est dite « consensuelle » (HAS, 2005a, *op.cit.*) car elle ne repose pas sur des données de niveau de preuve élevé selon les règles de classification issues de l'Evidence-Based Medicine. Si elle est retenue, c'est qu'il est considéré que sa portée pratique dépasse sa « faiblesse » scientifique. La primauté est donnée non pas au niveau de preuve scientifique mais à la simplicité du message véhiculé et à son impact potentiel auprès du médecin et du patient.

Le raisonnement est clairement présenté dans les recommandations européennes¹¹¹ : dans la mesure où la pression artérielle a une distribution unimodale dans la population et une

¹¹⁰ Voir recommandations ESH/ESC, 2007, p8.

¹¹¹ Sur la base de nombreuses publications scientifiques.

relation continue avec le risque cardiovasculaire, le terme même d'hypertension est « scientifiquement discutable (...) et sa classification basée sur des valeurs seuils est arbitraire (...) néanmoins changer cette terminologie universellement connue et admise peut générer une confusion dans les esprits, et l'usage des valeurs seuils simplifie l'approche diagnostique et thérapeutique dans la pratique quotidienne » (ESH/ESC, *op.cit.*).

C'est la même idée que l'on retrouve dans les recommandations françaises : malgré « l'aspect arbitraire du choix de valeur » reconnue par les experts français (HAS, 2005b), cette option est présentée comme ayant l'intérêt de simplifier le message à destination des médecins : « chez tout hypertendu, l'objectif est d'obtenir une PA <140/90 mmHg » (Chamontin, *op.cit.*).

Ce qui signifie qu'au cœur des recommandations professionnelles, pourtant référées essentiellement au modèle du « gold standard », s'agissant de la définition de l'hypertension, c'est le consensus et le pragmatisme qui déterminent le choix de mobiliser la notion de valeur seuil. C'est donc un choix de compromis qui est opéré par les promoteurs et rédacteurs des recommandations de bonne pratique. Il y a hybridation d'une posture scientifique avec un pragmatisme opérationnel. Nous verrons dans le chapitre huit comment les médecins généralistes utilisent les chiffres tensionnels en consultation. Comment sont-ils « opérationnalisés » ? Sont-ils mobilisés en tant que donnée scientifique reconnue ? Comment les médecins font-ils avec la variabilité des chiffres tensionnels ? Constituent-ils ou non un appui pour négocier avec le patient ?¹¹².

Revenons au contenu des recommandations. Devant les limites de la seule valeur seuil, il est fait recours, dans différents pays, à l'instar des recommandations européennes et américaines, à une logique de classification de l'hypertension en fonction de bornes inférieures et supérieures, autour de cette valeur seuil de 140/90 mmHg.

¹¹² Retenons déjà le constat posé par Oliveira et al (*op. cit.*) que les médecins n'interviennent pas autant que recommandé car ils acceptent une pression artérielle supérieure aux recommandations chez leurs patients, ce qui équivaut à une sous-estimation du risque par « effective management ». Ce qui signale que même s'il existe des recommandations, il reste la complexité des choix médicamenteux, le contexte de la consultation, l'effet patient (sa connaissance et sa compréhension du risque ainsi que son niveau d'adhésion aux valeurs médicales).

Tableau-encadré 6 : classification de l'HTA selon les valeurs de pression artérielle

AUTEUR, ANNEE, PAYS	CLASSIFICATION
HAS, 2005a	
France	HTA: PA > 140/90 mmHg HTA grade 1: 140-159/90-99 mmHg HTA grade 2: 160-179/100-109 mmHg HTA grade 3: > 180/> 110 mmHg
ESH/ESC 2003	
Europe	PA optimale: < 120/80 mmHg PA normale: 120-129/80-84 mmHg PA normale haute: 130-139/85-89 mmHg HTA grade 1: 140-159/90-99 mmHg HTA grade 2: 160-179/100-109 mmHg HTA grade 3: > 180/> 110 mmHg
JNC VII 2003	
États-Unis	PA normale: < 120/< 80 mmHg Pré-hypertension: 120-139/80-89 mmHg HTA stade 1: 140-159/90-99 mmHg HTA stade 2: $\geq 160/\geq 100$ mmHg
	BHS-IV 2004
Grande-Bretagne	HTA grade 1: 140-159/90-99 mmHg HTA grade 2: 160-179/100-109 mmHg HTA grade 3: > 180/> 110 mmHg
	NHF 2004
Australie	PA normale: < 120/80 mmHg PA normale haute: 120-139/80-89 mmHg HTA grade 1: 140-159/90-99 mmHg HTA grade 2: 160-179/100-109 mmHg HTA grade 3: > 180/> 110 mmHg
Canada 2004	HTA systolique isolée: $\geq 140/< 90$ mmHg PA normale haute: 130-139/85-89 mmHg HTA grade 1: 140-159/90-99 mmHg HTA grade 2: 160-180/100-105 mmHg

(source : argumentaire, 2005)

Que peut-on dire de cette catégorisation ?

La valeur seuil de 140/90 est présente dans les recommandations en tant que valeur à partir de laquelle l'hypertension est définie comme étant de « grade 1 ».

En revanche, la « normalité » en matière de pression artérielle diffère selon les recommandations. En Europe, elle est définie par des valeurs comprises entre 120-129/80-84 mmHg, alors qu'en Australie et aux États-Unis, une pression artérielle est considérée

comme normale si inférieure à 120/< 80 mmHg – valeurs correspondant à une pression artérielle « optimale en Europe ». Enfin, aux États-Unis, apparaît le terme de « préhypertension » pour des valeurs comprises entre 120-139/80-89 mmHg, correspondant au regroupement de ce qui est appelé hypertension normale et normale haute en Europe.

Des choix sont donc opérés à partir d'interprétations des résultats épidémiologiques. Ces termes de « tension normale » et « préhypertension » donnent à réfléchir quant à leur implication de qui est désigné malade hypertendu ou « préhypertendu » ou encore personne « normale ». Ainsi, l'ESH/ESC explique que le terme « préhypertension » n'a pas été retenu dans les recommandations européennes du fait du sens péjoratif pour le profane, pour qui ce terme est de nature à générer de l'anxiété et une demande de consultations et d'exams plus souvent non justifiés médicalement (ESH/ESC, 2007).

Si on peut voir dans cette mise en catégories une volonté d'apporter aux cliniciens un outil pratique qui tient compte de la variabilité de la pression artérielle, on peut également l'interpréter comme un élargissement de la population potentiellement traitable soit un accroissement du marché pour les industries pharmaceutiques¹¹³. De notre point de vue, les deux interprétations sont certainement fort plausibles. Pour notre propos et notre analyse empirique à venir, ce qui nous intéresse plus particulièrement est de savoir si la classification est opérationnelle et ce qu'elle induit en pratique. Un médecin classe-t-il un patient selon ses chiffres tensionnels ? Lui parle-t-il de « préhypertension » par exemple ?

« Depuis plus d'un siècle, la définition de l'hypertension ne connaît pas de réponse univoque car il n'est pas une pression artérielle dite « normale » mais des définitions arbitraires de la normalité » (Postel-Vinay, 2010). L'histoire de la définition (ou plus exactement des définitions) de l'hypertension telle que la relate Postel-Vinay est exemplaire de la toujours aussi contemporaine thèse de George Canguilhem¹¹⁴ dans laquelle il réfute l'idée que l'état pathologique ne soit qu'une modification de l'état normal. Selon lui, le pathologique ne peut se définir objectivement. Il s'oppose en cela notamment à la théorie défendue par Claude Bernard et à une vision positiviste de la médecine, comme celle portée par le modèle de la médecine des preuves et les essais cliniques randomisés. Rejetant une définition de la normalité produite statistiquement qui déduit qu'est malade celui qui s'écarte trop de la moyenne, il défend l'idée de l'existence de la maladie à travers le vécu du malade et l'observation du médecin.

L'hypertension nous paraît emblématique de l'affrontement de ses deux perspectives. Ces données chiffrées de pression artérielle définissent des normes qui engendrent une catégorisation des patients sur la base de données physiologiques. Un individu est déclaré malade si ce qui est mesuré dans le fonctionnement de son organisme n'entre pas dans la

¹¹³ Le membre du groupe de travail interrogé nous a dit ne pas avoir « senti la présence de l'industrie pharmaceutique » lors de l'élaboration des recommandations.

¹¹⁴ Notons que c'est en 1943 qu'il publie sa thèse de médecine intitulée *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*. Il en tire une thèse de philosophie éditée en 1966 sous le titre *Le Normal et le Pathologique*.

fourchette des valeurs les plus fréquemment relevées chez des individus qualifiés de bien-portants.

Si on poursuit notre réflexion avec Canguilhem, les valeurs biologiques ne sont qu'un des éléments dans l'état de santé d'une personne : « un état pathologique ne peut être dit anormal absolument mais anormal dans la relation à une situation déterminée » (Canguilhem, 1972). Autrement dit, le patient est dit hors norme selon son contexte de vie et s'il le juge lui-même ainsi. Ce qui signifie que l'action médicale ne peut être efficace qu'en tenant compte de l'environnement du malade et de sa relation à son état de santé. On peut en déduire que si les recommandations de prise en charge de l'hypertension ne tiennent pas compte de ces dimensions, alors elles ne peuvent être suivies d'effets, à moins d'être adaptées aux situations individuelles.

Ce raisonnement logique nécessite d'être soumis à l'empirie. C'est pourquoi nous nous attacherons en seconde partie, d'une part à préciser les définitions profanes et professionnelles de l'hypertension et comment elles se rencontrent lors d'une prise en charge médicale, d'autre part à décrire les modalités concrètes de suivi de l'hypertension en les mettant en perspective avec les « normes » recommandées.

Le deuxième élément phare des recommandations est l'évaluation du risque cardiovasculaire.

EVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE GLOBAL

Le risque cardiovasculaire global est estimé à partir des facteurs de risque identifiés par les études épidémiologiques.

Les recommandations françaises retiennent les facteurs suivants :

Tableau-encadré 7 : facteurs de risque utilisés pour estimer le risque cardio-vasculaire global

- Âge (> 50 ans chez l'homme et > 60 ans chez la femme)
 - Tabagisme (tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans)
 - Antécédents familiaux d'accident cardio-vasculaire précoce
 - infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou chez un parent du premier degré de sexe masculin
 - infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 65 ans chez la mère ou chez un parent du premier degré de sexe féminin
 - AVC précoce (< 45 ans)
 - Diabète (diabète traité ou non traité)
 - Dyslipidémie
 - LDL-cholestérol $\geq 1,60$ g/l (4,1 mmol/l)
 - HDL-cholestérol $\leq 0,40$ g/l (1 mmol/l) quel que soit le sexe
- Autres paramètres à prendre en compte lors de la prise en charge du patient hypertendu :
- Obésité abdominale³ (périmètre abdominal > 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme) ou obésité (IMC > 30 kg/m²)
 - Sédentarité (absence d'activité physique régulière, soit environ 30 min, 3 fois/sem) ;
 - Consommation excessive d'alcool (plus de 3 verres de vin/j chez l'homme et 2 verres/j chez la femme)

Source : HAS, 2005a

Globalement, ce sont les mêmes critères que nous retrouvons dans les recommandations européennes. Avec toutefois quelques différences : les limites d'âge sont supérieures (55 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes) ; le statut tabagique est posé par une simple question « oui/non » ; le seuil du LDL-cholestérol est inférieur (1,15g/l) ; la sédentarité et la consommation d'alcool ne figurent pas.

Dans les recommandations françaises, le groupe de travail a longuement discuté de cette liste de facteurs de risque. Tout le monde était d'accord pour reconnaître l'importance de l'évaluation du risque cardio-vasculaire dans le dépistage et la prise en charge de l'hypertension. Selon un membre du groupe, les médecins généralistes insistaient sur la nécessité que « *ce soit simple à utiliser* ». C'est ainsi que cette liste a été établie, à partir de facteurs simples à repérer et scientifiquement reconnus, correspondant à « *un bon compromis entre données épidémiologiques et bonne applicabilité* ».

C'est dans cette optique qu'a été élaboré un tableau à double entrée permettant de croiser le niveau de pression artérielle avec le nombre de facteur de risque et ainsi de classer un patient selon son niveau de risque cardiovasculaire.

Tableau-encadré 8 : Stratification des niveaux de risque cardio-vasculaire

	PA 10-159/90-99	PA 160-179/100-109	PA ≥180/110
0 FdR* associé	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
1 à 2 FdR associés	Risque moyen		
Plus de 3 FdR associés	Risque élevé	Risque élevé	
Maladie cardiovasculaire/rénale			

* FdR = facteur de risque

Source : HAS, 2005a

La prise en charge du patient hypertendu est ensuite modélisée en fonction de ce niveau de risque, sous la forme d'un tableau algorithmique¹¹⁵.

Les avis sont partagés sur ce tableau. Un spécialiste nous dit qu'il le trouve très pratique, simple à utiliser, un généraliste estime que cette évaluation est peu facile à réaliser¹¹⁶. Contrairement aux recommandations françaises, les recommandations européennes consacrent un paragraphe aux limites d'une telle approche. Ne sont pas prises en compte la durée d'exposition à ces facteurs de risque ni certaines dimensions pourtant reconnues liées au pronostic cardiovasculaire comme le stress (ESH/ESC, *op.cit.*, p12).

Quasiment aucune caractéristiques sociales du patient ne sont intégrées, hormis l'âge, associé au sexe à ce niveau. En revanche, concernant la fréquence du suivi, elle est recommandée tous les trois mois en cas de risque cardiovasculaire élevé et tous les six mois dans les autres cas, sauf « chez les patients appartenant aux classes sociales les plus défavorisées, un suivi plus rapproché est recommandé, quel que soit le niveau de risque ». Juste après, il est précisé que « la fréquence des visites sera adaptée au patient, en fonction de la surveillance des risques cardiovasculaires et des comorbidités associées, de la qualité de l'observance du patient et du niveau tensionnel » (HAS, 2005a, *op.cit.*, p23).

La formulation est quelque peu ambivalente : elle peut être interprétée comme étant le reflet d'un souci d'adapter la prise en charge à la situation singulière du patient¹¹⁷ mais, ne précisant pas ce qu'est un patient « appartenant aux classes sociales les plus défavorisées », elle tend à induire un jugement personnel du médecin sur la position sociale de la personne. Elle tend également à faire un lien inverse entre « appartenir aux classes sociales les plus défavorisées » et « la qualité de l'observance », c'est-à-dire à accentuer un phénomène

¹¹⁵ Cf. en annexe, recommandations HTA, HAS 2005, p24

¹¹⁶ Dans certains pays, plutôt d'Europe du Nord, il existe des outils informatisés aidant à l'évaluation du risque cardiovasculaire. Ce qui n'est pas le cas en France.

¹¹⁷ Dans le sens d'une intégration des critiques faites au modèle de la médecine des preuves et en réponse aux limites d'application d'un schéma général à toutes les situations de soins.

stigmatisant, à moins que ce ne soit dans l'objectif de réduire un écart de prise en charge selon la catégorie sociale¹¹⁸.

De même que pour la valeur seuil, il est, à nos yeux, impératif d'aller voir en consultation dans quels cas et en quels termes il est question de risque et comment une évaluation est réalisée et quelle action est alors enclenchée. C'est ce que nous ferons dans notre dernier chapitre en nous attachant à considérer le point de vue du patient et celui du médecin : ont-ils la même définition de la situation en termes de risque ?

¹¹⁸ Cette remarque rejoint notamment un programme de recherche auquel nous avons participé, ciblé sur la question des inégalités sociales de santé en médecine générale. Un des constats initiaux ayant motivé ce travail est que les recommandations professionnelles peuvent ne pas être appliquées de la même façon selon la catégorie sociale du patient ; le médecin jugeant a priori que le patient de moindre niveau social ne suivra pas ses prescriptions et donc qu'elles ne sont pas à faire (Lang et al, 2008 et 2011).

Conclusion

Les recommandations de prise en charge de l'hypertension, élaborées par une agence de l'État en collaboration avec des experts scientifiques, s'inscrivent dans le mouvement de la médecine des preuves de part leur contenu prenant appui sur des données issues d'essais cliniques et de part leur objectif d'aide à l'élaboration du diagnostic et du choix thérapeutique.

Mais elles sont emblématiques d'un élargissement d'objectif : celui de la santé publique à visée préventive. Ce passage peut aussi se lire sous l'angle du « recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque » (Peretti-Watel, 2004).

La posture d'Aronowitz est de considérer que l'approche par facteur de risque recouvre un ensemble de présupposés qui ne sont ni contestés ni même énoncés et qu'elle a une grande influence sur les pratiques médicales et les politiques de santé sans pourtant faire l'objet de débat. Il souligne l'identité paradoxale et contradictoire de l'approche par facteur de risque en tant que tentative de passer d'une approche monofactorielle et réductionniste à une approche plus large de la maladie avec ses facteurs sociaux et individuels. Mais en fait, c'est surtout la contribution de l'individu à la maladie qui est pointée, c'est-à-dire sa responsabilité individuelle alors même que les facteurs de risque constituent un aspect central de la santé publique moderne et des stratégies financières : définition des comportements de santé sains ou à risque, mise sur le marché de nouveaux médicaments, risque calculé par les compagnies d'assurance...

Concernant l'hypertension, est devenu facteur de risque ce qui pouvait être mesuré. La spécificité du diagnostic tient à la capacité du clinicien à assigner une valeur précise à la tension artérielle ou au niveau de cholestérol, et à la capacité de l'épidémiologiste à mettre cette valeur en rapport avec la probabilité de développer une maladie. Ni le médecin ni le patient ne pensait l'étiologie et la prévention de la maladie coronarienne en ces termes probabilistes avant l'apparition des facteurs de risque de l'usage et de la pensée en ces termes.

Auparavant, l'hypertension n'était considérée comme une maladie que si elle était associée à des dommages organiques. Elle était caractérisée par des symptômes, de la douleur que percevait le malade. Sinon elle était appelée « hypertension bénigne », sans être définie précisément et était généralement non traitée.

Avec l'ère « facteur de risque », elle a été redéfinie comme ce degré de tension élevée associé à un risque accru d'infarctus et complications cardiaques. Elle est devenue un facteur de risque –cardiovasculaire–, parmi d'autres (hyperlipidémie, tabac ...) mais aussi une maladie possédant elle-même des facteurs de risque (qui se recoupent en partie avec les risques cardiovasculaires) dont on évalue un niveau de risque global : « Ce ne sont plus des patients hypertendus mais des patients à risque cardio-vasculaire » (Boissel, 2006).

Dans cette perspective qui rappelle celle du Docteur Knock, l'on n'est pas tant malade qu'à risque de devenir malade. Est créée ainsi une catégorie de « pré-malade » (Goffman, 1977), correspondant à un malade pas tout à fait malade, éventuellement en voie d'être malade, situé dans un état intermédiaire entre santé et maladie (Herzlich, 1996)¹¹⁹. Mais dans le cas de l'hypertension, du fait de la grande sensibilité à la variation de sa valeur seuil et de la relation continue entre valeur de la pression artérielle et niveau de risque cardiovasculaire, il est question de « fallacieuse ligne de partage » entre normotension et hypertension (Postel-Vinay et Corvol *op.cit.*, citant G Pickering, 1995, p138). Sans compter que si l'hypertension est traitée et contrôlée, elle n'est même plus visible par ces chiffres de pression artérielle.

Il en découle une modification des normes de ce qui constitue une maladie et un brouillage des frontières entre normalité et pathologie qui nous ramène vers la pensée de Canguilhem.

Les questions qui nous intéressent et que nous traiterons empiriquement sont les suivantes : comment le patient hypertendu se définit-il, se reconnaît-il dans les définitions biomédicales ? S'il y a décalage, est-ce que cela expliquerait la difficulté à contrôler l'hypertension, c'est-à-dire à diminuer le nombre de personnes hypertendues ? Ou encore, autrement dit, est-ce un obstacle à l'application des recommandations de bonne pratique ?

¹¹⁹ C'est une notion que nous avons trouvée concernant les malades Alzheimer dits précoces ou atteints de troubles cognitifs débutants (Rolland, 2010). De même que pour les personnes séropositives au VIH, la maladie n'a pas encore de réalité à l'annonce du diagnostic. La perception et le sens du verdict sérologique sont troubles et ne s'imposent pas d'eux-mêmes en termes de conséquences pratiques et quotidiennes (Langlois, 2000).

Conclusion de la première partie

La médecine des preuves a pris naissance au début du XX^{ème} siècle avec un objectif d'évaluation de l'efficacité des médicaments alors de plus en plus nombreux sur le marché et a connu un développement, dans les années 50, grâce à l'affinement des méthodes statistiques appliquées dans le cadre des essais cliniques randomisés, élevés au rang de « gold standard » (Timmermanns et Berg, *op.cit.*). Toutefois, outil d'appui scientifique et professionnel, « on ne doit pas perdre de vue le statut de la méthode des essais contrôlés : non pas la science par excellence mais un outil construit à un moment précis de l'histoire pour doter la médecine d'instruments spécifiques permettant de répondre temporairement aux mutations d'un capitalisme pharmaceutique susceptible lui-même de nouvelles métamorphoses » (Dodier, 2005b *op.cit.*, p18).

L'expansion du modèle d'un jugement médical rationalisé porté par la médecine des preuves a pris place dans un contexte économique et social de reconfiguration des liens entre médecine et État et entre médecins et patients. La médecine des preuves s'est déclinée en instrument d'encadrement des pratiques professionnelles sous la forme des recommandations de bonne pratique. Sous le pilotage d'agences étatiques, chargées de leur production et de leur diffusion, elles entrent dans un objectif politique d'évaluation de la qualité des soins et de maîtrise des dépenses de santé.

Les recommandations connaissent une forte audience auprès des gestionnaires car elles répondent à « leur désir incessant de quantification sur des pratiques qui se revendiquaient jusque-là comme insaisissables au jugement gestionnaire car affaire d'art, d'autonomie professionnelle et de jugement clinique » (Couturier *et al.*, *op.cit.*). Autrement dit, elles coïncident avec l'émergence de la nouvelle gestion publique (Merrien, 1999), d'inspiration néolibérale, visant à donner les moyens à l'État de mieux utiliser ses ressources par un contrôle étroit de ce qui se réalise sur le plan clinique.

Lorsque nous nous intéressons aux effets des recommandations sur les pratiques professionnelles, il est incontournable de considérer que la médecine n'est pas un corps homogène. Elle est, bien au contraire, traversée par plusieurs segmentations hiérarchisées : médecine hospitalière/ médecine de ville ; médecine spécialisée/ médecine générale ; médecine à haute technicité/ médecine sociale ; médecine curative/ médecine préventive...

Dans le paradigme de la médecine des preuves, la position de la médecine générale se révèle particulièrement ambivalente, à plusieurs titres :

- Revendication d'être reconnue, notamment au sein de la profession, comme étant une spécialité au même titre que les autres spécialités médicales mais aussi revendication de ses spécificités, en particulier de son identité relationnelle et de son approche globale du malade ;
- Désignée dans divers textes réglementaires comme étant l'acteur-clé de la prévention en santé, l'engagement dans ce rôle n'est pas valorisant, financièrement et professionnellement car n'apporte pas ou peu de résultats à court terme.

Cette ambivalence se retrouve dans la position des médecins généralistes vis-à-vis des recommandations de bonne pratique : ils s'y réfèrent, en quête de légitimité scientifique de leurs pratiques et en même temps, ils émettent des doutes quant à leur mise en application, contraire selon eux à l'approche globale et individualisée qui fait la spécificité de leur activité.

Prendre le cas de la prise en charge de l'hypertension, réalisée essentiellement par les médecins généralistes, permet de faire se rejoindre un ensemble de points soulevés à un niveau général. Celle-ci est notamment emblématique des tensions soulevées par le paradigme de la médecine de preuve, entre légitimité scientifique et légitimité en pratique.

La prise en charge de l'hypertension et ses recommandations de bonne pratique illustrent la position paradoxale d'une part de la médecine générale, à la recherche de son identité propre tout en se référant au modèle hospitalo-universitaire, d'autre part du patient, soumis à l'injonction à l'autonomie et à l'obéissance aux normes de santé.

Définie tout autant comme une maladie en soi ou comme un facteur de risque cardiovasculaire, l'hypertension doit son arrivée sur l'arène de la santé publique à sa mesurabilité : les enquêtes épidémiologiques ont rendu visibles sa fréquence, ses causes et ses conséquences. Considérée comme un problème majeur de santé publique, sa prise en charge a été mise sous forme de recommandations de bonne pratique sur la base de deux éléments phares : une valeur seuil de pression artérielle et une évaluation du risque cardiovasculaire global.

Ces recommandations portent à la fois sur des éléments de diagnostic biomédicaux et sur le traitement médicamenteux, et sur des dimensions relevant des comportements individuels et des conseils hygiéno-diététiques. Si le premier aspect est considéré comme apportant une aide à la décision au médecin, confronté à la complexité croissante des thérapies médicamenteuses, le second renvoie à une activité de prévention, non seulement peu lucrative pour un médecin payé à l'acte mais aussi peu satisfaisante car aux effets limités et peu visibles. Cette activité de prévention relève également, ou du moins peut être perçue comme telle par le médecin, d'une « entreprise de morale » telle que la définit Becket dans laquelle il serait chargé de transmettre des conseils de « bonne » hygiène de vie, conseils auxquels il est attendu que le patient se conforme pour son bien et pour le bien collectif. Faire preuve de responsabilité et d'autonomie pour sa santé reviendrait alors pour le patient à se conformer aux règles édictées dans les recommandations de bonnes pratiques au nom de la santé publique.

Selon Aronowitz, l'approche par facteur de risque, dont les maladies cardiovasculaires sont exemplaires, renvoie à la question de la responsabilité individuelle de son état de santé, dont les caractéristiques sont fondées sur des données issues de grandes cohortes d'individus et qui entraîne une forme de contrôle des comportements individuels et de

situation de « blâme de la victime »¹²⁰. Cette question mérite d'être interrogée plus précisément.

Si la première partie de notre propos pose un cadre de réflexion et de questionnement, elle ne permet pas de répondre aux questions soulevées par les recommandations en acte en médecine générale.

D'un point de vue sociologique, on ne peut s'en tenir à se demander « pourquoi les médecins généralistes n'appliquent-ils pas les recommandations de prise en charge de l'hypertension ? » ou « pourquoi une majorité de patients traités a-t-elle une hypertension non contrôlée ». Car se faisant, on tend à assimiler adhésion et usage, mais aussi à considérer les recommandations comme un tout qu'on applique ou non, sans se préoccuper que des dimensions peuvent être appliquées et d'autres non.

Un autre élément, fondamental de notre point de vue, est pourtant occulté dans les recommandations telles qu'elles sont rédigées : le patient et le rôle qu'il peut jouer. Pourtant il ne suffit pas que le médecin décide de faire selon les règles préconisées pour qu'elles se réalisent effectivement et que les prescriptions soient suivies à la lettre par le patient, surtout si elles mettent en jeu une modification de ses habitudes de vie (perdre du poids, ne pas fumer, consommer peu d'alcool, avoir une activité physique régulière).

La réalité des pratiques fait que la situation est bien plus complexe que l'application immédiate des données scientifiques comme tendrait à le faire croire le paradigme scientifique. C'est ce que dit R. Hammer (2010a, *op.cit.* p37) : « dans la réalité de la pratique médicale, le médecin pratique le bricolage pour établir son diagnostic et procède volontiers des mêmes savoirs communs que son patient ». C'est aussi dans ce sens que va I. Ferroni (2004) lorsqu'elle analyse les pratiques en matière de substitution en médecine générale : les normes dans leur mise en application sont soumises à des processus de négociation et de redéfinition, et font état d'une forte variabilité du fait d'un cadre normatif non stabilisé mais aussi en fonction de caractéristiques individuelles.

C'est dans cette posture au cœur de la réflexion de la sociologie interactionniste que nous nous allons maintenant nous insérer, en étant attentif à « cerner plus finement les régularités : entre la situation « idéale » et les aspects de la prise en charge qui dépend avant tout du comportement du patient et donc échappe au médecin » (Castel, 2006 *op.cit.*).

¹²⁰ Notion à l'origine mobilisée par le psychologue William Ryan (1971) dans un ouvrage où il l'expose comme étant une idéologie justifiant le racisme et l'injustice sociale envers le peuple noir américain. Elle a été reprise dans le cadre de la médecine par Irving Kenneth Zola (1972). Par la suite, de nombreux sociologues de la santé s'y réfèrent. Voir par exemple, Robert Crawford (1997), qui montre qu'elle sert tout autant la surmédicalisation que les partisans des politiques de restriction en santé publique.

SECONDE PARTIE

UNE MICROSOCIOLOGIE

DES CONSULTATIONS DE MEDECINE GENERALE DE PATIENTS HYPERTENDUS

Chapitre IV

Posture sociologique et constitution du corpus

L'approche empirique de cette thèse se fonde sur une microsociologie des consultations de médecine générale, dans le cadre français. C'est une démarche de sociologie compréhensive qui a été privilégiée.

Dominique Schnappers (1999) explique fort pertinemment que la compréhension sociologique se donne pour ambition de remplacer la diversité et la confusion du réel par un ensemble intelligible, cohérent et rationnel. Il s'agit de prendre en compte la signification que les individus attribuent à leurs conduites. Mais il est indispensable de considérer que les échanges les plus individuels s'inscrivent toujours dans un ensemble plus large qui leur donne sens.

C'est pourquoi dans une première partie, nous avons tenu à présenter la problématique soulevée par la question de l'application des recommandations de prise en charge de l'hypertension en médecine générale en adoptant une perspective historique et politique de manière à la situer dans un mouvement plus large de rationalisation des pratiques médicales et de normalisation des comportements individuels.

Nous allons maintenant adopter une focale beaucoup plus réduite, qui ambitionne de rendre compte de l'action localisée, c'est-à-dire d'aller voir « ce qui se passe » en consultation de médecine générale avec un patient hypertendu.

Pour entrer dans le travail du médecin généraliste, c'est un corpus ethnographique que nous avons constitué. Notre matériau empirique est composé principalement d'observations de consultations de médecine générale qui ont été suivies d'entretiens séparés avec le médecin et le patient.

Le choix de présenter de manière détaillée notre démarche d'enquête est motivé non seulement par le souci d'explicitier la méthode adoptée et les modalités concrètes de constitution du corpus mais aussi par l'envie de transmettre l'expérience ainsi acquise à d'autres chercheurs et de contribuer à leur équipement méthodologique pour aborder au mieux le terrain sensible qu'est la consultation médicale, en tant que lieu du colloque singulier médecin-patient dans lequel une tiers présence peut être vécue comme une intrusion. C'est pourquoi il a été décidé de présenter le processus de recueil, en signalant les obstacles et les solutions et de dire les points forts comme les faiblesses de la méthodologie adoptée.

1. Une posture ancrée dans la microsociologie

La posture microsociologique que nous avons adoptée s'inscrit dans la filiation de l'École de Chicago et s'appuie sur une conception labile du social dans lequel est souligné le rôle des interactions, le travail de négociation entre acteurs ainsi que l'effet des trajectoires individuelles dans le déroulement de l'action actuelle.

Nous nous référons de la sorte aux travaux de Goffman qui considère la vie sociale comme un théâtre où les individus sont des acteurs qui endossent des rôles, différents selon les lieux et les circonstances (au travail, entre amis, chez soi). Le but de chacun est de faire bonne figure et de permettre à l'autre de garder la face. Goffman s'attache à l'analyse de la communication, notamment dans *La Mise en scène de la vie quotidienne* (1973). Selon lui, cette communication est faite de « rituels d'interaction », repérables dans les gestes, les mimiques, les expressions verbales des acteurs. C'est pourquoi nous avons opté pour l'observation de consultations médicales en considérant qu'elles mettent en scène la relation médecin-patient et qu'elle est interprétable dans le jeu des acteurs. Nous adhérons alors à un autre principe interactionniste : que c'est en observant les acteurs que le chercheur peut avoir accès à leurs définitions de la réalité, en éloignant tout présupposé de sa part.

Cette scène, nous la situons dans un espace multidimensionnel : relationnel, médical et social. Une consultation prend place dans une histoire, à la croisée de celle du patient et de celle du médecin, une histoire dont des traces sont présentes et agissent sur le déroulement de la consultation. Chacun agit en interaction avec l'autre mais aussi en fonction d'antécédents propres ou partagés (par exemple, avoir été touché par une maladie grave, avoir vécu un moment difficile dans lequel l'autre a été là). Les entretiens réalisés avec les médecins et les patients observés permettent d'alimenter l'explication de ces traces et de leurs effets. Recueillir leur expérience, leur point de vue est un élément fondamental de l'approche « fondée sur le terrain » (Glaser et Strauss, 2010).

Nous optons pour une vision non déterminée de l'interaction, ce qui nous amène, dans l'esprit des travaux d'Anselm Strauss, à une vigilance accrue aux changements, aux inattendus qui peuvent intervenir sur le déroulement d'une consultation ainsi qu'aux moments et processus de négociation. Ce qui nous intéresse alors est : qu'est-ce qui fait l'objet de négociations, à l'initiative de qui et avec quels résultats.

Si l'analyse situationnelle est le fer de lance de cette posture, nous souhaitons la faire dialoguer avec le niveau macrosociologique tel qu'il a été présenté dans la première partie. Nous considérons que si l'individu est actif, il n'en est pas moins un individu social, représentant d'une communauté (ici en tant que médecin ou patient) et inséré dans un contexte social et politique qui ne manque pas de cadrer son action localisée. Le contexte qui nous intéresse ici est celui du mouvement de normalisation des pratiques médicales, décliné sous forme de recommandations professionnelles, et de ses effets dans le cas précis de la prise en charge de l'hypertension artérielle.

C'est ce qui nous a amené à considérer l'histoire de l'organisation de la profession médicale, en mobilisant notamment les travaux de Strauss et la notion de segmentation (Strauss et Bucher, *op.cit.*) ainsi que ceux de Freidson, en particulier autour de la notion de contrôle social exercé par la profession médicale. Mais si c'est une profession de contrôle, c'est aussi une profession soumise au contrôle profane dans son face-à-face avec le patient.

Nous empruntons également au courant pragmatique, dans sa volonté de dépasser également l'opposition traditionnelle entre l'individu et le collectif ainsi que dans son appréhension de l'homme doté d'une « personnalité à tiroirs » (Thévenot, 2006), engagé dans différents régimes d'action, capable de s'ajuster à différentes situations ou mondes sociaux (Boltanski et Thévenot, 1991). Si nous adhérons à l'idée pragmatique de performance de l'acteur qui invite le chercheur à le suivre pas à pas dans son action, nous gardons une certaine distance avec le principe d'incertitude radicale du social présent dans les travaux de Latour.

Nous préférons le positionnement de Dodier tel qu'il l'a notamment illustré dans son ouvrage consacré au traitement politique de l'épidémie du sida (2003, *op.cit.*) où il démontre la pertinence d'une analyse du monde médical et de ses transformations de manière à éclairer les effets d'un phénomène qui a bouleversé les cadres politiques en place. Cet auteur nous intéresse par son souci d'articulation du plus micro au plus macrosociologique et de la réflexion épistémologique qu'il développe tant au niveau des cadres théoriques de la discipline (par exemple, Dodier, 2005, *op.cit.*) qu'au niveau des postures méthodologiques (voir notamment, Dodier et Baszanger, 1995).

Nous avons bien conscience que nous nous mettons dans une situation quelque peu ambitieuse d'un pluralisme théorique, avec toutefois d'une part, une affiliation dominante dans le courant interactionniste, métissé de pragmatisme¹²¹, et d'autre part, une prise de distance avec une vision plutôt déterministe de l'individu qui est plutôt du ressort de la sociologie critique¹²². La pratique de la sociologie aujourd'hui ne peut que gagner à œuvrer pour une certaine ouverture entre courants, qu'ils soient désignés comme traditionnels ou nouveaux, plutôt que de se replier sur une pensée monolithique.

Revenons sur notre dimension empirique, sur laquelle nous fondons l'ancrage théorique et voyons maintenant pourquoi nous avons élaboré un dispositif d'enquête centré sur les consultations médicales et comment nous avons procédé concrètement.

¹²¹ Interactionnisme et pragmatisme étant tous deux issus de la même école, aussi, bien que ces deux courants divergent – du moins, débattent- sur certains points (la place du social, le poids des non-humains, la profondeur historique...), ils n'en demeurent pas moins proches (le primat de la situation, le poids de la contingence, l'action des règles et des normes...).

¹²² Les prises de position de la sociologie pragmatique en rupture avec la sociologie critique a fait couler beaucoup d'encre. Julien Weisbein en dresse une analyse (HDR en cours).

2. Pourquoi se centrer sur la consultation médicale ?

Saisir ce que produisent les recommandations professionnelles sur le travail médical passe par son observation : ouvrir la « boîte noire » de la consultation médicale pour saisir la relation médecin-patient en acte et comprendre les ressorts de la co-construction du soin. C'est pourquoi, la démarche méthodologique adoptée a été de chercher à entrer dans l'action en consultation dans les interactions entre médecins et patients, à suivre au plus près les acteurs et leurs performances, en les observant et les écoutant.

Car cette consultation médicale est riche d'informations, du fait des diverses dimensions endogènes et exogènes qui se croisent en la traversant. Ces dimensions relèvent des caractéristiques professionnelles mais aussi des rapports sociaux et apparaissent dans leurs transformations.

La consultation est pour une part révélatrice d'un mode de relation qui s'exerce sous diverses contraintes particulièrement prégnantes en médecine générale : l'écoute des attentes des patients, la délivrance des informations qu'ils souhaitent, leur transformation en clientèle fidèle, l'exigence d'orientation vers d'autres acteurs du système de soins si cela s'avère nécessaire, etc... A ces contraintes, typiques voire « traditionnelles » de la profession médicale, se sont ajoutées de nouvelles contraintes extérieures, liées au mouvement de la médecine des preuves dont celles issues de l'existence des recommandations de bonne pratique, qui sont le reflet d'un processus de rationalisation des pratiques, sur un double critère de scientificité et d'efficacité. Nous avons précédemment souligné les figures du médecin et du patient en tant qu'exécuteurs des recommandations, comme exempts de toute influence et hors de toute contrainte situationnelle.

L'observation des consultations médicales nous permet de voir comment s'effectue, en direct et en action, le travail médical dans sa relation avec le patient. La relation médecin-patient est un rapport social, souvent défini comme asymétrique, sous la domination des normes médicales. Janine Pierret (2001) fait l'hypothèse d'une violence symbolique du corps médical qui impose aux malades ses définitions « scientifiques » de la maladie, modelant de ce fait les identités collectives et/ou individuelles des malades (Dubar, 2001). C'est justement ce que nous souhaitons interroger dans le cas précis de consultations de patients hypertendus, en mettant en perspective cette vision avec une posture plus interactionniste qui va considérer la consultation médicale comme une scène où se rencontrent deux subjectivités représentatives de deux logiques sociales (Mebtoul, 2000), rencontre au cours de laquelle se co-construisent et interagissent savoirs et représentations profanes et professionnels. Cette rencontre s'effectue avec certains décalages qui vont être plus ou moins réduits ou creusés dans le déroulement de la relation. Chacun peut toutefois bénéficier de marges de manœuvre dans le cadre de la consultation, sachant que, selon notre point de vue, les caractéristiques du patient influent sur l'attitude du clinicien (Ford, *op.cit.*) et inversement. Dans l'interaction médecin-malade, le pouvoir médical, l'inégalité des statuts, la nécessaire collaboration, les divergences possibles des objectifs et de leur

traitement, l'écart et la complémentarité entre un savoir spécialisé et un savoir profane s'y inscrivent tour à tour dans l'accord comme dans le conflit (Lacoste, in Cosnier *et al.*, 1993).

On peut alors considérer que les objectifs de la communication médicale sont d'établir une bonne relation interpersonnelle et d'échanger des informations (Ong, 1995) et que de leur atteinte dépend la qualité de la prise en charge. Cependant des négociations s'effectuent dans la mesure où nous considérons que les médecins sont amenés à s'adapter au patient, en fonction de ses attentes en matière d'information, de son expérience personnelle de la maladie et de son rapport à la médecine. Ce qui nous intéresse est, en prenant appui sur les échanges entre médecin et patient, de cerner dans quelle mesure et dans quelle situation cette adaptation amène à déroger aux pratiques recommandées.

Enfin, lors d'une consultation médicale, s'établit une négociation plus ou moins implicite entre la part du relationnel et la part du technique attendues par le patient vis-à-vis du médecin et celles adoptées par le professionnel face à une demande telle qu'il l'aura traduite (Membrado, *op.cit.*). Cet aspect sous l'angle d'une logique négociée est particulièrement prégnant en médecine générale ainsi que nous l'avons vu précédemment et d'autant plus, dans le cas d'une maladie chronique dans laquelle le malade se constitue un savoir précis par la gestion quotidienne de ses troubles et douleurs alors que le savoir professionnel est bousculé par l'incertitude du déroulement de la pathologie et par l'impossibilité de parvenir à la guérison (Baszanger, 1986).

Selon Marilou Bruchon-Schweitzer (2002), étudier le décalage entre les théories profanes et les conceptions savantes permet de mieux comprendre l'expérience individuelle subjective de la maladie et le sens attribué, sachant que cette expérience joue sur l'efficacité de toute intervention thérapeutique. C'est pourquoi nous nous attacherons à saisir les définitions profanes et professionnelles de l'hypertension telles qu'elles apparaissent en consultation et telles qu'elles sont exprimées en entretien.

Ces entretiens ont une double visée : croiser les regards du patient et du médecin sur la consultation mais aussi inscrire celle-ci dans une perspective plus large. Car le déroulement d'une consultation est soumis non seulement à l'interprétation des actions de l'autre mais aussi aux formes de relation qu'ils ont instituées, à la durée de leur histoire commune et à leur univers social personnel. Ces éléments peuvent être relevés en consultation mais ne seront mis en lumière que par les informations recueillies en entretien auprès de l'un ou l'autre des acteurs ou des deux.

Un tel dispositif d'enquête, s'il s'avère particulièrement heuristique à une analyse des pratiques médicales grâce au croisement d'actions observées et de propos sollicités, ne peut être monté que sous certaines conditions d'intégration des participants, qui, si elles assurent sa mise en œuvre, induisent des limites méthodologiques.

Tableau-encadré 9 : A propos de l'observation ethnographique

L'observation ethnographique est une méthodologie courante en anthropologie, utilisée dans bien des domaines. Malinowski a inauguré la méthode d'observation participante, considérant que l'ethnologue doit collecter lui-même son matériel en participant à la vie d'un groupe social, en observant les faits sociaux in situ. L'école de Chicago en sociologie urbaine a utilisé les méthodes d'immersion et d'observation in situ pour recueillir des matériaux empiriques. Elles sont reprises largement dans les décennies suivantes par des sociologues issus de l'interactionnisme, tels que E. Goffman, H.S. Becker ou encore A. Strauss, pour ne citer qu'eux.

Ce type de méthode est particulièrement pertinent pour étudier les pratiques sociales ou les situations d'interaction ; et d'autant plus pertinent que l'aspect non verbal occupe une place dans la réalité sociale.

L'observation est encore peu mobilisée dans les travaux portant sur les pratiques de santé, dont le matériel est plus souvent issu d'entretiens et donc d'un travail sur les discours et les représentations. Elle a surtout concerné les hôpitaux publics et leurs différents services. L'ethnologue ou le sociologue occupe alors une place variable, s'intégrant en général à une équipe. Par exemple, Jean Penneff a choisi d'occuper un poste de brancardier, adoptant une position d'observation participante, et s'en explique : « Mon objectif était d'observer les comportements, non de recueillir les discours. Je n'étais intéressé que subsidiairement par les déclarations d'intention, les stéréotypes que les travailleurs tendent à répercuter dans la présentation d'eux-mêmes. Je cherchais à connaître non ce que les gens disent qu'ils font mais ce qu'ils font effectivement, les faits et non pas leur image. Je cherchais moins à savoir ce que les gens disent qu'ils pensent que ce que leurs actions manifestent en organisation et en résultats » (Penneff, 1992, p10).

Anne Véga (2000) quant à elle s'intègre dans une équipe hospitalière – elle endosse une blouse – et se définit également dans une situation d'observation participante, en aidant aux toilettes, mais elle signale sa position encombrante à certains moments et se situe plutôt dans un entre-deux, entre participation et observation externe ; par contre, elle choisit en quelque sorte son camp en passant du temps plutôt avec le personnel infirmier. Ses travaux portent sur les médecins un regard teinté de ce positionnement et de cet angle d'observation ; d'une certaine manière, elle n'occupe pas une position neutre dans la hiérarchie hospitalière et, indirectement, elle transmet quelque chose des revendications des personnels infirmiers. Ce choix est dicté par l'objet de sa recherche mais en adoptant le point de vue des infirmières, elle perd une part de son extériorité.

Si depuis ces dernières décennies, les observations à l'hôpital se multiplient, plus rares sont les observations ayant eu accès à la consultation médicale elle-même, comme a pu le faire Sylvie Fainzang (2006).

En médecine générale, toujours en France, on peut citer le travail d'Aline Sarradon-Eck *et al.* (2004) qui a suivi sur des périodes courtes des médecins généralistes tant au cours de leurs consultations que de leurs visites.

Au vu de la littérature, rares sont les travaux sur la relation médecin-patient appuyés par des observations in situ. Des travaux ont été réalisés dans le cadre hospitalier. Ils sont plus rares dans le cadre de la médecine libérale, et encore plus en médecine générale (cf tableau-encadré 9).

Il est vrai qu'il ne s'agit pas d'un terrain que l'on pourrait estimer facile d'accès. Observer des consultations médicales nécessite l'accord des professionnels et donc, leur adhésion à une telle démarche. Or, le colloque médecin-patient est habituellement protégé de toute intrusion qui n'entre pas dans un objectif de soin¹²³. Concernant la médecine générale, Géraldine Bloy (2008) avance deux explications à la faiblesse du nombre de recherches consacrées jusqu'à présent à cette pratique de médecine générale : d'une part, comme pour toute autre spécialité, la « difficulté d'accès à l'intimité des cabinets », et d'autre part, un manque de considération de l'objet même, à un faible « degré de noblesse »¹²⁴ face à d'autres spécialités dont il y aurait plus à dire¹²⁵.

La démarche adoptée pour le recueil de nos données se situe dans ce contexte et marque encore plus son originalité du fait, qu'à ma connaissance et à la date où j'écris, il n'existe pas de travaux ayant couplé des observations de consultations médicales et des entretiens croisés avec le patient et avec le médecin portant notamment sur le déroulement de celle-ci¹²⁶.

Il est vrai qu'un tel dispositif passe par le double accord du médecin et du patient, pour être observés dans leurs interactions mais aussi pour recueillir leur point de vue sur leur relation. La réalisation de notre démarche, notamment concernant les modalités d'observation, est passée par un travail de discussion préalable avec des médecins généralistes.

Nous avons bénéficié d'une conjonction d'éléments qui ont grandement facilité l'accès à ce terrain, en particulier le fait d'être associé à une équipe INSERM d'épidémiologie et de santé publique qui venait de finir un travail sur l'application des recommandations de prise en charge de l'hypertension conjointement avec le Département de médecine générale de Toulouse¹²⁷, département alors désireux de développer son activité de recherche, en particulier sur l'hypertension et sur la relation médecin-patient. Responsables et membres dudit département se disaient en demande de travaux sociologiques qui leur permettraient

¹²³ Ajoutons les effets du cadrage réglementaire et législatif de la recherche, notamment dans les lois de bioéthique dont le principe de protection des personnes est un des éléments forts. Ce principe est notamment décliné à travers le recueil du consentement de la personne à participer à une recherche après avoir reçu une information sur le projet. Nous reviendrons un peu plus loin sur comment nous avons procédé à ce sujet.

¹²⁴ Expression faisant référence à Bourdieu (1975).

¹²⁵ L'ouvrage dirigé par Bloy et Schweyer, publié en 2010, est le premier, en France, consacré à une sociologie de la médecine générale.

¹²⁶ Parmi les travaux ayant recours à l'enregistrement de la consultation (et non à l'observation in situ), citons ceux de Winefield *et al.*, 1995 ou encore de Robert et Aruguete, 2000 dans lesquels seuls des patients sont interrogés ; May *et al.*, 1996 n'interrogent que le médecin ; Deveugele *et al.*, 2002, eux, interrogent le patient avant la consultation et le médecin à l'issue de celle-ci ; Ford *et al.*, 1996 analysent uniquement les échanges entre médecins et patients en consultation ; de même qu'auparavant, Korsch et Negrete, 1972 ou encore Byrne et Long, 1976 (cité par Heritage et Maynard, 2006).

¹²⁷ Voir Nicodème *et al.*, *op. cit.*

de mieux comprendre les enjeux et ressorts de cette relation et de son impact sur la prise en charge de l'hypertension. Deux projets de recherche ont été alors montés, avec leur soutien.

3. Présentation du corpus de thèse, issu de deux projets-sources

Les données sur lesquelles s'appuient les analyses empiriques de cette thèse sont issues de deux projets de recherche impliquant plusieurs équipes. Notre contribution personnelle a concerné toutes les étapes de la recherche : élaboration de la proposition en réponse aux appels d'offre, coordination du recueil et de l'analyse des données, réalisation de la majeure partie des observations et des entretiens en Midi-Pyrénées, co-rédaction du rapport et valorisation des résultats en milieux sociologique et médical.

Le premier projet de recherche-source réalisé est un projet financé par l'Institut National de la Prévention et de l'Education à la santé (INPES) et dont le rapport final a été remis en février 2007¹²⁸. L'objectif principal a visé à mieux comprendre les éléments agissant sur la relation médecin-patient et les incidences de cette relation sur les modalités de prise en charge de personnes atteintes d'hypertension artérielle.

Le matériau recueilli est constitué de consultations observées chez cinq médecins généralistes exerçant en Midi-Pyrénées. Les consultations de personnes hypertendues ont été suivies, quand le patient donnait son accord, d'un entretien d'une heure environ à son domicile ainsi que d'un entretien plus court réalisé la journée même avec le médecin. Consultations et entretiens ont été enregistrés et intégralement transcrits.

Ont été considérées ici comme hypertendues et incluses, les personnes traitées contre l'hypertension.

L'entretien avec le patient a eu pour objectif de mieux connaître sa trajectoire de vie et de santé, et de retracer la consultation selon son point de vue. Concernant la personne elle-même, il lui a été demandé son parcours professionnel et résidentiel, sa situation familiale, ses éventuels liens personnels avec le monde médical, ses relations avec le médecin généraliste et avec d'autres médecins, son état de santé. Concernant la consultation, l'entretien a cherché à faire apparaître les attentes a priori vis-à-vis de cette consultation, les informations à transmettre au médecin, les informations reçues, l'accord ou non avec les prescriptions, les difficultés à les respecter, le degré de satisfaction et d'insatisfaction (informations, écoute, compréhension...) pour cette consultation, et plus généralement pour son suivi médical.

¹²⁸ Lang T, Rolland C, Membrado M (dir), Clément S, Drulhe M, Mantovani J, Hélardot V, *La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville. Analyse pour l'amélioration de la prise en charge de l'hypertension artérielle et la réduction des facteurs de risque*, (INPES), INSERM UMR 558, LISST UMR 5193, ORSMIP. Février 2007

Les entretiens post-consultation avec le médecin (que nous désignons sous le terme de « debriefing ») ont eu pour objectif de recueillir ce que celui-ci connaissait du patient et de retracer le déroulement de la consultation selon son point de vue : les objectifs visés et atteints/non atteints, les informations à transmettre, transmises, comprises ou non par le patient, les informations reçues du patient, la qualité estimée de la relation avec ce malade, de la prise en charge médicale, le projet thérapeutique à venir.

Un entretien complémentaire a été également réalisé avec chaque médecin pour recueillir des éléments biographiques, mais aussi son discours sur ses pratiques et ses valeurs professionnelles.

Le second projet de recherche-source, dit « Intermède » a été financé par l'Institut Virtuel de Recherche en Santé Publique (IVRSP) et a fait l'objet d'un rapport en mai 2008¹²⁹.

Il a visé à interroger les effets de l'interaction entre médecins et malades vis-à-vis des inégalités sociales de santé. La question est posée en particulier dans le cadre du surpoids (qui est un facteur de risque de l'hypertension). Les données ont été recueillies dans trois zones géographiques différentes : Nantes, région parisienne et Midi-Pyrénées. Cette recherche a été constituée en deux phases : l'une, qualitative, structurée de la même manière que le précédent projet sur des observations in situ de consultations de médecine générale suivies d'entretiens avec le médecin et avec le patient (si celui-ci était en surpoids) ; l'autre, quantitative, a reposé sur des questionnaires posés au médecin et au patient, avant et après la consultation¹³⁰.

Le recueil qualitatif a été réalisé auprès de onze médecins : cinq généralistes pour la région Midi-Pyrénées, les mêmes que le projet ci-avant ; trois pour Nantes et la région parisienne.

La faisabilité du recueil et la pertinence de la démarche ayant été validées (Kelly *et al.*, 2009), un financement complémentaire a été obtenu afin de poursuivre les analyses des données et d'aller plus loin dans la démarche interdisciplinaire. C'est ainsi que des linguistes se sont joints dans une deuxième phase du projet, dite Intermède 2¹³¹.

Prendre appui sur des projets déjà réalisés a présenté des avantages mais aussi des inconvénients. Du côté des avantages, vient en tout premier lieu, le fait de disposer des données déjà collectées. Ce travail de recueil fut, comme bien souvent long et parcouru d'embûches et d'imprévus. La contrepartie est que ces données n'ont pas été collectées pour l'objet propre à notre thèse. Il nous a fallu opérer un travail de distanciation/réappropriation des données : nous distancier avec les objectifs et analyses des deux

¹²⁹ Lang T (dir), *L'interaction entre médecins et malades, productrice d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité. Etude pilote.* (IVRSP). INSERM U558, LISST CIEU- UMR CNRS 5193, IRDES, PIMESP CHU Nantes. Mai 2008

¹³⁰ Plus précisément, trois questionnaires ont été passés auprès de 585 patients et deux questionnaires auprès de vingt-sept médecins (différents de ceux ayant participé au recueil qualitatif).

¹³¹ Lang T (dir), *Interactions médecin-patient en médecine générale et inégalités sociales de santé. Analyses interdisciplinaires* (IRES), INSERM UMR 558, LISST CIEU- UMR CNRS 5193, CLLE-ERS UMR CNRS 5263, LERASS EA 827. Mars 2011

projets-sources et appréhender les données avec un autre regard, propre à l'objet de la thèse.

Une autre conséquence concerne la composition du corpus : issu de deux projets, le contenu des entretiens post-consultation diffère quelque peu, en fonction des finalités de chacun, notamment au sujet de la prise en charge de l'hypertension qui n'a été abordée systématiquement que dans la première recherche. Par ailleurs, nous avons fait le choix d'inclure dans notre corpus des consultations, pour l'intérêt de leur contenu, même si elles n'ont pas été suivies d'entretiens avec le patient et/ou le médecin.

Tableau-encadré 10 : Récapitulatif du corpus de thèse¹³²

<p>* 30 situations réparties en :</p> <ul style="list-style-type: none">- 23 consultations complétées par des entretiens avec le patient et avec le médecin- 2 consultations complétées que par des entretiens avec le médecin- 1 consultation complétée que par un entretien avec le patient- 4 consultations non complétées avec des entretiens. <p>* 9 entretiens complémentaires avec les généralistes</p> <p>Les patients inclus sont soit traités contre l'hypertension, soit ne le sont pas encore mais une pression artérielle élevée et la mise sous traitement est discutée pendant la consultation.</p>

¹³² Quinze de ces situations ont été recueillies personnellement ainsi que les cinq entretiens complémentaires avec les médecins de Midi-Pyrénées.

Tableau-encadré 11 : Répartition des situations et données recueillies

Patient¹³³	Entretien patient	Entretien médecin	Médecin	Zone géographique
Agathe	non	non	Maurice	Midi Pyrénées
Aimé	oui	oui	Claire	Région parisienne
Albert*	oui	oui	Michel	Midi Pyrénées
Alberto	oui	oui	André	Nantes
Bernard*	oui	oui	Jacques	Midi Pyrénées
Charles*	oui	oui	Marie Pierre	Midi Pyrénées
Elisabeth*	oui	oui	Jacques	Midi Pyrénées
Eric	oui	non	Laurent	Région parisienne
Gabriel*	oui	oui	Marie Pierre	Midi Pyrénées
Gaston*	non	oui	Benoît	Midi Pyrénées
Geneviève*	oui	oui	Jacques	Midi Pyrénées
Gilles	non	non	Michel	Midi Pyrénées
Henri	oui	oui	Benoît	Midi Pyrénées
Janine	oui	oui	André	Nantes
John*	oui	oui	Benoît	Midi Pyrénées
Joseph	non	non	André	Nantes
Léon (mari Léonie)	oui	oui	Maurice	Midi Pyrénées
Léonie (épouse Léon)	oui	oui	Maurice	Midi Pyrénées
Lucie	non	non	Benoît	Midi Pyrénées
Marceline*	oui	oui	Marie Pierre	Midi Pyrénées
Marius	oui	oui	Claire	Région parisienne
Marthe	oui	oui	Maurice	Midi Pyrénées
Michèle*	oui	oui	Marie Pierre	Midi Pyrénées
Mireille	oui	oui	Marc	Région parisienne
Nicole*	oui	oui	Jacques	Midi Pyrénées
Paulette*	oui	oui	Michel	Midi Pyrénées
Réjane*	oui	oui	Marie Pierre	Midi Pyrénées
René*	oui	oui	Jacques	Midi Pyrénées
Valérie*	non	oui	Marie Pierre	Midi Pyrénées
Yves	oui	oui	André	Nantes

* *données recueillies personnellement*

¹³³ Pour des soucis de préservation de l'anonymat, des pseudonymes ont été attribués aux patients et aux médecins inclus

Tableau-encadré 12 : Présentation des patients selon leur sexe, âge, indice de masse corporelle et catégorie socioprofessionnelle

Patient	Sexe	Age	IMC ¹³⁴	Catégorie socioprofessionnelle
Agathe	F	43	21,8	sans emploi
Aimé	H	57	26,4	Employé
Albert	H	71	30,1	retraité artisan
Alberto	H	64	28,5	retraité ouvrier
Bernard	H	59	28,7	retraité technicien
Charles	H	76	25,2	retraité cadre fonct. publique
Elisabeth	F	56	entre 25,7 et 27,5*	enseignante
Eric	H	42	28	cadre sup
Gabriel	F	70	31,1	retraité technicien
Gaston	H	79	23,9	retraité agriculteur
Geneviève	F	73	29,6	retraîtée ouvrière
Gilles	H	27	23,6	technicien
Henri	H	62	30,4	retraité cadre
Janine	F	85	28,7	retraîtée employée
John	H	67	37,5	retraité policier
Joseph	H	64	23,5	retraité (emploi non connu)
Léon	H	79	22,6	retraité ouvrier
Léonie	F	74	36,2	retraîtée employée
Lucie	F	68	23,4	retraîtée enseignante
Marceline	F	61	26,7	retraîtée employée
Marius	H	54	29,2	cadre supérieur
Marthe	F	78	33,3	retraîtée enseignante
Michèle	F	45	32,6	employée
Mireille	F	60	36,3	retraîtée employée
Nicole	F	69	23,9	ouvrière/employée
Paulette	F	73	21,2	retraîtée, emploi non déclaré
Réjane	F	62	36,6	retraîtée employée
René	H	76	23,1	retraité ouvrier
Valérie	F	35	20,6	employée
Yves	H	63	21,8	retraité cadre

* Elisabeth n'a pas précisé son poids dans le questionnaire. Elle n'a pas été pesée et a déclaré en entretien peser entre 70 et 75 kg. Son IMC a été calculé sur la base de cette fourchette.

¹³⁴ Indice de masse corporelle : IMC = poids/taille au carré. Selon les critères biomédicaux, s'il est supérieur à 25, l'individu est considéré en surpoids ; au-delà de 30, il est qualifié d'obèse.

4. Les différentes étapes et modalités du recueil des données

Constituer un tel corpus passe bien évidemment par différentes étapes qui vous être détaillées ci-dessous, en présentant les procédures mises en œuvre et leurs implications ainsi que les divers outils de recueil mobilisés.

LE RECRUTEMENT DES MEDECINS : UNE REPRESENTATIVITE LIMITEE, INHERENTE A L'OBJET D'ETUDE

Le recrutement est passé essentiellement par des Départements Universitaires de Médecine Générale, en particulier celui de Toulouse. Nous avons bien conscience qu'en procédant ainsi, nous limitons la représentativité de notre échantillon. Mais il est clair que pour accepter de participer à un protocole dans lequel il s'agit d'être observé dans son travail et d'être interrogé sur ses pratiques demande d'être prêt à s'exposer au regard critique du chercheur et d'avoir une certaine volonté de réflexivité sur soi. Ce qui est plus fréquemment le cas chez des médecins, engagés dans l'activité récente d'enseignement et de recherche d'un Département Universitaire de Médecine Générale, surtout si la question de la relation médecin-patient fait partie des principaux thèmes développés.

Ainsi qu'il a été signalé au début de cette deuxième partie, le premier projet source a vu le jour à l'issue de discussions avec des représentants du Département de Médecine Générale de Toulouse. Avant même le dépôt du projet pour financement, quatre d'entre eux se proposaient comme terrain d'enquête (Benoît, Jacques, Maurice et Michel). La cinquième (Marie-Pierre) a été recrutée une fois le projet accepté : contactée de la part de ses collègues, elle a immédiatement accepté de participer.

A Nantes, le recrutement du médecin retenu dans notre corpus (André) s'est fait également via le Département de Médecine Générale, avec qui était en lien le PIMESP, service d'épidémiologie et de santé publique du CHU de Nantes, membre de l'équipe du projet-source Intermède.

En région parisienne, le recrutement s'est effectué différemment. Les médecins inclus avaient été rencontrés précédemment par la personne chargée du recueil : deux à l'occasion d'une étude précédente (Claire et Marc) ; l'autre lui avait été présenté par un collègue dont il avait suivi un enseignement (Laurent).

Si le lieu d'exercice géographique et social est diversifié - milieux urbains (région parisienne, Nantes, Toulouse), semi-urbain (ville moyenne de Midi-Pyrénées, périphérie toulousaine) et rural (Aveyron) ; quartiers populaires et résidentiels -, notre échantillon de médecin se caractérise par une majorité d'hommes, une ancienneté d'exercice, une activité d'enseignement au sein d'un Département de Médecine Générale et l'accueil d'étudiants en médecine en tant que maître de stage.

Tableau-encadré 13 : Présentation des médecins inclus

	âge	ancienneté d'installation	lieu d'exercice	secteur conventionnel	enseignant associé	maitre de stage
André	58	30	grande ville	1	oui	oui
Benoît	43	16	zone rurale	1	oui	oui
Claire	40	7	banlieue populaire	1	oui	oui
Jacques	54	29	ville moyenne	1	oui	oui
Laurent	48	3	banlieue populaire	1	non	non
Marc	52	21	banlieue résidentielle	2	non	oui
Marie-Pierre	57	29	banlieue résidentielle	1	non	oui
Maurice	57	29	grande ville	1	oui	oui
Michel	55	28	zone rurale	1	oui	oui

Il s'agit plutôt de médecins ayant acquis une certaine expérience de leur métier et ayant constitué une clientèle fidélisée. L'investissement professionnel de ces médecins se traduit notamment dans le fait qu'une majeure partie d'entre eux sont maîtres de stage. Ceci présente d'ailleurs un avantage pour la recherche de terrain : patients et médecins sont habitués à la présence d'une tierce personne pendant la consultation, ce qui a pu contribuer à réduire le nombre de refus de participation chez les patients et également limiter les effets perturbants sur les interactions routinières. De plus, plusieurs d'entre eux participent ou ont participé à un groupe de pairs qui échangent entre eux autour de leurs pratiques et de cas cliniques.

Du fait des modalités de recrutement, les médecins observés ne sont certainement pas globalement représentatifs de l'ensemble de la profession. Nous pouvons en effet penser que, davantage que leurs confrères en général, ces médecins sont investis dans une réflexion de fond sur leur profession, et demandeurs d'une analyse extérieure de leur pratique. Ainsi, peuvent-ils être considérés comme des médecins « particuliers », ce qui peut être un facteur limitant la généralisation des résultats de l'étude. Mais, en même temps, c'est du fait de ces caractéristiques, de l'intérêt et de la motivation dont ils ont fait preuve, que le recueil a pu être réalisé et donc que le projet a pu être mené.

LE RECRUTEMENT DES PATIENTS : DES MODALITES DISCUTEES AVEC LES MEDECINS

Si la problématique et la méthodologie ont été définies par l'équipe de recherche, le dispositif concret du recueil a été discuté plus précisément avec les médecins du Département de Médecine Générale de Toulouse au cours de plusieurs réunions avant de commencer le travail de terrain proprement dit.

Ainsi initialement, il était prévu d'observer vingt-cinq consultations de patients hypertendus auprès de cinq généralistes, préalablement informés par leur médecin de la démarche de recherche. La mise en œuvre concrète impliquait que le médecin appelle le patient avant son rendez-vous pour lui demander son accord à participer à l'enquête, puis qu'il appelle l'équipe de recherche et que l'un des membres se rende disponible au jour et heure de la consultation fixée. Non seulement un tel dispositif ne paraissait guère réalisable, surtout pour le médecin, mais aussi il impliquait que ne soient incluses que des personnes dont un rendez-vous était programmé, en l'occurrence pour le suivi de l'hypertension. Or il nous paraissait intéressant d'observer également des consultations de personnes hypertendues mais ne venant pas ce jour-là pour cette raison, de manière à voir s'il était toutefois question de l'hypertension et à quel moment : lors de la prise de tension, lors de la prescription, lors de la pesée..

Il fut alors envisagé d'être présent sur des demi-journées ou journées de consultation et de sélectionner les patients venus pour leur hypertension en salle d'attente. Si cette façon de procéder semblait plus réalisable, elle excluait également d'assister à des consultations au cours desquelles il pouvait être question de l'hypertension de manière impromptue.

Finalement, il a été choisi d'assister à toutes les consultations par demi-journée et de demander, à l'issue de la consultation, un entretien avec chaque patient hypertendu, déjà traité ou juste découvert, et quelque soit l'objet de la consultation¹³⁵. Cette méthode semblait la plus pertinente et tout à fait réalisable. De plus, elle présentait l'intérêt de pouvoir observer les pratiques et attitudes de chaque médecin face à des profils de patients et des motifs de consultations plus diversifiés¹³⁶.

Dans la méthode de recrutement finalement décidée, a été gardée l'idée de faire remplir un court questionnaire aux patients en salle d'attente, à l'occasion d'une information sur l'opération de recherche et d'un recueil de consentement à participer

INFORMATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT

Une fiche d'information présentant les objectifs de l'étude a été distribuée en salle d'attente à chaque patient soit par la secrétaire lors de l'accueil du patient soit par le médecin lorsqu'il venait chercher le patient précédent soit par l'enquêtrice quand elle était présente en salle

¹³⁵ Le même procédé a été mis en place pour le projet Intermède : un entretien était demandé au patient s'il était en surpoids ou s'il avait été particulièrement question d'alimentation pendant la consultation

¹³⁶ Toutefois, l'un des médecins inclus, Maurice, ayant pourtant participé à ces discussions préalables, a préféré contacter lui-même certains de ses patients hypertendus et leur demander de participer à l'étude en fixant un rendez-vous de consultation. L'enquêtrice n'a pu alors assister qu'à ces consultations. Il s'agit là d'un aléa de recueil qui s'est avéré incontournable, du fait de la position de ce médecin au sein du Département et qui a fait preuve d'une certaine ambivalence, qu'il n'a exprimé qu'au moment de s'accorder avec lui sur les dates d'observation : se disant pleinement désireux de participer au recueil, mais seulement à cette condition.

d'attente (entre deux consultations observées, en début de demi-journée en attendant le début des consultations). L'accord des patients pour participer à l'étude (présence de l'enquêteur lors de la consultation et entretien individuel par la suite) a été recueilli par écrit, ainsi que leurs coordonnées téléphoniques afin de prendre rendez-vous pour réaliser l'entretien en face-à-face, de préférence à leur domicile (voir document en annexe).

Concernant le recueil en Midi-Pyrénées pour lequel notre participation personnelle a été plus importante, seul un patient a refusé l'observation de la consultation (et de fait, l'entretien). Une fois, le médecin a devancé l'éventuel refus d'un patient, en argumentant sur une situation personnelle difficile et à demandé à l'enquêtrice de ne pas assister à la consultation. Trois refus d'entretien après observation de la consultation ont été rencontrés : il s'agit de Valérie, femme d'une trentaine d'années qui a dit ne pas avoir le temps et qui partait en vacances¹³⁷ ; de Gilles, jeune homme qui s'est également dit trop peu disponible ; et de Raymond, qui n'a pas souhaité accorder un entretien sans donner d'explication. Certains patients, qualifiés de personnes angoissées par le médecin, acceptant difficilement d'être vues par un autre que lui, ont même accepté à la surprise du généraliste qui les aurait crues réticentes à cette participation. L'un d'entre eux, par exemple, refusait toujours jusqu'alors la présence d'un étudiant en médecine stagiaire, mais il a accepté la présence de l'observateur-sociologue et lui a accordé un entretien chez lui sans aucune hésitation.

Sur le site de Nantes, de manière comparable, seuls deux refus ont été enregistrés, pour des raisons avancées de manque de disponibilité en un début de période estivale. De plus, l'enquêtrice, de Toulouse, n'était présente qu'un temps limité et ne pouvait accepter un entretien différé.

On peut avancer plusieurs explications quant à ce fort taux d'acceptation :

- les patients observés sont pour la plupart dans une relation de longue date avec leur médecin généraliste. Ils se disent en relation de confiance avec lui et si leur médecin a accepté de participer à ce protocole, alors ils ne voient pas pourquoi eux refuseraient.
- tous ces médecins sont maitres de stage : ils ont régulièrement des étudiants en médecine qui assistent aux consultations. Les patients sont donc habitués à la présence d'une tierce personne.
- nous avons constaté dans nos travaux antérieurs que la santé apparaît comme une thématique qui facilite l'acceptation de participation à une étude. De plus, le sociologue donne l'occasion de parler de soi et de sa santé, ce qui est une opportunité rare et que de nombreuses personnes apprécient.

¹³⁷ Nous l'avons incluse tout de même dans le corpus de thèse car elle présente une situation particulière par rapport aux autres patients : plus jeune, atteinte de plusieurs problèmes de santé et faisant preuve d'une forte capacité de gestion et de faire face à ses maladies. De plus, nous disposons d'un court entretien avec le médecin à son sujet.

La situation a été différente en région parisienne où le nombre de refus a été bien supérieur. L'enquêtrice l'explique notamment par un profil de patientèle dans des situations sociales plus difficiles et qui n'ont pas souhaité s'exposer à un regard extérieur.

COURT QUESTIONNAIRE EN SALLE D'ATTENTE PRÉALABLE À LA CONSULTATION

A été joint au recueil de consentement, un bref questionnaire à remplir par le patient seul ou avec l'enquêtrice, permettant de recueillir son âge, sa profession, son poids, sa taille¹³⁸, l'ancienneté de sa relation avec le médecin, ses principaux problèmes de santé, et le motif de la consultation du jour.

Ce recueil préalable n'a pas été réalisé sur le site parisien. En revanche, l'enquêtrice (médecin anthropologue) a été autorisée à consulter le dossier médical des patients inclus ce qui lui a permis de collecter les informations recherchées ainsi que leurs coordonnées. Leur accord à participer était recueilli à leur entrée dans le cabinet de consultation.

Le tableau-encadré 11 présente des caractéristiques des patients recueillies par ce court questionnaire. Comme c'est le cas dans bien des enquêtes, les réponses concernant la profession n'ont pas été homogènes : nous pouvions avoir un métier (instituteur) ou un grade (technicien) ou un secteur d'activité (police). Nous avons opté pour une classification en catégories socio-professionnelles assez larges, en puisant si nécessaire des précisions dans les entretiens¹³⁹.

Les autres réponses à ce questionnaire sont difficilement synthétisables dans un tableau mais, sources d'information non négligeables, elles sont mobilisées au cas par cas dans les analyses des consultations et des entretiens. L'ancienneté de la relation était donnée sous forme de réponse ouverte pour laquelle nous avons obtenu aussi bien des réponses en années que sous une forme plus subjective comme « depuis longtemps » voire « depuis toujours », formules qui en disent longs sur les liens tissés avec le médecin. Le motif de consultation, bien que posée en question fermée, a fait l'objet de réponses libres diverses qui ont suscité notre interrogation quant à cette notion de « motif de consultation » qui est apparue bien plus complexe qu'envisagée *a priori*. Elle a contribué à notre questionnement sur « l'effet du patient » sur le déroulement de la consultation en fonction de ce pourquoi il est venu consulter ce jour-là (voir chapitre suivant).

¹³⁸ Disposant du poids et de la taille, nous pouvions calculer l'indice de masse corporelle et savoir si le patient était en surpoids ou non, au regard de cet indice, critère d'inclusion dans le projet Intermède et élément d'information en tant que facteur de risque cardiovasculaire pour le projet Hypertension

¹³⁹ Dimension qui a fait l'objet d'un travail approfondi dans le cadre d'Intermède 2, dans la mesure où la question des inégalités sociales de santé est centrale. En tant que sociologues, nous savons qu'il est nécessaire de manipuler prudemment ses catégories institutionnelles. Nous nous permettons de les utiliser ici, pour une simplicité de présentation. Dans les analyses du corpus à venir dans la troisième partie, il sera, à l'occasion, fait plus précisément référence au statut socioprofessionnel d'un patient en tant qu'indice de position sociale qui intervient dans le rapport au médecin et à la santé.

L'OBSERVATION DES CONSULTATIONS ET LA QUESTION DU « PARADOXE DE L'OBSERVATEUR »

L'observation *in situ* des consultations est au cœur de notre démarche d'enquête et a constitué un objet de longues discussions préalables avec les médecins du Département de Médecine Générale de Toulouse. Pour entrer de plein pied dans la boîte noire du colloque singulier médecin-patient, un enregistrement seul, même en vidéo, ne peut remplacer l'apport de la présence physique de l'enquêteur dans la compréhension, disons, sensitive, de la consultation. De plus, ne pas assister aux consultations et confier leur enregistrement au médecin exposait à différents écueils :

- Manquer le tout début des échanges, le temps que le patient entre, s'installe et que le médecin lance l'enregistrement ;
- Manquer des morceaux de la consultation, lorsqu'au moins l'un des acteurs s'éloigne de l'appareil d'enregistrement (à moins que le médecin ne le garde sur lui s'il s'agit d'un simple enregistreur de son) ;
- Le seul enregistrement sonore ne permet pas d'avoir une trace des actes de communication non verbale (gestes, mimiques, attitude corporelle...) ;
- L'enregistrement vidéo fixe ne permet pas de filmer simultanément les deux acteurs de face et lorsqu'ils se déplacent ;
- Le médecin peut oublier d'enregistrer certaines consultations (voire sélectionner celles qu'il a envie de donner à voir).

Pendant la consultation, l'observatrice était assise sur un côté du bureau, entre le patient et le médecin, de manière à pouvoir les observer tous les deux sans être dans leur champ de vision direct. Pendant l'examen clinique, elle se déplaçait vers la table d'examen à la suite du médecin et du patient et s'asseyait en retrait, selon les possibilités définies par la configuration spatiale des différents cabinets¹⁴⁰. L'enquêtrice a enregistré les échanges sur magnétophone et a noté au fur et à mesure les éléments non verbaux (attitudes, positions, gestes, mimiques, déplacements, regards...), les interruptions (téléphone, secrétaire...) et les éléments forts des échanges (objets de négociation, d'incompréhension, de désaccord...). Des échanges préalables entre les membres de l'équipe de recherche ont eu lieu de manière à s'accorder sur le type d'informations à relever. Le choix a été fait de ne pas prédéfinir une grille d'observation, de n'établir qu'une grille d'observation minimale afin de laisser l'observation ouverte à tout élément qui pouvait se révéler *a posteriori* pertinent pour la compréhension de la situation.

La question du biais d'observation a été longuement débattue lors de ces réunions de préparation avec les généralistes du Département Universitaire de Toulouse. Médecins et patients pouvaient modifier, significativement, leur comportement « habituel » –si tant il est

¹⁴⁰ Sauf en cas d'examen intime (gynécologique et andrologique en l'occurrence), pour lesquels l'enquêtrice soit est sortie du cabinet soit est restée au seuil de la pièce d'examen sans regarder vers la table d'examen, mais assez proche pour pouvoir enregistrer la conversation.

qu'il y ait un comportement habituel-. Mais nous escomptions sur la « routine » de la consultation, en tant qu'élément du travail quotidien du médecin et en tant que rencontre nourrie d'habitudes entre un généraliste et un patient (dans la filiation des travaux de Becker, voir par exemple sur cette question, Schwarz, 1993).

Décider d'assister à toutes les consultations sur des demi-journées et demander un entretien aux patients hypertendus, quelque soit l'objet de la consultation, ouvrait non seulement le champ d'observation à tout patient et permettait de relever des différences d'attitude du médecin d'une consultation à l'autre mais aussi facilitait un certain effacement de notre présence.

C'est ainsi que la question du port d'une blouse blanche a été posée, sujet fréquent en situation d'observation du travail médical (voir par exemple à ce sujet, le long développement de Fainzang, *op.cit.*). Nous nous y sommes refusés, d'une part pour ne pas être considérés comme un médecin « en uniforme », ce qui pourrait nuire à notre souci de discrétion, d'autre part parce que les médecins généralistes participant ne portent pas eux même de blouse blanche.

Tous ces éléments convergent sur la question du biais de recueil suscité par la présence de l'observateur qui est fondamentale et récurrente dans la démarche ethnographique. W. Labov (1976) l'a formulée sous l'expression de « paradoxe de l'observateur ». Elle est incontournable et doit être considérée à ce titre dans le protocole d'enquête et dans l'analyse des données : « l'observation est une action ; en tirer les conséquences c'est aussi faire de l'anthropologie » (Bensa, 1992). Quant à Olivier de Sardan (1995), il fait remarquer que « l'éternel débat (de Heisenberg à Gadamer) sur la mesure dans laquelle l'observation modifie les phénomènes observés, n'est pas sans issues pratiques ». Il considère qu'une « part non négligeable des comportements n'est en fait que peu ou pas modifiée par la présence de l'anthropologue », et c'est une des dimensions du savoir-faire du chercheur que de pouvoir estimer laquelle. Becker (2002), quant à lui, a souligné que le chercheur est souvent pour un groupe une contrainte ou un enjeu négligeable par rapport aux propres contraintes ou enjeux qui pèsent quotidiennement sur ce groupe. La présence prolongée de l'ethnologue est évidemment le facteur principal qui réduit les perturbations induites par sa présence : « on s'habitue à lui ».

Dans notre démarche de terrain, il était annoncé au médecin et au patient que la présence de l'observatrice devait autant que possible être « oubliée » : se comporter comme d'habitude, ne pas s'adresser à elle - ceci afin d'influer le moins possible sur le déroulement de la consultation. Les médecins, maîtres de stage, disaient avoir l'habitude d'une tierce présence et ne pas se sentir gênés. L'activité de consultation est soumise à la force de la routinisation de la part du médecin, mais aussi de la part du patient qui le consulte depuis un certain temps. Un jeu de relation se forme entre eux au fil des consultations et, on peut en faire l'hypothèse, ne se modifie pas radicalement en présence d'un tiers. La présence de l'observatrice n'aurait pas modifié fondamentalement la relation habituelle. Des interférences de surface ont toutefois été relevées. Ainsi, pour certaines consultations, les médecins ont indiqué que tel évènement, tel moment s'était déroulé d'une certaine façon

certainement sous l'influence de la présence de l'observateur. Selon les cas cités par eux, cela allait aussi bien dans le sens d'avoir facilité la communication que dans le sens inverse. Pour donner une autre illustration des effets de l'observateur et de choix qui ont été faits : pendant des consultations, il est arrivé que l'enquêtrice soit interpellée par le médecin ou par le patient. Elle a été par exemple prise à parti dans leur conversation, ou bien le médecin, jouant un rôle de pédagogue, lui a donné une explication d'ordre médical, ou encore le médecin occupé au téléphone, le patient lui a demandé des précisions sur le protocole d'enquête... Il avait été convenu au sein de l'équipe de recherche que l'enquêtrice cherche autant que possible à limiter ces interpellations¹⁴¹. Toutefois, y répondre un minimum nous est paru parfois nécessaire pour maintenir une bonne acceptation de sa présence. Il est illusoire de penser que l'observateur puisse se transformer totalement en présence relationnellement neutre. Sa présence est productrice d'effets qu'il s'agit de cerner et d'en tirer parti : « L'enquête se prend en quelque sorte elle-même en compte et devient son propre révélateur » (Olivier de Sardan, *op.cit.*). C'est pourquoi, nous nous sommes attachés à contextualiser les interactions observées entre les deux acteurs de la consultation en intégrant autant que possible dans l'analyse les effets perçus et renvoyés de la présence de l'enquêtrice en adoptant la position défendue par Dodier et Baszanger (1997).

De plus, en complétant l'observation directe par le recueil d'entretiens avec chacun des acteurs mis en présence, les biais induits par l'observation sont plus discernables et peuvent être intégrés dans l'analyse du corpus.

Dans notre étude, il ne s'agit cependant pas d'un terrain tout à fait classique pour les techniques ethnographiques puisqu'il n'y a pas eu une immersion sur le terrain de longue durée au milieu d'un même groupe d'individus. Cette situation d'interaction sociale qu'est la consultation n'offre pas l'avantage de permettre une érosion dans le temps des effets de la présence de l'observateur. Certes, passer plusieurs journées auprès d'un même médecin permet de construire une certaine relation de confiance. Cependant, chaque nouvelle consultation peut être pensée comme un nouveau champ d'investigation – d'autant que l'on se donne comme objet l'interaction médecin/patient - puisque les acteurs changent, même si le médecin demeure.

LES ENTRETIENS POST-CONSULTATION AVEC LES MÉDECINS : UNE CONDITION DE PARTICIPATION

Comme convenu dans le protocole initial, il a été réalisé un court entretien pour chaque patient inclus (généralement, de cinq à quinze minutes) avec le médecin soit entre deux consultations soit à la fin de la demi-journée d'observation. L'objectif de cet entretien était de recueillir ce que le généraliste connaît du patient (son âge, sa profession voire sa trajectoire professionnelle, sa situation familiale, ses éventuels liens personnels avec le monde médical) et de retracer le déroulement de la consultation selon son point de vue : les objectifs visés et atteints/non atteints, les informations à transmettre, transmises, comprises

¹⁴¹ Par exemple en évitant les regards invitant à la discussion, ou en se penchant sur son carnet de notes...

ou non par le patient, les informations reçues du patient, la qualité estimée de la relation avec ce malade, de la prise en charge médicale, le projet thérapeutique à venir. Il permettait également de retracer l'histoire de la relation avec le patient. Pour le projet Hypertension, il s'agit aussi de dessiner la trajectoire de prise en charge de l'hypertension : le contexte du diagnostic, la mise en place du traitement médicamenteux, la dispense de conseils hygiéno-diététiques (voir annexe).

Ce recueil d'informations est essentiel dans le dispositif d'étude : il vise à recueillir le point de vue du médecin, de manière concise, sur la consultation, afin de le mettre en perspective avec celui du patient. Il a aussi pour but de relever les éventuels décalages entre ce qui a été observé et ce qui en est retenu, et la manière dont cela est exprimé.

Accepter de participer à l'étude, c'était, pour les médecins, s'organiser pour que cet entretien puisse se faire : certains ont espacé leurs rendez-vous ; d'autres ont réservé du temps en fin de consultation ; d'autres, enfin, ont été joints par téléphone peu après le moment de l'observation.

Toutefois la durée et le contenu de ces entretiens s'avèrent variables selon les consultations et les médecins, le facteur temps-disponibilité étant non négligeable.

Si quasiment tous les généralistes se sont volontiers prêtés à cet exercice et en ont approuvé l'intérêt, certains se sont montrés quelque peu réticents. A Toulouse, l'un des médecins s'est montré particulièrement peu loquace. A Paris, il s'est avéré difficile de les réaliser avec les deux généralistes hommes. L'un des deux a fait preuve d'une attitude d'évitement, disait savoir peu de choses la plupart de temps sur ses patients et prétextait d'aller chercher le patient suivant pour écourter au plus vite l'échange. L'enquêtrice a choisi de ne pas insister de manière à ne pas approfondir le malaise du médecin ce qui aurait pu avoir comme effet de majorer l'effet du regard tiers lors des observations suivantes.

LES ENTRETIENS POST-CONSULTATION AVEC LES PATIENTS : UNE OCCASION DE PARLER DE SOI

A la fin d'une consultation, si le patient remplissait les critères d'inclusion, il lui était demandé son accord pour un entretien. Le cas échéant, disposant de ses coordonnées téléphoniques recueillies en salle d'attente, l'enquêtrice l'appelait le jour même ou le lendemain afin de convenir d'un rendez-vous, de préférence à son domicile de manière à, d'une part, situer le patient dans son lieu de vie, d'autre part, de manière à ce qu'il soit dans un contexte en dehors de la sphère médicale. Quelques rares patients ont été rencontrés, en fin de journée, sur leur lieu de travail.

L'entretien avec les patients a suivi la même trame de questionnement qu'avec les généralistes mais a été développé sur un temps plus long (généralement plus ou moins une heure). Il avait pour objectif de mieux connaître sa trajectoire de vie et de santé, et de retracer la consultation selon son point de vue. Concernant la personne elle-même, il était demandé son parcours professionnel et résidentiel, sa situation familiale, ses éventuels liens

personnels avec le monde médical, ses relations avec le médecin généraliste et avec d'autres médecins, son état de santé. Concernant la consultation, l'entretien visait à faire apparaître les attentes a priori vis-à-vis de cette consultation, les informations à transmettre au médecin, les informations reçues, l'accord ou non avec les prescriptions, les difficultés à les respecter, le degré de satisfaction et d'insatisfaction (informations, écoute, compréhension...) pour cette consultation, et plus généralement pour son suivi médical. Des questions spécifiques étaient posées concernant l'hypertension (pour les personnes incluses dans le projet ciblé sur ce sujet) : comment elle avait été découverte, comment la personne la vivait, gérait le traitement médicamenteux, adaptait ses habitudes de vie.

Mis à part quelques refus ou difficultés à convenir d'une date de rencontre, les entretiens ont été très bien acceptés. Au regard d'autres expériences d'entretiens réalisés auprès de personnes malades ou non, offrir à quelqu'un l'occasion de s'exprimer sur lui-même en général et sur sa santé en particulier est bien perçue, voire fortement appréciée et attendue par de nombreuses personnes, notamment quand elles ont des appréhensions particulières vis-à-vis de leur santé ou quand elles ont rarement la possibilité de parler d'elles-mêmes. La situation d'entretien dans un face-à-face enregistré, laissant la personne s'exprimer, est alors vécue plutôt comme valorisante. Pour d'autres, le fait de participer à un travail de recherche est une motivation à s'exprimer (dans l'idée de se rendre utile « pour la science », ainsi que certains l'expriment). Enfin, plusieurs personnes ont expliqué avoir accepté parce que leur généraliste avait lui-même accepté : pour eux, s'il l'avait fait, cela tendait à montrer la pertinence de l'investigation et les incitait à faire de même.

Comme dans tout autre protocole, la capacité à parler de soi a été variable selon les individus, de même que le degré auquel les personnes ont bien voulu se dévoiler. C'est alors à l'enquêteur de déployer les techniques adéquates pour favoriser le recueil de paroles (empathie, complicité, humour, séduction...) ainsi que le suggère Jean-Claude Kaufman (1996). Il doit faire en sorte que les échanges soient peu contraints, tout en veillant à aborder les thématiques liées aux objectifs de la recherche. Il est attendu qu'il prenne une position souple afin de parvenir à placer l'informateur dans une position dans laquelle il sera à l'aise pour s'exprimer. La démarche que nous avons suivie relève de la sociologie dite « compréhensive » (Watier, 2000) où l'entretien est considéré comme une interaction entre deux interlocuteurs dans laquelle il s'agit de réduire l'artificialité de la situation au minimum et de la rapprocher d'une situation d'interaction ordinaire, la conversation. Plutôt même que de techniques que l'on apprendrait dans un manuel, il serait plus juste de parler d'acquisition d'un « savoir-faire », d'un apprentissage par « frottement au terrain », aux diverses situations auquel l'enquêteur peut être confronté et devoir s'adapter.

L'ENTRETIEN COMPLÉMENTAIRE AVEC LES MÉDECINS : UN REGARD REFLEXIF

Dernier type de données : un entretien a été réalisé avec chaque médecin afin de recueillir des éléments biographiques (âge, année de thèse, année d'installation, volume de consultations, mode d'exercice), mais aussi une verbalisation sur ses pratiques (motivations,

limites, difficultés, intérêts...) et ses valeurs (professionnelles). Il a été recueilli soit en face-à-face, soit par téléphone après la période d'observation. Cette deuxième méthode de recueil était ici tout à fait envisageable dans la mesure où médecin et enquêtrice s'étaient déjà côtoyés et avaient eu l'occasion d'échanger. De plus, les médecins font partie des catégories professionnelles ayant l'habitude de s'exprimer que ce soit en face-à-face ou par téléphone.

Ce dernier élément de recueil de notre protocole présente l'intérêt, outre celui des informations collectées en elles-mêmes, de permettre une mise en perspective des façons d'être et de faire du généraliste et le discours général sur ses pratiques. Cette dimension est un axe d'analyse essentiel dans notre travail qui vise à croiser non seulement les données issues des points de vue des différents acteurs de l'interaction médecin-patient, mais aussi à caractériser différents types de relation médecin-patient et à cerner en quoi elles coïncident ou non avec les modèles portés par les recommandations de bonne pratique.

Elles font l'objet d'une analyse spécifique présentée dans le chapitre suivant.

Les recommandations de prise en charge de l'hypertension n'ont pas fait l'objet d'un questionnement car elles ne faisaient pas partie des objectifs initiaux du recueil. Ceci peut être perçu comme une faiblesse du corpus ici analysé. Toutefois, la posture théorique adoptée implique de mener une analyse des situations en privilégiant ce qui a été observé, c'est-à-dire, le travail médical en acte et les interactions médecin-patient, et non les discours produits sur le sujet en question.

Démarche et corpus ayant été exposés, nous invitons maintenant le lecteur à entrer sur la scène de la consultation médicale.

Chapitre V

Le métier de généraliste : une pratique faite de compromis et de confiance

Dans le chapitre IV ont été soulignés les discours récurrents sur une médecine en crise, fragilisée par une perte d'autorité face à un patient, qui lui, est de plus en plus qualifié par son degré d'autonomie et qui ne serait plus prêt à accorder au médecin une confiance aveugle. Dans ce monde médical en crise, la médecine générale est dans une position particulièrement délicate : elle ne bénéficie pas d'aura auprès du public, elle est située en bas de la hiérarchie professionnelle, elle couvre un champ d'activité aux limites floues. D'après la littérature actuelle, ces transformations vont de pair avec un modèle de relation médecin-patient caractérisé par la coopération et la négociation dans lequel une communication satisfaisant le patient contribue à un suivi des conseils médicaux, en conformité avec les recommandations de bonne pratique.

Ceci est, selon nous, une vision bien trop mécaniste et bien trop homogène de la réalité du travail médical en général et de celui du médecin généraliste en particulier. Et si les publications sur les attentes du patient vis-à-vis de son médecin ne manquent pas, celles exposant le point de vue du médecin quant à la définition de son métier en général et des relations avec ses patients tendent à faire défaut¹⁴². Or nous estimons qu'il est essentiel de préciser cette perspective, de la mettre en vis-à-vis avec celle des patients et avec celle portée par le modèle de la médecine des preuves.

C'est ce que nous proposons de faire dans ce chapitre en prenant appui sur les premiers résultats issus des deux projets-sources.

En particulier, nous y avons esquissé une typologie des relations médecin-patient en fonction du jugement porté par l'un et l'autre sur leurs interactions. Ce qui apparaît en premier lieu est que ce jugement n'est pas établi sur les mêmes critères : le médecin se dit satisfait selon l'action qu'il arrive à mener avec le patient alors que celui-ci est satisfait si le médecin s'ajuste au rapport que lui-même a envers sa santé et peut attendre du généraliste qu'il soit plus ou moins paternaliste ou dirigiste avec lui, ou plus ou moins effacé, dans un rôle de fournisseur de soins technique. Parallèlement, pour le généraliste, satisfaction de l'action avec le patient ne rime pas ni ne s'oppose systématiquement à qualité de la relation : un médecin peut se dire en très bons termes avec un patient qui ne suit pas ses conseils du médecin et inversement, il peut ne pas être satisfait de la relation avec un

¹⁴² Bien que ce vide semble se combler peu à peu ainsi que l'indique le succès du premier colloque consacré à la sociologie de la médecine générale en 2006 dont est issu l'ouvrage dirigé par Bloy et Schweyer (*op. cit.*).

patient qui prend soin de sa santé et suit toutes ses prescriptions. La situation d'interaction médecin-patient est de fait fort complexe.

Nous proposons donc d'apporter des éléments de compréhension complémentaire de ce qui participe à la relation entre un généraliste et ses patients et d'éclairer les ressorts de l'action médicale. Ce chapitre va s'attacher à élucider ce que signifie et implique être médecin généraliste du point de vue des professionnels et des patients rencontrés. Nous nous intéresserons à préciser les aspects de leurs définitions et attentes qui se croisent ou non. Par l'analyse des propos recueillis auprès des médecins généralistes et des patients, ce qui nous importe est de savoir si l'on retrouve les valeurs de positivisme scientifique portées par la médecine des preuves et par sa déclinaison sous forme de recommandations de bonne pratique.

Autrement dit, l'objet de ce chapitre est de préciser les contours du métier de médecin généraliste aujourd'hui¹⁴³.

Nous verrons tout d'abord ce que disent les généralistes interrogés sur leur métier : comment expriment-ils leurs motivations, leurs attentes et leurs difficultés ou interrogations quant à leurs pratiques. De quoi est composé leur idéal du métier ? Est-il en adéquation avec le modèle d'une médecine basée sur les preuves ? Quelle est la place accordée et prise par le patient ?

Nous aborderons dans un second temps, le point de vue du patient sur son médecin généraliste tel qu'il a été exprimé lors des entretiens post-consultations.

¹⁴³ Notons que la Revue Française des Affaires Sociales prévoit un numéro sur le « métier de médecin » qui sortira en juin 2011 et qui vise à établir un point des connaissances sur ce que signifie être médecin aujourd'hui du point de vue du statut social, des conditions de vie et d'exercice, du métier (formation initiale et continue, relations avec les autres institutions comme l'industrie pharmaceutique et les pouvoirs publics)... Il y sera notamment question du médecin généraliste

1. Exercer la médecine générale : au nom du patient

Les définitions holistes de la médecine générale la placent dans une position professionnelle d'infériorité vis-à-vis des autres spécialités : son champ d'intervention est délimité par ce que les autres ne couvrent pas. Dans les recommandations françaises de prise en charge de l'hypertension, ils ne sont pas spécifiés : elles sont destinées aux généralistes de la même façon qu'elles le sont aux autres spécialistes amenés à prendre soin de personnes hypertendues (cardiologues, néphrologues, diabétologues...).

Les entretiens réalisés avec les médecins permettent de faire émerger des définitions endogènes du travail du généraliste et de son rapport au patient qui dessinent les contours de leur métier tel qu'il est pensé et pratiqué par eux-mêmes. Nous allons préciser ces propos en abordant ce que signifie pour nos interlocuteurs être un « bon » médecin généraliste, puis comment ils définissent un « bon » patient et enfin, comment ils qualifient la relation médecin-patient attendue et ce qu'ils sont prêts à accepter pour qu'elle se réalise.

Nous verrons dans un deuxième temps, le point de vue des patients sur leur généraliste, ce qu'ils attendent de lui, ce qui fait un « bon » médecin généraliste et donc la nature de la relation attendue avec lui.

Les propos recueillis reflètent la recherche d'un « idéal de la rencontre » (Bloy, 2010) dont il s'agit, pour les généralistes, de le préserver tout en s'adaptant à la réalité des pratiques, et au cœur de cette réalité est la relation avec le patient, ce patient pour lequel on a choisi la médecine générale et non une autre spécialité. Ce patient réel, individu avec lequel il faut composer et dont la prise en compte tend à orienter des modes d'agir des médecins. Dans la définition du métier de généraliste, il n'est pas fait référence au modèle scientifique de la médecine¹⁴⁴.

ÊTRE UN BON MEDECIN GENERALISTE : QUALITES RELATIONNELLES ET COMPETENCES TECHNIQUES AU SERVICE DU PATIENT

Cette orientation professionnelle a été choisie avant tout pour ses dimensions relationnelles. « Le généraliste en son cabinet reste le plus médecin des médecins », déclaraient Herzlich *et al.* (*op.cit.*, p104). Ce que formule Winckler plus précisément, en tant que médecin écrivain : « Être médecin, finalement, cela ne tient pas à grand-chose. Il faut être là, écouter l'autre raconter son mal, chercher à le comprendre. Et parfois, grâce à

¹⁴⁴ Nous tenons à rappeler que les médecins de notre échantillon exercent depuis plus de vingt pour la plupart d'entre eux, qu'ils sont presque tous maîtres de stage et que plusieurs sont enseignants associés à un département de médecine générale. Ils ont donc eu un parcours qui n'est pas celui suivi par tous les médecins généralistes. Nous retrouvons toutefois des propos relativement proches dans ceux que Géraldine Bloy a recueilli auprès de jeunes généralistes (Bloy, 2011).

quelque chose qui tient peut-être du savoir, ou de l'intuition, ou de la chance, ou de la curiosité, ou un mélange de tout ça, on arrive à mettre le doigt sur ce qui fait mal » (Winckler, 2000, *op.cit.*, p16). Les médecins interrogés s'inscrivent dans cette vision de leur métier.

C'est pour le patient qu'ils disent avoir choisi cette spécialité médicale : ils insistent fortement sur leur motivation initiale à pratiquer une médecine « humaine » qui repose en premier lieu sur l'aide et l'écoute et qui suppose une approche globale du patient. Marc l'explique en ces termes qui opposent la médecine générale à la médecine spécialisée qui n'appréhende non pas tant le patient que son organe malade : « *C'est important pour donner du sens à la prise en charge, pour donner du sens à mon travail, à ma propre existence médicale. Je ne me vois pas travailler par organe. J'ai arrêté une spécialité parce que je trouvais que c'était débile de travailler par organe* ».

Contrairement à ce qui tend à présider dans les discours exogènes, nos interlocuteurs n'ont pas effectué un choix par défaut en s'orientant vers la médecine générale. Ils ont fait le choix du relationnel avec le patient.

Ainsi Claire qui engageait son parcours médical vers une autre spécialité, s'est mise à douter sur la place qui était accordée à la relation avec le patient. Elle a interrompu ses études pour se donner un temps de réflexion et les a reprises en ayant opté pour la médecine générale. C'est une motivation du même ordre que nous retrouvons chez Benoît, attiré par la médecine sur le modèle de son grand-père, chirurgien en milieu rural : « *toute mon enfance a été rythmée par les histoires qu'il nous racontait et à l'époque c'était une façon particulière de faire, il allait dans les fermes, il opérait, voilà, il était capable de transformer n'importe quelle cuisine dans une ferme en une salle d'op* ». Mais la chirurgie dans sa dimension technique et hospitalière telle qu'il la découvre pratiquée au moment de ses études ne l'attire pas, car ce qu'il recherchait avant tout était un contact de proximité avec les patients. Aussi s'est-il tourné vers la médecine générale qui lui a semblé la voie la plus proche du modèle porté par son grand-père bien que les gestes techniques soient peu fréquents¹⁴⁵. Et comme lui, il s'est installé en zone rurale. Michel s'est engagé dans cette profession sans choix précis pour une spécialité : « bercé dans la médecine », dit-il, enfant de deux médecins peu en contact avec des patients : « mes parents étaient anatomo-pathologistes (...) ils étaient surtout des chercheurs, microscope, petites cellules et tout ça ». L'idée et l'envie de pratiquer la médecine générale, pour sa dimension relationnelle avec les malades, lui a été transmise par un généraliste rencontré pendant ses études « *qui travaillait à l'hôpital et qui m'a vraiment donné le goût de ça* », c'est-à-dire « *surtout dans le sens de la rencontre et de... et de l'écoute ; c'est quelqu'un qui savait très très bien écouter les patients et qui avait un sens aigu de la relation* ».

Il en va de même pour les autres médecins de notre échantillon : tous ont choisi la médecine générale contre une autre spécialité dans laquelle le contact avec le patient ne

¹⁴⁵ Ce qu'il raconte n'est pas sans rappeler ce qui est évoqué dans : *Un métier idéal. Histoire d'un médecin de campagne*, J Berger et J Mohr, Editions de l'Olivier, 2009 pour l'édition française, 1967 pour l'édition originale

serait pas au centre des pratiques, ce que résume l'expression de Marc : « *on est accro au patient* ».

Tous, sauf Laurent qui fait quelque peu figure d'exception : installé depuis trois ans lors de notre recueil après avoir travaillé dans l'industrie pharmaceutique –acteur essentiel des essais cliniques randomisés, porteur du modèle de la médecine des preuves-, il regrette le statut de salarié et semble peu à l'aise avec ses patients. D'ailleurs une partie des patients de celui dont il a pris la suite n'est pas restée avec lui. Il est celui qui paraît le plus désarmé face à l'équilibre à trouver entre compétences techniques et compétences relationnelles : ce qu'il exprime est le regret d'être éloigné de la connaissance scientifique telle qu'il la pratiquait dans l'industrie pharmaceutique et vit le contact avec les patients de manière contrainte et maladroite, ne parvenant pas à établir un lien de confiance avec eux. A ce titre, il est emblématique de la distance entre le modèle scientifique de la médecine et la médecine en pratique.

Pour les autres qui ne font pas référence à ce modèle, « un bon médecin » est avant tout celui chez qui la motivation altruiste est associée à des qualités relationnelles. Et en pratique, la capacité d'écoute « *c'est fondamental* » (Marie-Pierre). L'écoute va avec l'envie d'aider l'autre et c'est la motivation initiale de Maurice : « *je crois que quand on est médecin, enfin je ne sais pas comment font les autres, mais moi une raison c'est d'aider les autres* ».

C'est une volonté de l'ordre du dévouement à autrui que l'on entend exprimée par l'un et l'autre, comme par Jacques qui a opté pour la médecine « *parce que j'avais fait beaucoup de scoutisme, que je m'étais toujours intéressé au secourisme, au sauvetage* », et la médecine générale par vocation « *sacerdotale* », précise-t-il. Il définit son rôle de généraliste comme « *une disponibilité pour essayer de les aider à régler leurs problèmes (...) dans tous les domaines* ». Il se met au service de ses patients. Dans le même esprit, c'est une visée altruiste voire sacerdotale que l'on recueille chez Marie-Pierre qui a choisi ce métier pour s'occuper des autres et les aider, dit-elle. La pratique de la médecine n'est qu'une façon de réaliser ce but : elle et son mari sont engagés dans la vie paroissiale du village avec notamment « *l'animation d'un groupe de scouts pendant sept ans* » et elle a monté une association d'aide et d'écoute destinée aux femmes.

Choisir et pratiquer la médecine générale va avec un engagement social, voire politique comme dans le cas d'André qui dit apprécier son métier, notamment pour la « *proximité* » avec les gens et pour le sentiment « *d'utilité* » tant sur le plan médical que social. Chez lui, le choix de la médecine générale dans une vision de médecine sociale va de paire avec un militantisme politique : « *toutes mes années de médecine ont été marquées par la participation à des groupes d'extrême-gauche, et ensuite mon installation dans un cabinet de groupe qui était très marqué à l'extrême-gauche* ».

Toutefois, ce que ces médecins soulignent, c'est que l'écoute et l'empathie ne suffisent pas à faire un « bon » médecin, celui-ci doit également détenir des compétences professionnelles de bon niveau, être techniquement bon. « *Avoir la meilleure formation de manière à en faire profiter le patient* », explique Maurice. « *Pour moi, un bon médecin généraliste c'est un professionnel qui qui est techniquement très au point sur le soin* ».

primaire ce qui l'oblige à faire de la formation », précise Benoît, défenseur d'une médecine générale « *techniquement compétente* », à l'instar des autres généralistes rencontrés, maîtres de stage, engagés dans la formation initiale et de la formation continue (Jacques, André, Maurice, Marie Pierre, Claire). Leur revendication partagée est d'être reconnu « *spécialiste dans ma spécialité, vous comprenez ?* » (Benoît), c'est-à-dire techniquement qualifié, mais aussi doté de qualités relationnelles, les deux dimensions ne s'opposant pas mais étant complémentaires et la seconde étant un trait spécifique à la médecine générale.

Même si certains expriment parfois en entretien, un certain sentiment de rivalité ou de concurrence entre médecine générale et autres spécialités¹⁴⁶, comme Benoît qui, à la suite d'une consultation du premier mois du nourrisson puis lors de l'entretien, dénonce ce qu'il appelle le « *détournement* » des enfants par le centre hospitalier voisin (« *on nous les confisque* », dit-il), c'est plutôt en termes de complémentarité techniques que ces relations sont présentées : les autres spécialités apportant leurs connaissances spécifiques lors de la prise en charge d'une pathologie en particulier. C'est Jacques qui s'exprime le plus à ce sujet. Il explique qu'il travaille avec les autres spécialistes de manière complémentaire et partenariale¹⁴⁷ et qu'il fait appel à un spécialiste lorsqu'il a besoin d'un avis technique pointu qui va au-delà de ses compétences : « *je sais pas du tout et puis par expérience je sais que si je ne sais pas ce n'est pas la peine que je patauge à chercher parce que on sera là quinze jours après, trois semaines après avec le même problème pas résolu ; je sais que si je ne sais pas, même en allant chercher dans les bouquins, je ne réglerai pas le problème, bon...pour des raisons qui ont...je sais bien que l'on est tous sur des rails intellectuels et que c'est difficile de sortir de nos rails, ça c'est la première chose, donc des fois je ne sais pas, donc voilà.... ; des fois, c'est, ...j'ai besoin d'un avis technique parce que j'ai une décision à prendre et, je ne sais pas trop comment la prendre, bon ça c'est l'avis technique* ».

Spécialiste de soins primaires, même bien formé initialement et en cours d'exercice, le généraliste, en première ligne, est confronté à une multitude de demandes et de symptômes et ne peut réussir à tout couvrir correctement par son seul savoir. À écouter les médecins de notre échantillon, bien exercer, c'est aussi reconnaître les limites de ses compétences et savoir faire appel à un confrère, « avoir le sens de ses propres limites », selon la formulation employée par Bloy (2008). À ce propos, Jacques (30 ans d'exercice) explique qu'aujourd'hui, il « *assume* » de ne pas être « *bon sur tout* » et dit « *passer la main* » facilement à « *d'autres qui savent mieux* » mais il lui a fallu pour cela avoir « *cheminé* », de même qu'André (même ancienneté d'installation) qui reconnaît ressentir un certain « *éloignement du savoir universitaire, quelquefois je me sens un peu court, ou je me sens pris en défaut* ».

Face à cette limite relevant des aspects techniques d'établissement d'un diagnostic et de mise en place d'un traitement médicamenteux à laquelle les généralistes se disent confrontés, la solution évoquée est de faire appel à « *spécialiste-spécialiste* »¹⁴⁸. Ni Jacques, ni un autre ne fait référence à l'existence de recommandations professionnelles qu'ils

¹⁴⁶ Sujet que l'on retrouve de manière récurrente dans les travaux sur les relations entre généralistes et spécialistes.

¹⁴⁷ Ses propos rejoignent ce que nous avons observé en consultation.

¹⁴⁸ Formule qui vise à différencier le « *spécialiste de médecine générale* » des autres spécialistes.

mobiliseraient comme ressource. Elles sont pourtant présentées, par leurs promoteurs, comme constituant une aide pour le médecin, en lui fournissant une synthèse de la littérature et des connaissances médicales. En fait, à écouter les médecins interrogés, elles ne semblent pas apporter de réponse au généraliste qui va opter de préférence encore et toujours pour le relationnel, cette fois, avec un autre médecin à qui il confie le patient, le temps de résoudre le problème qui lui est posé.

Voyons maintenant le portrait de ce patient tel que dressé par les généralistes rencontrés.

PORTRAIT DU « BON » PATIENT SELON LE GENERALISTE : LE PATIENT PARTENAIRE

Le patient c'est, d'abord, celui qui est resté avec lequel une certaine satisfaction réciproque s'est établie. Ce qui fait que se constitue au fil des années une patientèle à l'image du médecin, ainsi que Jacques l'exprime : *« alors il y a des médecins qui vont vous dire nous on dresse nos patients (...) Moi, je crois pas qu'on dresse un patient, on les sélectionne, les gens qui sont venus me voir et qui ont trouvé que j'avais un fonctionnement qui ne leur convient pas, ils ne sont pas revenus ; ceux qui sont restés, par définition, c'est que mon mode de fonctionnement leur convient »*, dans la mesure où, là où il exerce, le choix est ouvert, précise-t-il. André va dans le même sens et souligne la création de liens entre lui et ses patients : *« mes clients c'est des gens que j'aime bien, y'en a très peu avec qui j'ai du mal dans ma clientèle. Y'a une espèce de choix réciproque qui se fait »*.

La majorité des médecins de notre corpus est installée depuis plus de vingt ans (cf tableau-encadré 13) et ce travail de constitution de patientèle est d'emblée visible dans les réponses des patients au questionnaire passé en salle d'attente. A la question « depuis combien de temps consultez-vous ce médecin ? », si nous avons des réponses en nombre d'années, d'autres sont formulées de manière à souligner l'ancienneté de la relation : cela va à des expressions comme *« depuis qu'il est installé »* (Albert, Geneviève, Elisabeth, Paulette) à d'autres comme *« depuis très longtemps »* (René, Nicole) et même *« depuis toujours »* (Yvette). Cette dimension de la temporalité de la relation, qui n'est pas prise en compte dans les recommandations, est pourtant centrale dans l'action du médecin comme nous le verrons plus précisément plus loin : des liens d'interconnaissance se forment, voire une certaine familiarité mais aussi des expériences ont été partagées, une façon d'agir ensemble a été apprise. Médecin et patient ont appris à se connaître.

Ainsi, pour les généralistes interrogés, le patient est avant tout perçu comme un partenaire, qui va faire preuve d'autonomie, mais avec lequel la négociation est possible. Ce sont ces dimensions qui sont attendues principalement et qui vont être appréciées chez un patient. Le patient est ainsi avant tout défini à travers le mode de relation entretenu avec le médecin et non par des qualités intrinsèques qui n'engageraient pas ses interactions avec le médecin.

La définition de Benoît de ce qu'est un « bon patient » est à l'image de ce qui est attendu par ses confrères. Un « bon patient », selon lui, est une personne qui a le désir de se prendre en charge et pour qui le médecin a avant tout un rôle de conseiller, mais de conseiller

personnalisé. Pour lui « *le patient sait que je suis à sa disposition* (expression qu'il emploie fréquemment en consultation) *et que j'ai des solutions pour lui, il reste libre* (d'avoir recours à moi) ». Il se positionne au service du patient, à la façon d'une relation de clientèle, mais quelque peu particulière, plutôt de l'ordre de la relation avec un artisan, soucieux de la qualité du travail fourni et de la satisfaction du client. Maurice a recours à cette image de l'artisan pour définir son idéal de médecin généraliste (« *faire du cousu main, c'est un peu ce que j'ai envie de faire* ») et pour cela, il insiste sur le respect à avoir envers le patient et sur sa volonté de l'aider sans s'imposer à lui, d'être sur un mode de confiance : « *c'est comme, je vais changer mon imprimante, je vais voir un gars et je lui dis voilà moi ce que je fais avec mon imprimante, voilà ce dont j'ai besoin et il va me conseiller, si il essaie de me vendre le truc le plus cher parce que ça lui rapporte 3%, c'est son problème, sinon si c'est un type honnête il va me dire voilà, moi de ce que je connais du matériel que j'ai, ce qui est le plus adapté à votre situation c'est ça, voilà et ben moi c'est pareil, mais pas sur le ton paternaliste, pas en disant 'moi je sais pour vous* ».

Au cours de l'entretien, Benoît fait référence au modèle paternaliste de la relation médecin-malade qu'il dit en déclin au profit d'une relation de type contractuel, qui s'instaure avec des patients de plus en plus informés : « *les gens, aujourd'hui, ont un très très bon niveau de connaissances même des fois presque trop, dans certaines pathologies il n'est pas exceptionnel que le patient en sache plus que le médecin* ». C'est donc que pour ce médecin, la connaissance d'une maladie ne relève pas uniquement du savoir professionnel mais qu'elle est également constituée de l'expérience du patient, confrontée à la gestion au quotidien de sa maladie, dans toutes ces facettes et diverses prises en charge nécessaires.

Si ces aspects sont étudiés dans de nombreux travaux de sociologie de la santé, il est remarquable d'une part de les entendre souligner par un médecin, qui reconnaît par là des limites de son savoir formel, d'autre part de souligner l'absence de prise en compte du savoir du patient dans les recommandations professionnelles, basées sur les résultats des essais cliniques. La réalité des pratiques indiquent combien les situations de soins ne peuvent se réduire à une application immédiate et systématique des règles édictées de la manière que tend à le faire croire le paradigme scientifique.

Toutefois, si la relation partenariale est le modèle attendu par les généralistes, elle peut se décliner avec quelques nuances. Ainsi, Claire explique qu'elle achoppe avec les patients qui, selon elle, ne comprennent pas ses explications, mais qu'elle réussit à l'instaurer avec les gens « *cortiqués* », selon une expression qui revient plusieurs fois dans la bouche de ce médecin, c'est-à-dire ceux « *avec qui on peut parler* » : « *Voilà ce que j'appelle quelqu'un de cortiqué c'est-à-dire qui pige le truc. Qui se le réapproprie, qui le reverbalise autrement et qui a compris, quoi. Il y a des gens, ça ils ne comprennent pas* ». Prenant l'exemple d'une patiente : « *elle a une réflexivité sur elle-même... Elle est capable d'analyser des choses sur elle-même* ». Pour ce médecin, le travail qui est à faire avec le patient sous forme d'une co-construction dans laquelle le patient a une part à prendre et dans laquelle le rôle de médecin est d'accompagner le patient dans ses décisions. Mais pour elle, le « bon » patient-partenaire est le patient obéissant, celui qui adopte un comportement conforme aux prescriptions médicales.

C'est également la position de Maurice chez qui on observe de grandes différences d'attitude selon les consultations : tout se passe bien, courtoisement et dans la bonne humeur, avec les patients qui apparaissent modèles, c'est-à-dire obéissants, se comportant selon les attendus médicaux. Alors, le côté bon vivant de Maurice permet de créer une certaine complicité. Plusieurs fois le tutoiement d'ailleurs lui échappe. Interrogé à ce sujet en entretien, il dit que cela lui vient facilement mais qu'il essaie de l'éviter pour « *garder une certaine distance* » : « *ils sont contents, ils aiment qu'on les tutoie, mais je prends une distance, je fais un effort sinon je tutoierais facilement* ». En revanche, avec les patients qui résistent, qui n'adoptent pas le rôle du malade qui fait ce que le médecin dit, on perçoit le dépit de celui qui n'aime pas sentir que ce n'est pas lui qui a le contrôle de la relation. Dans ses propos, s'il y a souci du patient, il y a aussi affirmation d'une asymétrie première entre lui et l'autre qui ne sait pas ou qui sait moins que lui, le professionnel. Cela se traduit par un comportement observé qui fait penser à celui d'un instituteur « à l'ancienne » : un mélange de pédagogie et d'une certaine fermeté, voire de volonté d'avoir le dernier mot. Ainsi avec Guy, la consultation est l'occasion pour Maurice de faire un petit exposé sur le diabète et ses différentes formes (alors que Guy n'avait rien demandé et semble par ailleurs bien informé de ces aspects techniques), et de donner des « bons points ». Devant les bons résultats des dernières analyses de Guy, Maurice s'exclame : « *c'est bon, ça prouve que vous êtes bon, on est bons là !* ». On retrouve dans d'autres consultations cette volonté pédagogique qui dépasse largement la demande des patients, qui tend parfois vers une attitude paternaliste (bien qu'il s'en défende à plusieurs reprises en entretien) consistant à encourager et féliciter les patients qui ont suivi ses conseils pour arriver à de bons résultats. Ainsi à propos de Léonie : « *c'est moi qui l'ai enquinée parce que je voulais qu'elle perde un petit peu de poids* » ou de Patrick (patient observé mais non inclus dans le corpus car non hypertendu) qui se voit félicité après deux mois et demi de sevrage alcoolique et encouragé à améliorer son alimentation : « *je compte sur vous, c'est important !* » Ici l'attitude scolaire est encore plus prononcée que dans d'autres consultations, puisque Maurice utilise la menace d'une « interro » : « *je le note, je vous le redemanderai la prochaine fois, si vous avez mangé des poires et bu un peu moins de menthe, (...) je vous interrogerai la prochaine fois !* ».

Alors que pour Jacques le « bon » patient-partenaire se définit d'abord par la possibilité de négocier avec lui. Pour lui, l'autonomie en matière de gestion de santé dont peut faire preuve un patient est perçue par les généralistes d'abord comme une qualité et elle ne s'oppose pas à la réalisation du travail médical, voire elle peut y contribuer, si elle s'effectue en coopération avec l'action du généraliste et si celui-ci la respecte. Ainsi pour Jacques, un « bon » patient est celui avec qui il peut parvenir à un consensus sur le protocole thérapeutique. Dans ce sens et selon lui, le « bon » patient n'est pas forcément observant : « *l'observance absolue n'existe pas* », constate-t-il. Elle se réalise dans le compromis : « *Le bon patient peut-être qu'il ne fera pas tout à fait comme je lui dis, c'est... bon, je ne suis pas là pour... pour... pour juger mais pour voir le mieux qu'on peut faire dans la situation, ce mieux est pas forcément le mieux mieux, c'est parfois le moins mal, mais bon* ». Il s'agit de s'adapter et finalement de se contenter « *d'une cote mal taillée* », dit-il. Pour lui, l'observance n'est pas la condition nécessaire et suffisante pour créer une bonne relation et inversement une observance limitée n'implique pas une mauvaise relation : si un patient n'écoute pas « *ça ne*

va pas altérer notre relation », ce qui est perçu comme l'essentiel à sauvegarder car une mauvaise relation ne permettra pas à meilleure observance, si ce n'est qu'elle ne peut aboutir qu'à une mauvaise observance de la part du patient.

Retenons ici pour le moment qu'à l'instar du modèle de relation médecin-patient présenté dans la littérature comme aujourd'hui dominant, les généralistes interrogés disent rechercher avant tout un lien partenarial avec leurs patients, de type « coopération guidée » (Heritage et Maynard, *op.cit.*). Mais selon eux, l'instaurer et le maintenir implique d'accepter les limites non seulement de son savoir mais aussi, et par conséquent, de ce qui constitue son pouvoir professionnel. Nous sommes alors bien loin de l'image de domination médicale sur le patient telle qu'elle est véhiculée et perçue, en particulier en milieu hospitalier. En pratique de médecine générale, le pouvoir médical rencontre la volonté du patient et est amené à s'y ajuster de manière à permettre la réalisation du colloque médecin-patient. Nous le verrons plus précisément dans l'analyse des consultations mais notons déjà que cette idée est présente dans les propos recueillis en entretien. Ce qui est intéressant également et nous le travaillerons plus loin, est de voir comment ce qui montre une autonomie du patient hypertendu se manifeste en consultation et comment le médecin y répond, surtout si elle n'est pas conforme aux attendus des recommandations qui suppose un patient obéissant aux règles médicales.

Précisons d'abord, sur la base de la figure du « patient-partenaire », de quels éléments est constituée la relation médecin-patient telle qu'attendue par les généralistes interrogés.

UNE RELATION FAITE DE COMPROMIS VISANT A GARDER LE PATIENT

Nous avons vu que les généralistes interrogés ont fait le choix de ce métier pour le patient et la relation avec lui. Cette relation se construit dans le temps et ce que disent souhaiter les médecins est de la préserver avec une certaine qualité d'échanges, à l'image de Jacques qui recherche avant tout une relation « *chaleureuse* » (terme qu'il emploie fréquemment lors de l'entretien) avec ses patients. Il parle de la « *part affective du métier* », expression qui illustre bien les attendus de tous. Installé depuis une trentaine d'années, réalisant quelques cent cinquante actes par semaine, il est important pour Jacques de maintenir la relation avec ses patients non pas tant du fait de la dimension financière que sur un plan affectif qu'il attache à son métier.

Ce qui est très mal vécu selon les médecins généralistes est la perte d'un patient du fait d'une insatisfaction de leur relation, de la réponse à ses attentes : « *quand un patient transfuge, c'est pas toujours bien vécu* », dit Jacques. Ce départ est perçu comme un échec personnel ainsi que l'explique clairement, et non sans un certain humour, Benoît : « *les gens vont où ils veulent, c'est pas grave si vous voulez mais il y a certaines personnes pour qui on s'investit, enfin moi en tout cas parce que je suis un grand affectif comme vous le voyez (rires), où on s'investit beaucoup et les gens vous tournent le dos et ça c'est difficile à vivre et donc j'ai eu un travail à faire, bien que je reste vulnérable là-dessus* ». Il revient dans la suite de l'entretien sur cette difficulté à supporter le départ d'un patient à d'autres moments,

expliquant qu'il le vit comme un échec personnel : *« quand je me suis installé, j'ai eu à mener un véritable deuil parce que quand je pensais moi que comme je serai compétent, parce que je n'en doutais pas (rires) et bien ça plairait aux gens et il m'a été très difficile de vivre et de découvrir que les gens n'étaient pas compétents pour juger notre compétence et que l'on pouvait être carrément quitté par des patients qu'on avait soignés de façon admirable ».*

Ce type de propos, nous le retrouvons chez les autres, comme chez Marie-Pierre qui dit garder un traumatisme des patients « perdus » lors de ses débuts avec le sentiment d'avoir été abusée, de s'être engagée dans une relation déséquilibrée où elle s'investissait plus que le patient. Elle raconte : *« les premières années, je garde le souvenir un peu brûlant du fait que les gens venaient « m'essayer » c'est-à-dire voir ce qu'elle vaut cette médecin et, et alors il, il y en a eu quelques-unes qui ont réellement abusé, qui sont venues, qui m'ont raconté tous leurs maux, bref je me souviens d'une qui est peut-être restée une heure, une heure et demie je me souviens de celle-là mais il y en a eu beaucoup et qui ne sont jamais revenue après, donc là je me suis sentie abusée et si j'avais, à ce moment-là, été plus mûre bon j'aurais dit aujourd'hui on traite ça, la prochaine fois on traitera ça et donc si la personne voulait revenir, elle revenait ».*

Cette volonté de construire une relation sereine et chaleureuse avec les patients fait passer outre une rigueur qui serait excessive sur le plan des prescriptions médicales. La part affective du métier dont parle Jacques fait que le médecin accepte le compromis avec le patient, avec lequel, comme l'avons vu plus haut, il va chercher à proposer une réponse « sur-mesure », en fonction des demandes ou des particularités du patient.

Interrogé sur la raison pour laquelle il dit céder parfois aux demandes médicamenteuses des patients, André se montre volontiers réflexif à ce propos : *« oui, c'est intéressant de se poser la question, parce que pourquoi est-ce qu'on prescrit quand même, même si on est pas convaincu de la nécessité... ».* Et la raison est relationnelle : *« c'est dans le cadre de, d'un compromis dans une relation, c'est pour maintenir une bonne relation, dans la mesure où c'est pas dangereux (...) on ne va pas se battre sur des choses qui n'en valent pas le coup ».*

Reste tout de même à voir ce qui est considéré comme en valant la peine ou non, aux yeux de qui et en fonction de quoi. André qui réalise plus de cent actes par semaine reconnaît en même temps une raison liée au paiement à l'acte : *« c'est vrai que c'est, c'est entaché de... d'une certaine incertitude quant aux causes, c'est-à-dire que... dans la mesure où c'est grâce à lui que je gagne ma croûte, cette histoire-là du paiement à l'acte, on peut pas affirmer que ça ne joue pas un rôle en arrière-plan ».*

Ses propos s'appliquent à un domaine particulier, celui de la prévention liée aux comportements alimentaires – comme la prévention des maladies cardio-vasculaires- qui nécessite un fort investissement en temps de la part du médecin pour des résultats mineurs. La pratique du compromis est alors de règle ainsi qu'en témoignent les propos recueillis auprès des généralistes de notre corpus.

UN DOMAINE D'ACTIVITE A FORT COMPROMIS : LA PREVENTION HYGIENO-DIETETIQUE

En tant que « pivot » du système de soins, il est attendu du médecin généraliste qu'il effectue un travail de prévention auprès de ses patients. Quant il s'agit de dispenser des conseils hygiéno-diététiques face aux risques cardio-vasculaires, notamment tel que c'est préconisé dans les recommandations de prise en charge de l'hypertension, les généralistes sont mis en difficulté : ils ont le sentiment de passer beaucoup de temps sans beaucoup de résultats.

Alors certains estiment que c'est en dehors de leur juridiction, comme Laurent qui peine à se constituer une clientèle et qui déclare n'avoir ni le temps ni la rémunération adéquate pour le faire. Aussi, dans une logique de paiement à l'acte, il fait le choix de ne pas aborder la prévention, par exemple quand elle est liée au surpoids, à moins qu'une pathologie soit déjà en jeu : « *Quand il y a rien et qu'il n'y a pas de demande... dire aux gens, vous avez un surpoids, ça peut être dangereux,oui. Déjà qu'on est obligé de faire des consultations très rapides, alors si en plus...dans certains cas, on n'a pas vraiment envie de se lancer. Parce que ça prend du temps si on veut faire ça sérieusement... Ça veut dire faire un interrogatoire diététique... ça veut dire...J'avais commencé à faire des diètes protéinées à un moment, et puis, c'est une consommation de temps monstrueuse* ».

Pour d'autres, comme Marie-Pierre, ayant une clientèle acquise conséquente et en fin de carrière, ce n'est pas le manque à gagner qui la freine mais l'accumulation des échecs et le sentiment d'impuissance : « (le surpoids) *c'est franchement aussi décourageant que les problèmes d'alcool et de tabac... c'est-à-dire, et ne parlons pas toxicomanie, c'est-à-dire, c'est-à-dire que c'est des sujets avec lesquels il faut courageusement avancer quoi, en parler mais je dis bien courageusement parce que on sait tellement qu'on va avoir très peu de réponses positives et c'est vrai que quand on est médecin ben qu'est ce qu'on aime bien c'est se dire tiens ce que j'ai fait, ce que j'ai dit, ce que j'ai proposé ça a marché quoi et là et bien on va d'échecs en échecs, moi c'est pour ça que j'admire beaucoup tous les intervenants qui sont dans les problèmes de toxicomanie, alcool, tout ça parce que les résultats sont vraiment pas fantastiques quoi* ».

La prévention hygiéno-diététique confronte le généraliste à un sentiment d'action limitée de manière emblématique. Son savoir médical et son statut professionnel ne suffisent pas à convaincre le patient à modifier ses habitudes de vie. Là, plus encore que dans un autre domaine de soin, le médecin est amené à pratiquer le compromis. Le but est de parvenir à convaincre le patient de l'importance pour sa santé de perdre du poids, d'avoir une activité physique régulière. Pour cela, le levier d'action est avant tout relationnel et il passe par la négociation.

Claire explique : « *le problème, ce n'est que de la négociation avec lui, c'est son diabète à lui, je ne peux pas être derrière lui pour voir s'il mange ce qu'il faut !* ».

Comme les autres médecins, Maurice, dont nous avons vu l'attitude quasi paternaliste avec certains patients, avoue finalement avoir à opter le plus souvent pour le compromis et notamment pour ce qui concerne les conseils hygiéno-diététiques : « *je trouve qu'il faut pas être trop... c'est important de manger, il y a des gens pour qui c'est important, des fois c'est le*

seul plaisir qu'ils ont et vous avez pas le droit d'être... bon si le type il va mourir à 75 ans pas dans de trop mauvaises conditions... ben il aura profité de la vie, je veux dire pas des excès mais un peu... il mange un peu plus, il aime le pain, il mange un peu de pain... ».

Respecter la liberté des choix du patient, surtout pour ce qui concerne la conduite de ses habitudes de vie en santé, accepter qu'un patient est une personne fondamentalement libre de ses choix –préserver le plaisir de manger ce que l'on aime- est un principe mis en avant par les généralistes rencontrés. Ce principe s'accompagne dans leurs propos de celui de ne pas s'ériger en juge des conduites, ne pas porter de jugement sur un comportement (selon des termes ou expressions employés par eux), de ne pas se poser en entrepreneur de morale, ainsi qu'ils l'observent parfois chez des confrères.

En fin d'entretien et comme pour résumer l'essentiel, André raconte une anecdote qui lui est révélatrice de *« la façon dont je pense les choses : l'autre jour j'étais à une journée de formation sur la contraception (...) Et un collègue expliquait que si une femme fumait, il se refusait à lui prescrire une pilule remboursable : si elle a les moyens de se payer les cigarettes, je lui prescris une pilule non remboursable ! Il voulait la punir quoi ! (rire) alors il y a eu une belle polémique entre lui et moi... Voilà ce qui me met en colère, utiliser son pouvoir médical pour exercer un jugement moral sur les patients ».*

Position que partage Marie-Pierre qui, dit-elle, refuse de jouer le rôle de *« père fouettard »* ou de *« saint père »*, selon ses expressions, et ne veut pas se situer dans le jugement envers ses patients.

L'alimentation pose la question de manière cruciale ainsi que l'explique André : *« j'essaie de leur expliquer ce que c'est que l'équilibre alimentaire, et les graisses animales, et aussi le tabac, et aussi l'alcool, mais j'essaie de leur livrer une information scientifiquement neutre quoi, je me méfie de m'ériger en directeur de conscience de la façon dont les gens mangent et vivent. C'est aussi à chacun de faire ses choix de vie (...) il y a des patients qui sont inobservants, mais c'est leur liberté aussi, ça me choque pas que des patients soient inobservants. Le refus d'une attitude médicale intrusive et moralisatrice est très présent dans ce domaine : « la difficulté c'est que c'est lié au comportement des gens, et que c'est ce qu'il y a de plus difficile à faire bouger, le comportement des gens ! (...) Parce que la nourriture, la façon de se nourrir, c'est quand même quelque chose qui touche au plus profond des individus ».* Et finalement, la modestie de l'action possible en la matière domine : *« j'ai des cibles modestes »*, et un certain sentiment d'impuissance : *« j'ai pas l'impression d'être d'une grande efficacité ».*

A aucun moment, les généralistes ne disent avoir recours à l'existence de recommandations professionnelles comme argument pour convaincre le patient. Ils s'adaptent, se contentent du résultat obtenu aussi faible soit-il. Jacques signale faire appel à un autre spécialiste comme tiers dans sa relation avec le patient : *« puis souvent c'est dire au spécialiste, écoute tu vas le prendre pendant quelques temps parce que j'y arrive plus, je supporte plus, donc tu fais un bout de chemin avec lui et puis moi, j'aurai repris un peu du poil de la bête et je le reprendrai après ».* Il donne l'exemple du patient en surpoids : *« qui m'aura mis en échec, deux fois, trois fois, qui va pas écouter ».*

Dans les propos recueillis, nous retrouvons pour une part des résultats comparables à ceux issus d'autres travaux, à savoir une position de la médecine générale sous tension entre reconnaissance professionnelle des compétences techniques et délimitation de celles-ci au regard du champ d'action des autres spécialités médicales. De même, l'importance de la dimension relationnelle avec le patient est soulignée par nos interlocuteurs : le patient est celui pour qui on a choisi ce métier et celui pour qui on le pratique.

Mais alors que les travaux de la sociologie de la santé interactionniste soulignent l'importance de la négociation entre médecin et patient, ce qui ressort en premier lieu des entretiens avec les médecins est la dimension de compromis des pratiques en médecine générale : être médecin généraliste, c'est réussir à construire une relation durable avec ses patients, ce qui suppose de s'ajuster à la réalité des situations individuelles. Cela peut passer par de la négociation avec le patient ainsi que nous l'étudierons plus loin dans l'analyse des consultations, mais ce peut être aussi un ajustement « spontané » du médecin au regard de ce qu'il perçoit comme possible ou attendu par le patient, en fonction de ce qu'il connaît de lui et de ce qu'il a déjà tenté avec lui.

L'autre dimension prégnante dans ces entretiens est le sentiment d'action ou de pouvoir sur le patient limité : celui-ci détient ses propres choix et n'obéit au médecin que dans des limites qui lui conviennent. Ce sentiment est doublé d'une réticence à endosser le rôle d'entrepreneur de morale en matière de prévention hygiéno-diététique, domaine qui relève, entre autre, de la prise en charge de l'hypertension sur l'aspect de réduction du risque cardiovasculaire et qui fait partie des recommandations de bonne pratique. Cet aspect sera travaillé plus précisément dans le chapitre IX.

2. Les attendus des patients vis-à-vis de leur généraliste : une relation de confiance

Du côté des patients, les propos recueillis en entretiens post consultation font remarquablement écho à ceux des médecins. Nous retrouvons la question du champ des compétences et celle des qualités techniques mais aussi et surtout des qualités relationnelles. L'ensemble vise à constituer ce qui est au centre des attentes des patients : la confiance, confiance confortée notamment par une mise à l'épreuve du médecin lors d'un problème de santé particulier où le médecin a montré que le patient pouvait compter sur son écoute mais aussi prendre la bonne décision médicale : savoir établir le diagnostic ou passer la main au spécialiste adéquat.

La confiance qu'expriment les patients envers leur généraliste a été acquise à travers des situations partagées pendant lesquelles les qualités relationnelles et techniques du médecin

ont été mises à l'épreuve en donnant satisfaction au patient. Cette forme de confiance s'inscrit en opposition avec celle que les réformateurs thérapeutiques et leurs successeurs expriment vis-à-vis de la science et des données objectivées qui vise à écarter l'individualité du jugement sur la base de l'expérience clinique. Or, ce qui ne transparait pas dans le modèle de la médecine des preuves et qui est au cœur des propos recueillis est que la santé a ceci de particulier, qu'elle passe par la rencontre entre un patient et un médecin : elle constitue « un de ces biens qui requiert coopération et confiance » (Jaunait, 2003, p74).

Si l'on considère les propos recueillis, cette confiance-là, qui n'est pas donnée à l'avance mais qui se construit le long des interactions entre médecin et patient, les patients rencontrés l'ont trouvée chez leur généraliste. Et d'ailleurs, on peut supposer que ceux qui ne l'ont pas trouvée ont changé de médecin.

UN MEDECIN QUI M'ECOUTE, QUI FAIT ATTENTION A MOI...

Le terme d'écoute est fréquemment employé et associé à un sentiment d'attention porté par le médecin au patient. Ainsi que le formule Aimé : « *Elle m'écoute très bien. Et c'est très important. C'est important que le docteur s'intéresse à (moi, son patient), sinon c'est pas la peine* ». De même qu'Alberto qui dit apprécier la gentillesse de ce médecin, et le fait qu'il prend le temps d'écouter : « *il est très gentil et en plus, c'est une personne, si vous voulez, c'est une personne qui pose des questions aux malades et il redonne un peu le moral* ».

Ce que l'on retrouve est l'idée de vulnérabilité ressentie par les patients, vulnérabilité face à la maladie et non du fait d'être face à un professionnel plus savant que soi, et qui est apaisée par l'écoute du médecin, une écoute qui rassure. « *Elle m'écoute ça c'est très important* », « *je peux me confier à elle comme si c'était une amie* », dit Michelle et c'est ce dont elle est le plus en demande. Cette écoute signale la dimension humaine de leur généraliste, sa proximité avec eux, et atténue l'asymétrie de leur position respective en consultation, ce qu'explique Elisabeth, tout en se défendant d'être dans ce type d'attente : « *je crois que c'est surtout la qualité, déjà il devrait, il doit écouter, moi je n'en ai pas besoin, à priori, mais je pense que certaines personnes ont besoin d'écoute parce qu'on est en situation, quand même, d'infériorité quand on est malade. Face un médecin, on n'est pas bien, on doute, on a peur* ». Par l'écoute, le médecin se rend accessible, il diminue la distance sociale, comme entre Léonie et son mari, ancien employée et ouvrier, qui se disent très satisfaits de leur généraliste qui « *est toujours avenant, il se met à la portée du malade, il remonte le moral...* ».

Cette accessibilité n'est pas reconnue chez tous les médecins. Elle l'est chez son généraliste alors qu'elle ne l'est pas chez un autre spécialiste : à son généraliste, on « *peut lui demander n'importe quoi* », « *on ne le craint pas* » (expression répétée au cours de l'entretien), affirment Albert et Paulette, modestes artisans retraités résidant en zone rurale. Leurs propos indiquent que ce rapport n'est pas instauré avec d'autres spécialistes à qui ils ne se permettent pas de demander des explications ou de poser certaines questions.

La relation avec le généraliste est dite différente de celle avec les autres médecins qui même si « *ce sont de très bons docteurs mais qui sont plus...d'abord c'est très vite, il faut aller très vite* », alors que « *mon docteur (...) vous avez vu qu'il est à l'écoute* » ; la cardiologue et la rhumatologue « *c'est des très bons docteurs parce que tout le monde les connaît, mais je vais pas raconter ma vie comme je raconte au docteur André (...) il sait ma situation, il sait que je suis seule, que j'ai une frayeur de l'hôpital (...) non, non je dirais des choses au docteur André que je ne dirais pas aux autres ...et oui il est très gentil, il est très simple, vous avez bien vu c'est un très gentil docteur* » (Janine). Le médecin généraliste est celui qui me connaît et c'est ce lien d'interconnaissance qui non seulement crée de la proximité avec le médecin mais aussi fonde la confiance accordée.

Certains, comme Geneviève, vieille dame de 73 ans qui connaît son généraliste depuis son installation quelques trente années plus tôt, sont dans un rapport sur le mode affectif avec lui : « *je l'aime* », « *je l'adore* », « *il est très gentil* », « *très humain* ». Cette confiance dont elle témoigne envers lui est pleine d'affection et de sentiment de proximité avec son généraliste. Tous deux s'apostropheront en patois lors de la consultation observée. Et Geneviève ne manque pas de nous signaler en entretien que sa fille habite aujourd'hui le logement précédemment occupé par ce médecin.

Ces qualités humaines sont donc attendues de manière à instaurer un climat de confiance : « *Un bon médecin, c'est quelqu'un qui est...accueillant (...) quelqu'un qui a un bon contact. Quelqu'un qui est à l'écoute (...) une grande écoute. L'écoute doit aider en la mise en confiance* », explique Eric qui se dit satisfait de sa première consultation avec le docteur Laurent. Une déclaration de la même veine mais plus péremptoire que l'on recueille chez René : « *Quand je vais voir mon docteur, j'ai confiance en lui, c'est tout, fini (...)* ».

Les patients définissent la relation avec leur médecin généraliste non pas en termes de rapports sociaux, mais en des termes empreints d'affection. Ils la définissent dans sa singularité, en tant que rencontre entre eux deux, individus rapprochés par des liens construits au fil des années à travers leurs interactions. De ces interactions, se constitue une relation de confiance que le seul titre de médecin ne suffit pas à établir. Si elle pré-existe au minimum envers le professionnel de santé à qui on s'en remet, elle ne se confirme que par le face-à-face, le travail relationnel et technique effectué.

... DOUBLE D'UN MEDECIN TECHNIQUEMENT COMPETENT QUI RECONNAIT SES LIMITES

Cette attente de double compétence, relationnelle et technique, est exprimée par les patients interrogés. Gabriel commence l'entretien en affirmant d'emblée : de ce médecin, « *j'en suis entièrement satisfait* » car il « *très compétent, très à l'écoute des patients* ». C'est aussi ce que formule Henri qui dit attendre d'un médecin qu'il l'examine, qu'il diagnostique, qu'il fasse des investigations complémentaires (c'est-à-dire ce qui relève de compétences techniques) mais aussi qu'il l'écoute et lui parle (c'est-à-dire ce qui relève de compétences relationnelles). De même qu'Elisabeth, citée ci-dessus quant aux qualités relationnelles attendues chez un médecin et qui estime que son généraliste « *a un très bon diagnostic, c'est*

un type très très calé, donc j'ai confiance en lui, je crois que c'est très important, confiance en lui c'est l'essentiel ». La confiance, elle y reviendra comme un élément essentiel dans la relation avec un médecin. Une confiance basée sur des compétences scientifiques, compétences qu'elle associe d'abord aux spécialistes des Centres Hospitaliers Universitaires parce que « *la science médicale est là* » mais qu'elle accorde aussi à son généraliste, qu'elle et sa famille consulte depuis 30 ans et que dans cette durée, il a, selon elle, fait les preuves de ses compétences. La confiance avec son médecin se construit dans les interactions.

Charles, lui, dit de son généraliste « *elle est sympathique, elle met à l'aise, elle est souriante* ». Il estime de manière générale que « *l'important c'est qu'il trouve tout de suite la maladie, qu'il ne fasse pas traîner* ». Et il a donc confiance, selon ses propos, en Marie-Pierre qui a détecté tout de suite le cancer du sein de sa femme et a su la faire prendre en charge rapidement.

C'est la même histoire que racontent Albert et Paulette qui disent de leur généraliste « *on le suit depuis qu'il est installé* »¹⁴⁹ (il y a vingt huit ans) et il a montré qu'il savait réagir rapidement et adéquatement face à un cancer du sein qui a touché Paulette quelques années plus tôt : il a eu une réaction qu'ils ont jugée adaptée contrairement au généraliste, qui suivait la mère de Paulette : elle n'est jamais revenue de l'hôpital parce qu'il « *ne l'aurait pas faite partir assez tôt* ». Paulette, elle, considère son cancer comme une chose réglée, dont elle ne souffre pas et pour lequel elle ne prend aucun traitement.

C'est une confiance entière aussi que Geneviève exprime envers son généraliste : « *je suis un cas (...) parce que j'ai des maladies qui se doute pas, j'ai des syncopes d'une maladie et puis ça me réveille une autre alors il se méfie maintenant* » en référence notamment à un problème cardiaque qu'il a su diagnostiquer, « *alors aujourd'hui, j'ai confiance en lui* ». Et cette confiance a été éprouvée par ses compétences médicales et par sa capacité de décision d'orientation, nous explique-t-elle. Et « *quand il ne sait pas, il étudie* », « *il cherche plus loin* ».

Pour Charles, Albert, Paulette et Geneviève c'est la survenue d'un événement particulier dans le cours d'une relation existante qui a renforcé les liens avec le médecin envers lequel est éprouvée la reconnaissance de ses compétences et de la gratitude face à son action. Pour Léon, il y a une première mise en relation avec celui qui est depuis son généraliste attiré lors d'un problème aigu de santé pour lequel le médecin a réagi de manière tout à fait satisfaisante pour lui.

Léon avait donc un souci de santé qui s'est révélé être une sténose à l'intestin. Son médecin habituel étant en congé, il a alors demandé un rendez-vous à l'associé du cabinet de groupe. L'ayant apprécié, lui et son épouse sont depuis restés avec Maurice. Ils estiment que Maurice a tout de suite demandé les analyses qui ont mené au diagnostic, alors que leur médecin habituel s'était contenté de « *piques, de petites ampoules qui ne faisaient rien* ». Selon Léon et Léonie, à l'épreuve des compétences techniques, Maurice a largement gagné sur son confrère. Depuis le couple estime que Maurice a sauvé Léon et lui voue alors une

¹⁴⁹ Noter la formule « on le suit » et non pas la plus habituelle « il nous suit »

confiance totale : « *en lui, j'ai confiance en plein. D'abord il m'a sauvé deux fois* », dit Léon. Aussi, s'il leur arrive, à lui ou à sa femme, d'être malade en son absence, ils préfèrent attendre son retour plutôt que de consulter quelqu'un d'autre : « *il nous connaît, avec un autre il faut tout repartir à zéro...* ». A travers cette expression, on peut comprendre qu'il leur faudrait alors expliquer leur trajectoire de santé. Mais on peut aussi l'entendre dans le sens de construire ex nihilo une nouvelle relation avec un médecin dont ils ne sauraient rien des compétences.

Etre compétent pour un généraliste, selon les personnes interrogées, c'est aussi savoir reconnaître ses limites et savoir passer la main au spécialiste pour assurer le diagnostic et la prise en charge lors d'un problème de santé spécifique, ainsi que l'indique l'extrait suivant de l'entretien avec Elisabeth : « *et je crois qu'un médecin doit être capable de dire je ne sais pas, être capable de dire je ne sais pas mais pas tout le temps. Je ne sais pas, je passe la main, je vous adresse à un confrère. Oui ça je crois que c'est être, faire preuve d'intelligence que de dire, bon* ».

On retrouve des propos identiques chez Eric : « *Ce que j'attends d'un généraliste, c'est qu'il diagnostique, sans avoir nécessairement toutes les réponses mais qu'il essaie de diagnostiquer par rapport aux symptômes, les causes possibles. Et après qu'il réoriente* » ; ou encore chez René : « *Ah, M Jacques, une fois ou deux ça va bien mais si à la troisième, il voit qu'il guérit pas alors il prend ses responsabilités (...) il va plus loin, il adresse à un spécialiste (...) il sait passer la main* ».

Ainsi, confronté au patient, le généraliste est renvoyé à la segmentation des compétences professionnelles. A lui, le travail de première ligne de découverte du patient en demande d'écoute et de diagnostic posé. Si cette partition du travail peut être lue en termes de hiérarchie médicale où le généraliste est renvoyé à une position techniquement moindre qu'un autre spécialiste, il nous semble plus juste d'y voir un mode de relation différent, des attentes différentes : c'est au généraliste que le patient accorde sa confiance constituée pour une large part de la mise à l'épreuve de leur relation dans le temps et dans des situations de santé qui se sont révélées délicates où le généraliste a été présent pour poser des premières hypothèses diagnostiques et orienter vers des compétences *ad hoc*. Et c'est parce qu'on a confiance en son généraliste qu'on a confiance dans les spécialistes vers lesquels il oriente : « *il vous indique le chirurgien qui d'après lui sera meilleur* », signale Léon pour qui il ne fait aucun doute de suivre ses indications.

Or ainsi que nous l'avons vu précédemment, les recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge de l'hypertension sont destinées indifféremment aux médecins généralistes et aux autres spécialistes. Il n'y est pas fait référence au partage des rôles entre le médecin généraliste de première ligne et le médecin spécialiste cardiologue ou autre, ni non plus au rôle du patient qui va ou non suivre les indications du généraliste. Mais surtout, il n'est nullement indiqué dans les recommandations le poids de la relation de confiance entre un patient et son médecin dans laquelle la dimension relationnelle cohabite avec la dimension technique de manière complémentaire et où la seconde dimension, seule, n'est pas suffisante. Il est vrai que cette notion de confiance en tant que

rencontre entre deux individus n'est pas intégrable dans un modèle statistique et qu'elle relève d'un travail de traduction par les médecins lors de la mise en application des recommandations.

Conclusion

Dans ce chapitre qui visait à préciser ce que signifie et implique être médecin généraliste, du point de vue du médecin et du point de vue du patient, il en ressort que les attendus de part et d'autre sont principalement fondés sur la qualité d'une relation interpersonnelle. Cette relation n'est pas donnée *a priori*, elle se construit au fil des situations de santé et des épreuves partagées.

Le patient est celui à qui le médecin généraliste dévoue sa pratique, c'est pour lui qu'il a opté pour cette spécialité médicale. Aussi souhaite-t-il être reconnu par ce patient comme un interlocuteur privilégié qui sait concilier qualités humaines et compétences professionnelles. Ce que le généraliste attend avant tout est de pouvoir établir une relation partenariale qui permette de discuter et de négocier les décisions thérapeutiques de manière à les ajuster au profil du patient.

Qu'importe si le patient n'observe pas scrupuleusement tous les conseils donnés, s'il fait preuve par ailleurs d'un certain souci pour sa santé. Car pour établir et maintenir cette relation partenariale, le médecin est prêt à faire des compromis : il va accepter que le patient fasse des écarts, mais il va aussi faire des écarts par rapport aux règles médicales s'il estime qu'elles ne sont pas adaptées au patient et qu'il ne les suivra pas.

Les attendus du patient sont formulés en termes de confiance, de pouvoir faire confiance en son médecin généraliste. Cette confiance, elle s'acquiert, à travers des moments où le généraliste a montré qu'il était là, à l'écoute et médicalement actif. La relation avec son généraliste est décrite dans ses dimensions interpersonnelles, et non comme étant la rencontre entre un professionnel et un patient.

L'action médicale est liée à la relation médecin-patient et s'inscrit dans une trajectoire où le présent est le reflet du passé et préfigure le futur.

Autrement dit, ce qui est pointé ici est le fait que le travail du médecin généraliste est bien loin d'être indépendant du patient. Il s'effectue au regard d'une relation temporellement construite mais aussi potentiellement remise en cause lors de chaque rencontre. C'est à cette rencontre que nous allons nous intéresser plus précisément dans les chapitres à venir, à commencer par le suivant qui pose la question de la demande du patient et de son influence sur le déroulement de la consultation.

Chapitre VI

La demande du patient ou l'influence des logiques profanes sur les pratiques professionnelles

Pourquoi s'intéresser à la demande du patient ? Ce choix prend source dans l'ouvrage de Freidson sur la profession médicale où il se penche sur un groupe particulier de médecins, celui des praticiens, représentants emblématiques d'un type de profession : la profession consultante. Selon les termes du sociologue américain, une des caractéristiques intrinsèques de ces praticiens – dont les médecins généralistes nous paraissent emblématiques – est d'être « sous dépendance du client », alors que d'autres segments de la profession médicale, comme les chercheurs ou les radiologues, sont, eux, « sous dépendance des confrères »¹⁵⁰.

Dans le modèle de la profession consultante, envisagée sous statut libéral, Freidson considère que le praticien isolé exerce essentiellement sous pression de sa clientèle¹⁵¹ : il est conduit à lui plaire, et du même coup à s'écarter des normes admises par ses confrères (1984, *op.cit.*, p 197)¹⁵². Dans cette analyse en rupture avec les positions portées par Parsons, Freidson ne décrit pas une interaction dominée par le médecin mais en partie créée et contrôlée par le client¹⁵³. Son approche souligne la détermination des conduites professionnelles par les logiques profanes. Cette action n'est pas sans rappeler ce que Françoise Bouchayer nomme « l'effet patient » sur les attitudes et les pratiques des professionnels de santé. Ses travaux ont notamment mis à jour la difficulté éprouvée par des soignants médicaux ou paramédicaux exerçant en première ligne de l'offre de soins à

¹⁵⁰ C'est aussi le cas de cliniciens spécialistes tels que ceux exerçant en cancérologie ainsi que l'a montré Patrick Castel à travers la notion de contrôle latéral (Castel 2008, *op. cit.*)

¹⁵¹ Notons que le sociologue américain ne parle pas de patient mais de client. Contrairement à cet auteur américain de référence, nous préférons employer le terme de patient dans la mesure où la personne en demande de soin n'est pas un client ordinaire et où la santé n'est pas un service ordinaire : la relation médecin-patient n'est pas réductible à sa dimension marchande, en particulier dans le contexte français sous le régime de l'assurance maladie universelle. Ce qui est fondamentalement en jeu entre eux n'est pas la simple fourniture d'un service entre un prestataire et un bénéficiaire mais le maintien ou le recouvrement de la santé de la personne qui vient consulter. De plus, si le médecin généraliste possède des compétences techniques que ne possède pas le profane (ce qui est une des caractéristiques de la profession), celui-ci attend également des compétences relationnelles ainsi que nous l'avons vu précédemment, aspect qui risque d'être quelque peu éludé avec l'emploi du terme de client.

Pour des prolongements sur cette question et la rhétorique sous-tendue, se reporter au texte de Claudine Herzlich, 1985.

Ce fut aussi au centre des débats du colloque *Patient, personne, citoyen, client... usager ? Places, rôles et figures mouvantes dans le champ de la santé*, organisé par le CSIS, Lille, 25-26 mai 2010 (cf. colloque 2010 CSIS [en ligne], <http://www.colloque-csis.fr/> (page consultée le 17 mai 2011).

¹⁵² Par exemple, les normes contenues dans les recommandations professionnelles.

¹⁵³ Il ne précise pas toutefois par quels mécanismes ni de quelle manière concrètement s'opère le contrôle du client.

faire face et à répondre à la présence quotidienne des patients, à la diversité de leurs plaintes et de leurs comportements (Bouchayer, 2006).

Dans cette confrontation au patient, le savoir scientifique « pur » se trouve transformé voir « souillé », dit également Freidson. Par ailleurs, Isabelle Baszanger (1981 et 1983 *op.cit.*) fait état de la faible adéquation entre les catégories du savoir biomédical enseignées à la faculté et les symptômes et demandes auxquels sont confrontés les généralistes (Bloy, 2008 *op.cit.*).

Ces résultats nous paraissent tout à fait intéressants à mobiliser dans notre interrogation quant à l'usage des recommandations de prise en charge de l'hypertension en médecine générale.

Ce chapitre vise à étudier les questions suivantes.

Si on considère que le travail médical est sous influence de l'action profane, en quoi la demande du patient joue-t-elle sur le déroulement de la consultation ? Sous quelles formes se décline-t-elle ? Permet-elle de lire les consultations selon des modes d'interaction médecin-patient qui éclairent pourquoi le suivi de l'hypertension a été fait ou non conformément aux recommandations ?

Pour commencer, nous proposons de préciser ce qu'est cette demande du patient, ce qui n'a pas été fait par les auteurs cités ci-dessus. Comment nommer ce qu'exprime, expressément ou tacitement, un patient lorsqu'il vient consulter un médecin ?

La démarche ici consiste à parcourir les consultations observées en s'attachant à ce qu'exprime le patient au médecin, soit en réponse à des questions de celui-ci s'enquérant de ses attentes, soit en formulation spontanée. Il s'agit de repérer comment est ordonnée la consultation à partir de ce qu'exprime le patient pour justifier sa venue, quelles sont ses motivations ou attentes, sur quoi il sollicite le médecin.

Les consultations débutent le plus souvent par une question d'ouverture posée par le médecin : « qu'est ce qui vous amène ? », « comment ça va ? », « qu'est-ce qui vous arrive ? », « c'est pour le renouvellement aujourd'hui ? », etc, etc... Le patient y répond en exposant une raison de sa venue « je viens, parce que vous savez, je fais de l'hypertension » ou « on n'a plus de drogue »...

En continuant à nous déplacer ainsi dans les consultations, on peut relever d'autres formules, soit de relance du médecin telles que « autre chose ? », « c'est tout ? », soit d'ajout du patient : « je voulais vous dire aussi que... ».

C'est donc en analysant ce type d'échanges tout au long des trente consultations étudiées qu'il est possible d'apporter des éléments de définition de la demande du patient.

Nous verrons tout d'abord que la demande diffère du motif de consultation et de la plainte. Puis nous dessinerons quatre formes de demande qui correspondent à des modes de relation médecin-patient mises en jeu dans les consultations observées et dans lesquelles l'hypertension a plus ou moins sa place.

1. Demande du patient, motif de consultation et plainte : des notions différentes mais complémentaires

Nous posons ici, de manière heuristique, que la demande est « ce quelque chose » qu'exprime le patient en propos profanes face à un médecin dans l'attente qu'il le comprenne et y réponde. Cette demande a été qualifiée « d'incompréhensible » (Arliaud, 1987) participant ainsi au flou du métier de médecine généraliste. Elle est donc difficile à cerner pour le praticien... et à qualifier *a priori* pour le sociologue.

Il s'agit dans cette section d'éclaircir ce que recouvrent les notions de « motif de consultation » et de « plainte » et de confronter leurs définitions issues de travaux sociologiques avec nos données collectées afin de savoir si elles sont pertinentes à mobiliser dans notre perspective, à la place ou en complémentarité avec la demande.

Ces termes se retrouvent dans différents travaux, sans être bien définis ni même distingués, à l'instar de l'article de Bloy (2008 *op.cit.*) où cette sociologue emploie indifféremment le terme de plainte ou de demande pour signaler les attentes et formulations des patients et signale la grande variété de motifs de consultations sur laquelle les généralistes sont sollicités. Dans la perspective visant à préciser la place accordée et prise par le patient en consultation, dans sa relation avec le médecin, une première étape est de cerner le contenu et les implications de ces termes, notamment les uns par rapport aux autres.

LA DEMANDE ET LE MOTIF DE CONSULTATION

Le premier constat que nous faisons est que la demande ne coïncide pas, ou du moins n'est pas réductible, au motif de consultation préalablement affiché.

Il est communément question de motif de consultation pour indiquer la raison de recours à un médecin ; c'est également l'item généralement utilisé dans les enquêtes par questionnaire. Or cette expression « motif de consultation » s'avère fort polysémique, entre ce que peut formuler un patient à un médecin lors d'une consultation et comment le médecin va le traduire en termes nosologiques¹⁵⁴. Nous retrouvons cette polysémie dans les données collectées lorsque nous confrontons les réponses des patients au questionnaire pré-consultation¹⁵⁵ avec le contenu des échanges en consultation.

¹⁵⁴ Se référer, par exemple, au rapport de l'IRDES n°1627, 2006 (Collet et al). Pour cette étude ciblée sur les motifs de recours aux soins des consultations de centres de soins gratuits, cinq types de recueil étaient prévus : 1. dans un questionnaire à l'accueil où il était demandé : « Pour quelles raisons êtes-vous venu aujourd'hui ? » ; 2. Cette même question était posée au début de la consultation par le médecin ; 3. le médecin devait consigner les types de symptômes dont se plaignait le patient ; 3. Il devait noter le diagnostic posé ; 4. Il cochant dans une liste de 52 items inspirée de la Classification Internationale des maladies, la ou les pathologies concernées.

¹⁵⁵ Se reporter au chapitre précédent pour plus de détails.

Tableau-encadré 14 : Question posée concernant le motif de consultation

<p>Quel est le motif de consultation aujourd'hui ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - maladie subite, problème de santé ponctuel - suivi habituel de maladie chronique, aggravation ou période de crise de maladie chronique - autre motif, lequel ?.....
--

L'analyse des réponses recueillies¹⁵⁶ et leur mise en perspective avec le contenu des consultations indiquent la complexité et les différentes réalités que recouvre ce terme de « motif de consultation ».

Tableau-encadré 15 : Réponses par patient au sujet du motif de consultation

PATIENT	ITEM COCHE	REPONSE TEXTUELLE
Agathe	« autre motif »	hypertension
Albert	-	renouvellement remèdes
Bernard	« autre motif »	hypertension
Charles	« maladie subite/ pb ponctuel » barré	
Elisabeth	« maladie subite/ pb ponctuel » et « suivi hab. mal. chron. » barrés	
Gabriel	« suivi hab. mal. chron. »	
Geneviève	« autre motif »	pace maker
Gilles	« maladie subite/ pb ponctuel »	
John	-	-
Joseph	« maladie subite/ pb ponctuel »	renouvellement de médicament
Lucie	« suivi hab. mal. chron. »	
Marceline	-	-
Michèle	« autre motif »	dos, nerfs
Nicole	-	diabète
Paulette	-	renouvellement remèdes
Réjane	« autre motif »	suivi habituel
René	« suivi hab. mal. chron. »	

¹⁵⁶ Ce recueil n'a pu être réalisé dans tous les cabinets et pour tous les patients : 18 questionnaires exploitables.

Certains n'ont rien répondu (Marceline et John).

D'autres ont donné une réponse dans leurs propres mots, comme Albert et Paulette qui ont écrit : « renouvellement de remèdes », réponse que l'on peut faire correspondre à « suivi habituel de maladie chronique » mais qui tend à signaler que leur attente tient beaucoup dans la prescription médicamenteuse.

D'autres encore ont répondu à « autre motif, lequel ? », la pathologie objet de la consultation, plutôt que de cocher « suivi habituel de maladie chronique ». C'est le cas de Nicole qui a indiqué : « diabète ». Cette pathologie sera effectivement au centre de la consultation mais celle-ci est également l'occasion du renouvellement des différents traitements en cours, dont celui contre l'hypertension dont il ne sera guère question entre elle et le médecin¹⁵⁷. Bernard et Agathe, eux, ont répondu en clair : « hypertension ». Pour Bernard, il s'avère que ce n'est pas tant de l'hypertension dont il est question en consultation que de ses conséquences et du risque cardio-vasculaire. Plus précisément, reprenons les propos du généraliste qui m'explique à l'ouverture de la consultation que : « *M. Bernard a eu une hypertension tranquille et puis, là, il a fait des complications coronariennes qui ont compliqué son hypertension* ». De fait, ce patient vient suite à une visite chez le cardiologue en amenant des résultats d'examens et la prescription faite par le spécialiste. Pendant la consultation, il est question des traitements et de leurs effets secondaires, de facteurs de risque et d'analyses biologiques à faire. Quant à Agathe, si la tension est prise et le traitement renouvelé, dans le déroulement de la consultation, elle exprime beaucoup de « stress » et de besoin d'être écoutée, d'être reconnue pour son travail d'engagement pour faire accepter les différences de ses enfants handicapés et leur intégration en milieu ordinaire.

Charles a barré la mention « maladie subite » : il s'avère qu'il vient après une consultation chez le cardiologue et divers examens réalisés, ce qui correspond à une consultation de suivi de maladie chronique. Elisabeth, elle aussi, a rayé « maladie subite » ainsi que « suivi habituel de maladie chronique » : en début de consultation, elle explique qu'elle vient « *parce que je n'ai plus de voix* » et me signale lors de la prise de tension « *c'est mon problème* ». Il faudrait donc interpréter les items rayés du questionnaire comme étant ses réponses et non ce qu'elle exclut.

Lors de la consultation de Lucie, il est bien question du renouvellement de ses traitements, ce qui est en accord avec le motif qu'elle a indiqué « suivi habituel de maladie chronique ». Mais cette réponse ne signale pas un autre sujet qui s'avère remplir l'ordre du jour : le traitement de douleurs liées à de la migraine et à de l'arthrose.

¹⁵⁷ Le diabète occupera également l'essentiel de l'entretien réalisé à son domicile suite à la consultation. Au point que nous avons failli oublier de parler avec elle de l'hypertension : ce n'est qu'en fin d'entretien, lorsque Nicole a sorti la boîte dans laquelle elle range les médicaments qu'elle prend quotidiennement que j'ai repéré un hypotenseur et que j'ai abordé le sujet.

Michèle a indiqué sur son questionnaire : « dos/nerfs ». La consultation fait découvrir une patiente en grande souffrance physique et mentale, et dans des problèmes conjugaux mais aussi socio-professionnels car arrivant au terme de la durée maximum d'arrêt en longue maladie.

René a écrit : « renouvellement remède » (il est hypertendu et a plusieurs traitements réguliers). En fait, nous découvrons dans les premiers échanges, qu'il est venu huit jours auparavant à cause d'une « envie de vomir ». Le médecin lui avait prescrit un traitement mais l'envie de vomir persistant, alors René est revenu le voir. Au cours de la consultation, il signale un autre tracàs : « *comment ça se fait que la nuit, le jour jamais, j'ai toujours envie de me gratter l'anus ?* ». Le médecin fournit une explication sur les oxyures et leur rythme de ponte et revient au premier sujet : « *bon moi c'est cette envie de vomir effectivement qui me pose un petit peu... (problème)* ». On voit bien qu'il est difficile de dégager ce qui constituerait un unique motif de consultation.

Enfin, prenons Geneviève qui a indiqué comme motif sur le questionnaire préalable : « pace maker » et dont la consultation commence ainsi :

« P : Hé bé j'ai oublié de vous dire quelque chose alors je suis revenue.

M : Qu'est ce que vous avez oublié de me dire ?

P : Que je suis comme Félicie, j'ai des fuites, Félicie aussi ; alors quand j'éternue, que je tousse...

M : Oui, je ne comprenais pas pourquoi vous me parliez de fuites avec l'appareil à tension, je me disais qu'est ce qu'elle est en train de me dire. »

Geneviève porte effectivement un pace maker mais ainsi qu'elle le dit « se porte à merveille » et il n'est pas question de problèmes cardiaques pendant la consultation. En revanche, elle est venue avec son tensiomètre et est entrée dans le cabinet en le tenant à la main : « parce que moi je n'ai pas la tension que vous me trouvez » (supérieure aux seuils chez le médecin, inférieure chez elle), sujet qui s'avère au cœur de la consultation car Geneviève, ne se considérant pas hypertendue, voudrait arrêter le traitement.

Là aussi, dégager un motif et un seul de consultation est impossible.

De ces courtes présentations, retenons que la demande du patient peut correspondre au motif de consultation annoncé préalablement et se traduire effectivement en termes de renouvellement des traitements, de soin d'un problème de santé aigu... Mais elle peut également ne pas être entièrement contenue dans le motif, voire porter sur un autre sujet. Il est donc intéressant d'avoir en tête le motif de consultation affiché préalablement et surtout, de relever en quoi il en est question ou non pendant la consultation : par quelle autre demande est-il complété voire substitué, c'est-à-dire ce que découvre le médecin au fil de la consultation et comment il est question ou non d'hypertension. Ceci, d'autant que l'hypertension peut être affichée par le patient d'emblée et en clair comme motif de consultation sans que ce soit le sujet central de la consultation *a posteriori* ou au contraire,

qu'elle n'apparaisse pas clairement dans les réponses au questionnaire alors que la consultation s'avère centrée sur le sujet.

Si le motif ne permet pas de couvrir la complexité de ce pourquoi le patient vient consulter, la plainte constitue-t-elle une clé de lecture des consultations ?

LA PLAINTÉ ET LA DEMANDE

Dans la littérature sociologique, la notion de « plainte » est utilisée pour analyser la relation thérapeutique et ce qui se passe en consultation où il est considéré qu'il s'agit pour le médecin et le patient de s'accorder sur ce qui est désigné par la plainte et sur l'action à mener pour réduire le malaise éprouvé. Citons par exemple Nicolas Dodier (1993a) qui s'en saisit pour l'appliquer dans le cas de la médecine du travail. Il y caractérise deux manières d'agir en tant que médecin, d'élaborer son jugement sur des situations présentées par des salariés, selon que la plainte est considérée soit comme un symptôme de second rang, sorte de biais qui entrave le souci d'objectivité du médecin soit au fondement de l'action médicale¹⁵⁸. Dans ce second cas, le régime d'action du médecin est caractérisé par la « sollicitude clinique »¹⁵⁹ : le médecin prend alors acte du caractère subjectif du motif de plainte. Les analyses réalisées par ce sociologue portent notamment sur des situations de plainte dans lesquelles les consultants expriment un ressenti de douleur et en attendent une prise en compte dans une perspective de modification de leurs conditions de travail. L'expertise médicale s'élabore ici dans un contexte particulier, intermédiaire entre le salarié et l'employeur, parfois même endossant le rôle d'avocat (p177). C'est donc un contexte qui diffère de celui de la médecine générale libérale. Mais de cette analyse, retenons la distinction de la place accordée par le médecin dans l'élaboration de son jugement de la situation, à l'expression du patient : quand il s'agit d'appliquer les recommandations professionnelles, quelle est la place accordée au patient et à l'expression de sa demande ? C'est une question qui guidera la suite de notre analyse des consultations.

Dans l'analyse de Nicolas Dodier, un rapprochement est effectué entre plainte et douleur. C'est aussi sur la douleur que s'est penchée Isabelle Baszanger (1991) en s'inspirant également du travail d'Armstrong. Elle définit la douleur comme une « sensation privée irréductible à quelque objectivation que ce soit » (p31)¹⁶⁰ qui implique un travail de déchiffrement –selon ses termes- de la part du médecin. L'étude de deux centres hospitaliers de traitement de la douleur chronique qu'elle a réalisée lui a permis de définir deux modes de déchiffrement de celle-ci : « l'un qui lit la douleur à partir du corps, l'autre qui l'entend à partir du point de vue du patient » (p75).

¹⁵⁸ Il est fait alors référence aux travaux d'Armstrong (1984) qui emploie l'expression de « the patient's view » pour désigner la parole du malade et sa prise en compte dans la pédagogie médicale, en la posant comme facteur clivant des pratiques médicales. Le terme avait été utilisé auparavant par Freidson (1961).

¹⁵⁹ Cette sollicitude clinique diffère de la simple écoute, forme qui correspondrait à un contrôle total de la consultation par le patient.

¹⁶⁰ Archétype du symptôme selon Armstrong (1984).

C'est une approche que nous retrouvons et pouvons effectivement appliquer aux consultations observées dans lesquelles la douleur du patient et son traitement sont centraux dans la consultation. Ainsi, celle de Marc¹⁶¹ où le médecin adopte un régime de sollicitude clinique. Marc a eu un grave accident de la circulation plusieurs années auparavant et souffre depuis énormément d'un bras qui a été particulièrement lésé. Il vient à la suite d'une visite de médecine du travail où on lui a conseillé d'aller dans un centre anti-douleur, ce qu'il expose au généraliste. Avant de l'y adresser, le médecin l'interroge sur sa gestion actuelle de la douleur et de la prise de médicaments antalgique :

M : « Et qu'est ce que ça vous fait ?

P : Ben ça me calme le dos, ça j'ai vu que ça me calme alors ça, ça dépend si j'en prends un entier c'est vrai que le soir, que j'ai trop mal, je m'allonge et je peux être allongé jusqu'au lendemain mais en règle générale j'en prends une moitié, et c'est vrai que, alors c'est ce que je disais, oui, je peux dire que ça me calme.

M : Alors je voudrais bien, bien comprendre, quand vous dites ça me calme, vous voulez dire que vous pouvez dormir ?

P : Voilà que je peux dormir ».

Toutefois, si, de ces travaux précédemment cités, nous retenons l'idée de considérer l'expression du patient et comment elle est suscitée, prise en compte par le médecin et intégrée dans le cadre du raisonnement médical, une approche par modes d'agir du médecin selon la façon de traiter la plainte n'est pas la plus opérante pour les patients hypertendus suivis en médecine générale dans la mesure où, d'après les consultations observées et d'après la littérature¹⁶², la majorité des personnes ne se plaint pas de douleur liée à l'hypertension. Elle n'est pas un facteur clivant des pratiques médicales comme dans d'autres situations. Atteints d'un trouble sans symptôme visible, les hypertendus ne disent pas en souffrir, voire disent ne pas en souffrir, ou ne rien ressentir. Utiliser ici le terme de plainte risquerait de porter à confusion, d'orienter la compréhension des situations avec un présupposé non adapté à la consultation de patients hypertendus en médecine générale. De plus, il tend à renvoyer à la notion de vulnérabilité¹⁶³ du patient face au médecin et à une vision de la relation de soin focalisée sur son asymétrie, et non pas sur la négociation voire sur le contrôle, ne serait-ce que partiel, de la consultation par le patient, ainsi que le montre la posture générale adoptée dans cette thèse.

Le motif de consultation et la plainte constituent dans le présent travail des notions mobilisées de manière secondaire car leur portée analytique n'est pas la plus adéquate en situation d'hypertension en médecine générale où de façon notable, pour prendre des cas de figures usuels, le patient hypertendu peut venir consulter pour un autre problème de santé et se voir prendre une mesure de sa pression artérielle, ou encore venir pour un renouvellement de sa prescription de médicaments antihypertenseurs sans avoir de plainte à exprimer concernant l'hypertension.

¹⁶¹ Non inclus dans notre échantillon de travail car non hypertendu.

¹⁶² Se reporter au chapitre suivant.

¹⁶³ Voir Pierron, 2007.

Nous optons pour mobiliser en première instance le terme de « demande » en le saisissant *a priori* de manière très ouverte. Notre démarche consiste à parcourir les trente consultations de notre corpus afin de cerner et caractériser les différentes formes sous lesquelles elle apparaît dans les interactions observées. Ces formes de demande correspondent-elles à un type de relation médecin-patient ? En quoi sont-elles en lien ou non avec l'hypertension ?

2. Des formes de demande et des types de relation médecin-patient hypertendu

Nous distinguons quatre formes de demande du patient dans les consultations auxquelles sont associés des modes de relation entre le patient et le médecin. Elles agissent sur le déroulement de la consultation mais s'inscrivent également dans l'histoire de la relation de soin, notamment du suivi de l'hypertension.

UNE DEMANDE D'ÉCOUTE : QUAND LE MALAISE DOMINE, L'HYPERTENSION AU SECOND PLAN

Nous avons vu dans le chapitre précédent à travers les propos recueillis en entretien auprès des patients que l'écoute est un élément de jugement de la qualité relationnelle et qu'elle est un attendu fort et fréquent d'un patient envers son médecin généraliste. Ce qui ressort chez les patients de ce groupe est qu'il est des consultations où le patient exprime principalement –pour ne pas dire uniquement– une demande d'écoute, cette écoute qui fait partie des attendus fortement exprimés par les patients envers leur généraliste. Mais ici, la demande est prégnante et le médecin ne peut guère s'y soustraire. Elle est au cœur des échanges et influe sur l'orientation de la consultation. Dans ces cas, la demande du patient est de l'ordre de la plainte et la réponse premièrement attendue auprès du médecin est qu'il fasse montre de sollicitude.

Ainsi toute la consultation de Réjane se construit sur la plainte, non pas tant liée à des douleurs corporelles mais à du regret, voire de l'amertume. Si la consultation a lieu pour le renouvellement des médicaments, elle est aussi l'occasion de signaler « *les problèmes de ma tête* », qu'elle présente comme étant liés aux difficultés relationnelles qu'elle éprouve avec ses trois enfants : son fils qui vient de reprendre un logement personnel après deux ans de re-cohabitation avec elle et dont elle dit qu'il se montrait « *méchant* » ; sa fille cadette, infirmière travaillant avec des horaires décalées, qui habite toujours chez elle mais qui « *mange très très mal* » ce qui ne l'incite pas à manger elle-même équilibrée ; sa fille aînée, médecin urgentiste qui réside dans un département voisin, qui met une certaine distance avec sa mère et ses problèmes de santé et qui, rapporte Réjane en consultation ne « *trouve pas mieux que de me ramener des chocolat au Cognac* » d'un voyage, alors qu'elle est

diabétique, souligne-t-elle, interprétant le geste comme une provocation ou du moins un manque de considération envers elle-même et ses contraintes de santé. Le médecin écoute, la laisse parler, le plus souvent entretient le dialogue par des acquiescements, un ton neutre, cherchant à ne pas prendre position dans les relations entre Réjane et ses enfants dont elle connaît de toute évidence l'historique, demandant des nouvelles de chacun en les appelant par leur prénom :

M : « Les enfants, hein, c'est ça. Nicolas est toujours avec vous ?

P : Non ça y est-il est parti.

M : Ah.

P : Là je vais pouvoir me reposer.

M : D'accord, parce que là il est resté combien ? Deux ans au moins ?

P : Deux ans mais alors vraiment là...

M : Et Sophie ?

P : Sophie, elle est toujours chez moi.

M : Et ça se passe à peu près bien ?

P : Hé bé là ça se passait mieux, avec son frère ça se passait mieux.

M : Oui.

P : mais c'est après moi qu'il en avait.

M : D'accord et vous disiez Catherine vous la voyez pas trop ?

P : Ah non.

M : Tenez, installez-vous. Mais elle passe de temps en temps quand même ?

P : Oui elle est venue il y a pas longtemps.

M : Oui ».

Tout en poursuivant les échanges à propos des enfants, le médecin avance dans l'examen clinique, glissant des consignes « installez-vous », « mettez vous à plat », « ne parlez plus ». Réjane obtempère en poursuivant ses propos. A ce niveau de la consultation –l'examen clinique-, le travail médical se réalise en même temps que le travail d'écoute. Le passage sur la balance –qui indique un net surpoids que reconnaît Réjane- est l'occasion pour le médecin de glisser l'idée d'une cure dans un centre d'amaigrissement, proposition immédiatement rejetée par la patiente sous prétexte que sa fille cadette y travaille, bien que ce soit dans une autre unité du centre et qu'il y a fort peu de chance qu'elles se rencontrent.

M : « Effectivement on va passer sur la douloureuse.

P : Je vais enlever mes chaussures.

(rires)

M : Au moins ça !

P : oui, ça fera un petit peu moins, mais je vous dis... C'est une catastrophe...

M : 91,400 mais vous êtes habillée, allez.

P : Ben je vous ai dit chez moi je fais 90.

M : Oui effectivement il y a...

P : C'est une catastrophe.

M : Une prise de poids très nette.

P : Pourtant je fais du sport en ce moment.

M : Oui

P : J'ai pu regarder le tennis.

M : Eh oui !

(rires)

M : Si c'est ce sport-là effectivement, mais vous ne marchez pas un peu ?

P : Eh bien ça me dit rien d'aller marcher.

M : Moins qu'avant ?

P : Parce que..... dès que je pars, j'ai envie de...

M : De ?

P : Les vannes s'ouvrent.

M : Ahhh, quand vous partez plutôt, pardon quand vous parlez ?

P : Oui.

M : Et vous risquez de rencontrer quelqu'un, c'est ça ? Ah ça c'est dommage ».

Quand le médecin poursuit dans sa tentative d'action sur le poids de Réjane en lui suggérant la marche, celle-ci explique le risque auquel elle serait alors exposée : laisser éclater ses émotions. Le médecin arrête là le sujet et ramène la conversation sur le renouvellement des traitements. Elle se poursuit sur ce terrain sans heurt.

Concernant le suivi de l'hypertension, la prise de tension est effectuée, les traitements sont renouvelés, le facteur de risque « poids » est confirmé mais le travail préventif tenté par le médecin s'est retrouvé rejeté par la patiente du fait de ses problèmes personnels.

Une autre consultation, celle avec Michèle, est exemplaire d'une demande d'écoute du patient et d'un régime de sollicitude de la part du médecin.

L'examen clinique est réalisé, des examens complémentaires sont prescrits :

(Marie-Pierre se lève et se dirige vers la table d'examen. Michèle suit, avec difficulté pour se lever et monter sur la table)

M : « Au bas-ventre ça fait mal, c'est pas, hein, c'est, c'est la première fois ?

P : Ici ça fait plusieurs fois.

(...)

M : Il faut faire un examen d'urine.

P : Oui.

M : J'aimerais que vous fassiez une échographie aussi...effectivement... » (grimace)

(...)

Les médicaments sont renouvelés. D'ailleurs Michèle a amené la liste établie lors de son séjour en clinique « *parce que ça a changé* », explique-t-elle.

Mais sur la demi-heure que dure la consultation, une grande part est consacrée à la discussion concernant les problèmes de la patiente au sujet desquels le médecin s'enquiert à l'instar des extraits suivants :

- A propos de son couple

M : « Oui, et avec Yves (son mari), c'est toujours pareil ?

P : C'est pire là.

M : C'est pire ? C'est-à-dire ? »

- Et à propos de son statut socio-professionnel

P : « J'ai été convoquée parce qu'ils refusent la longue maladie.

M : Oui.

P : Alors c'est ou je reprends le travail ou c'est la disponibilité ou alors c'est l'invalidité.

M : D'accord.

P : Voilà ils refusent la longue maladie ».

Michèle est dans une grande souffrance mentale et physique qu'elle exprime lors de cette consultation de renouvellement de ses traitements qui a lieu à la sortie d'un séjour de plus de deux mois en clinique psychiatrique. Les termes exprimant la souffrance sont nombreux en consultation (nous relevons vingt cinq fois l'expression « avoir mal »). Nous observons le médecin faire preuve d'une empathie marquée envers Michèle qu'elle connaît depuis longtemps, empathie qui se traduit même dans sa posture physique, penchée vers elle, en souci de proximité physique.

Elle s'enquiert en tout début de consultation d'une sortie prévue quelques jours plus tôt dont elle était au courant :

M : « Est- ce que au moral ça fait du bien ? Est-ce que vous êtes un peu plus sortie depuis qu'on s'est vu ?

P : Ah non pas du tout.

M : c'est vrai ?

P : Non, dommage.

M : Et est-ce que vous recevez des visites ?

P : Ben hier j'ai été chez le dentiste, c'est tout ».

A la prise de poids (plus de 92 kg pour 1m68), le médecin esquisse une proposition, alliant visite chez le kinésithérapeute et petite activité physique :

M : « Vous voyez pour une fois c'est pareil, 92,600 (Michèle venait de signaler qu'elle s'était pesée chez elle le matin même).

P : Ben oui.

M : Dites-moi, aller chez lui ça ferait pas très loin ?

P : Il me plaît pas.

M : Pardon ?

P : Il me plaît pas.

M : B. ?

P : Non.

M : Ah pourtant il est super, mais c'est peut-être ses méthodes qui ne sont pas...

P : Non et puis il est violent, il fait mal au dos.

M : Ah bon ? J'avais l'impression qu'il était très doux au contraire.

P : Ah non il me fait mal au dos à chaque fois qu'il me touche.

M : D'accord et alors si on faisait à domicile ?

P : Oui mais pas en ce moment, on attend un peu parce que c'est le bordel chez moi ».

S'ensuivent des échanges sur la difficulté de bien tenir un intérieur « *avec trois garçons à la maison* » (son mari et ses deux fils d'une vingtaine d'années), puis il est question du psychiatre qui va suivre Michèle. De toute la consultation, il n'est jamais question clairement de l'hypertension : la tension artérielle est prise mais les chiffres sont au deçà du seuil et ne font l'objet d'aucun commentaire ; le traitement est renouvelé mais aucun médicament anti-hypertenseur n'est nommé spécifiquement.

Face à ces patients (patientes en l'occurrence) pour lesquelles la dimension relationnelle avec leur généraliste est importante voire essentielle, le médecin (une des deux médecins femmes de notre échantillon) est dans un travail d'équilibre entre écoute et suivi technique. Le médecin adopte un régime de « sollicitude clinique » (Dodier, 1993a), qui dépasse une posture de simple écoute. L'hypertension n'est pas nommée, elle n'est pas abordée comme un problème premier à traiter, comme effacée derrière la souffrance psychologique. Le médecin assure les recommandations « techniques » (prise de tension et prescriptions) mais il ne parvient pas à faire aboutir une quelconque action préventive qui se retrouve évincée par ses difficultés exprimées par la patiente.

UNE DEMANDE MINIMALE : DES PATIENTS QUI S'EN REMETTENT AU MEDECIN, UN COMPROMIS SUR LE SUIVI TECHNIQUE DE L'HYPERTENSION

Cette deuxième forme de demande émane de patients venus pour une consultation entrant dans le cadre du suivi de l'hypertension, parfois également d'une autre pathologie chronique (notamment le diabète). La consultation fait partie d'une prise en charge organisée avec des rendez-vous réguliers, fixés par avance. L'objectif principal est de renouveler les traitements, de faire part des résultats d'examens médicaux ou d'en prescrire. Nous relevons en début de consultation, des déclarations du patient telles que : « *on n'a plus de drogue* » (Albert), « *c'est pour renouveler les médicaments* » (Gaston), « *c'est pour une consultation de contrôle euh de chaque trois mois* » (John), « *bon ça c'est l'électrocardiogramme, le reste c'est ce qui a été fait il y a 8 jours* » (Marthe)...

Le patient n'exprime pas, ce jour-là, d'autre demande que celle-ci : il vient « parce qu'il a rendez-vous » pourrait-on dire, sans attendre plus de la consultation, sans avoir autre chose à exprimer.

Un indicateur de demande minimale est l'absence ou le peu de questions formulées par le patient pendant la consultation. Le temps de parole du patient est assez court, il répond brièvement aux interrogations du médecin, notamment sous forme d'un « oui » ou d'un « non ».

De plus, on relève dans ce groupe de patients, divers propos qui dénotent un sentiment de ne pas avoir prise sur son état de santé tels que l'expression « *on fait avec* » (Gabriel), sentiment qui va de pair avec une minimisation des risques de santé encourus : « (le diabète) *je sais qu'en général ce n'est pas méchant* (Albert) ». Pour ces patients, contre ses problèmes de santé, on ne peut rien, ou pas grand-chose, même si on a eu recours à l'action

médicale, il reste des symptômes dont on ne peut se débarrasser, comme les douleurs articulaires :

P : « Ah mes douleurs, je les ai toujours, la hanche et le, et le pied, ça passera pas ça j'ai eu une opération.

M : Ah oui.

P : Une prothèse, j'ai eu une prothèse de la hanche ».

Aux yeux de ces personnes, le contrôle de leur santé ne dépend pas d'eux, ils s'en remettent au médecin pour le diagnostic et le traitement et se montrent attentifs au suivi des prescriptions¹⁶⁴. En revanche, ils sont réticents à modifier leurs habitudes de vie au regard des règles hygiéno-diététiques recommandées : réduire leurs apports caloriques, pratiquer plus d'exercice physique ... Ce n'est pas par mauvaise volonté ou par opposition au médecin, d'ailleurs ils pensent faire des efforts en la matière, mais leurs références de ce qui fait « bien manger » ou « faire de l'exercice » ne sont pas celles des normes médicales¹⁶⁵. Voilà ce que répondent Albert et Paulette, avec sincérité, à leur médecin :

M : « Par exemple qu'est ce que vous avez mangé ce midi ?

Paulette : Hein ?

Albert : Aujourd'hui euh... une salade d'endives.

M : Oui.

Albert : De la salade.

M : Et après, la salade d'endives ?

Paulette : Un morceau de jarret, un bout de fromage et puis c'est tout.

M : Oui, du fromage et une pomme, et voilà (après un petit temps de silence) et le soir...

Paulette : Le soir on ne mange pas !

Albert : Un peu de potage.

Paulette : Presque pas.

Albert : Un bout de fromage, un fruit et puis ça y est ».

Des expressions « et puis c'est tout » ou « on ne mange pas » signalent le sentiment du « peu » en matière de repas pris, comparativement aux repas de famille qui sont par ailleurs signalés que l'on peut aisément imaginer copieux, à l'image des grandes tablées d'antan et qui perdurent dans certains milieux, comme celui d'Albert et Paulette (petits artisans de milieu rural, attachés aux valeurs familiales).

Comment donc se déroule une consultation avec des patients exprimant une demande minimale ?

Pour répondre à cette question, nous proposons de développer l'exemple de Gabriel, emblématique de ce cas de figure.

La consultation s'ouvre ainsi :

¹⁶⁴ Un mode de rapport au monde et à la santé fréquent chez les personnes des classes populaires, ainsi que cela a été travaillé dans le cadre du projet Intermède (Lang et al, 2011)

¹⁶⁵ D'ailleurs Albert est en très net surpoids : 77 kg pour 1m60

M : « Comment allez-vous M. Gabriel ?

P : Oh ça va.

M : Ca va ?

P : Oui.

M : D'accord je vous prends la carte vitale.

P : Oui je vous la donne, après on verra, ensemble là, parce qu'il va falloir me donner un rendez-vous, parce que là, parce que le prochain que j'ai c'est au mois d'août, ça me fait trop loin. »

Face à la première réponse de Gabriel dite sur un ton peu convaincant, le généraliste pose une seconde fois la question. La réponse est à nouveau évasive. Le médecin arrête là et passe à un acte administratif (enregistrer la carte vitale) alors que Gabriel se soucie déjà du prochain rendez-vous. S'ensuivent alors des échanges sur l'organisation du prochain rendez-vous, un aspect sur lequel Gabriel se montre attaché comme tout ce qui relève de l'organisation de son suivi médical ainsi qu'il l'indique la suite de la consultation.

Le médecin s'enquiert ensuite auprès de Gabriel s'il a quelque chose à signaler :

M : « Voilà... donc pas de problème particulier aujourd'hui ?

P : Non. »

La réponse est courte et claire. Pourtant nous remarquons de forts tremblements dans les mains de Gabriel qui paraissent bien handicapants. Il n'en parlera pas de toute la consultation. Ce n'est qu'à la fin, observant Gabriel ayant beaucoup de mal à sortir l'argent de son portefeuille, que le médecin fait remarquer :

M : « C'est dérangent pour vous hein ?

P : Oui un peu mais enfin, on fait avec.

M : Oui, obligé.

P : On s'habitue finalement, mais enfin c'est gênant.

M : On s'adapte, on va dire hein.

P : Oui, oui.

M : On s'adapte...

P : ...pas, on s'habitue ».

Cet échange dénote bien le peu de prise que Gabriel estime avoir sur sa santé : en entretien, il précisera qu'« on ne peut rien faire » contre ces tremblements dont il ne sait pas en dire la cause. Un premier traitement a été tenté et arrêté du fait d'effets secondaires. Maintenant, Gabriel dit préférer « rester comme ça et ne pas avoir d'autres problèmes ». Il est dans une posture de « faire avec », ce qu'il formule en « on s'habitue ».

Nous assistons lors de la consultation observée à la prescription d'examen biologiques (glycémie, dosage de thyroïde, examen d'urine), au renouvellement de ses traitements (la liste est longue), mais Gabriel sait parfaitement ce dont il a besoin ou pas, ainsi que le montre l'extrait suivant :

M : « Ok.... alors on est parti... glycémirex, sérétide non ?

P : Non, non, non

M : Par contre fluosénide ?
P : Oui
M : Cotareg, glycémirex ?
P : Oui
M : Sérétide j'enlève, vous l'utilisez pas du tout en ce moment ?
P : Non.
M : Que quand vous avez besoin ?
P : Oui, oui, non, non
M : D'accord, adalix ? ah oui.
P : Oui.
M : Cordarone.
P : Oui.
M : Et ...
P : Des lances, non j'en ai.
M : Des bandelettes ?
P : Non c'est bon aussi ».

Pour ce suivi technique, Gabriel se montre coopératif, voire demandeur : « *que je sois équipé pour les vacances* » (nous sommes en juin). Sur ces questions, l'interaction avec le médecin est sous le signe d'une certaine coopération ou du moins d'un accord mutuel : le médecin interroge sur ce qui a été fait ou propose de mettre à jour, le patient répond sans hésitation, acquiesce.

Mais dès que le généraliste tente d'aborder ce qui relève du mode de vie, la nature de la relation change : elle passe, de l'accord partagé, au doute de la part du médecin et à la réticence du patient. Gabriel qui est également diabétique n'a pas amené son carnet de suivi et le médecin se montre sceptique quand il dit que sa glycémie est globalement dans les normes médicales : « *dépasser oui, un petit peu ça m'arrive mais bon en moyenne hein ...* ». Une certaine perplexité du généraliste transparait aussi quand Gabriel dit ne pas manger beaucoup : « *vous ne faites plus de bons repas ou vous ne faites plus les glycémies ?* » parce que « *vous ne maigrissez pas quand même* »¹⁶⁶.

Cette consultation illustre une situation dans laquelle la demande du patient est minimale, limitée au suivi médical restreint au domaine thérapeutique et prescriptif. Le patient vient aux consultations, fait ses examens complémentaires, consulte les spécialistes indiqués mais n'est nullement en demande de conseils hygiéno-diététiques, voire manifeste une réticence à les écouter, malgré la présence de plusieurs pathologies et facteurs de risque, pour reprendre la terminologie médicale. Ici, face à Gabriel, le médecin a comme posé les armes dans le souci de maintenir un lien entre eux et opte pour accepter la demande telle que le patient la formule, même de manière minimale, tout en signalant qu'elle n'est pas dupe ainsi qu'elle l'explique en entretien : « *j'ai vraiment essayé, vraiment, j'y suis revenue et puis à un moment j'ai dit non, non, il écoute pas quoi, c'est pas la peine (...)* en même temps je me dis ça ne sert à rien de faire des reproches si ce n'est, carrément, mettre une mauvaise relation entre nous ». Les tentatives passées d'action de prévention des

¹⁶⁶ Gabriel déclare un poids de 90 kg pour 1m70

facteurs de risque cardio-vasculaires n'ont pas abouti à une transformation des habitudes de vie de Gabriel. Pour le médecin il est inutile de s'escrimer à poursuivre dans ce sens, voire néfaste. Car dégrader la relation est le risque majeur à éviter pour le médecin car il signifierait rupture de suivi et donc impossibilité de toute action. Mieux vaut accepter le compromis sur le suivi technique. On observe le médecin agir avec précaution, cherchant à ne pas braquer le patient contre lui et perdre toutes ses chances de pouvoir l'amener à un comportement préventif. L'action du généraliste ne peut se réaliser et se poursuivre, même de façon restrictive, qu'à condition de respecter les limites posées implicitement par le patient. Le médecin est alors dans une position de compromis entre respect des recommandations professionnelles et respect de ces limites.

UNE DEMANDE OUTILLÉE : DES PATIENTS QUI VIENNENT NEGOCIER LEUR TRAITEMENT CONTRE L'HYPERTENSION

Autre type de situation de demande : des consultations placées sous le sceau de la négociation, à l'instar de celle de Charles et Geneviève qui viennent négocier leur traitement médicamenteux, tensiomètre en main : leur questionnement principal est de savoir si les chiffres qu'ils relèvent eux-mêmes chez eux sont fiables ou non. Derrière cette question, ce qui est en jeu est le maintien ou la modification de leur traitement contre l'hypertension.

Charles voudrait garder son traitement, or il vient après un bilan cardiologique réalisé par un spécialiste qui, au vu des résultats, préconise de le modifier. La conversation s'ouvre sur : « *j'ai de la correspondance à vous remettre* ». Charles a déjà subi des effets secondaires d'anti-hypertenseurs et préfère garder celui qu'il a actuellement qu'il supporte bien : « *le Témérit, je l'accepte, il passe bien* » explique-t-il au début de la consultation. Il a réussi à négocier avec le cardiologue de maintenir ce produit mais à condition de le compléter par un autre qu'il avait précédemment pris et arrêté car il le supportait mal. Le spécialiste propose de diminuer la dose de moitié.

Charles arrive donc ce jour-là, équipé de la lettre du cardiologue qu'il remet dès son arrivée au généraliste chargé d'établir la prescription qui la lit en partie à voix haute : « *permettra de diminuer le traitement sans effet secondaire majeur (...) tout en continuant le Témérit (...) je pense que cette adjonction permettra d'équilibrer* », une lecture entrecoupée des explications de Charles : « *il m'a dit bon, ben on arrête le Nisisco et on passe au Nisis (...) et au bout d'un an, je me retrouve presque à la case départ (...) alors il m'a fait revenir au Nisisco avec une dose (...) moindre* ». La demande du patient est posée.

Charles n'est pas venu qu'avec le courrier du cardiologue, il a amené son tensiomètre en expliquant : « *je me demande si c'est fiable, parce qu'avec ce petit appareil, je ne dépasse pas le 13* ». Le raisonnement de Charles est le suivant : soit son tensiomètre n'est pas fiable et les chiffres du bilan cardiologique sont corrects, ce qui signifie que son hypertension n'est pas contrôlée et que le changement de traitement est nécessaire, soit son tensiomètre est

fiable, ses montées de tension sont liées au stress de la situation de mesure en milieu médical et alors il n'est pas nécessaire de modifier son traitement. Il explique qu'il a fait l'expérience de la variation de ses chiffres tensionnels :

P : « Dès que j'arrive à la clinique, je suis à 18.

M : Oui.

P : Dès que je suis un petit peu sur le trottoir, ça descend ».

Après ces premiers échanges, alors que le médecin est au téléphone, Charles sort son tensiomètre et l'applique à son bras, devant l'éventuelle démarche de la généraliste. L'appareil indique une tension élevée : « *ah, c'est la première fois, 18,1, ah, c'est un, c'est un record pour l'appareil* ». A la découverte de ces chiffres qui tendent à confirmer le besoin de modifier le traitement, Charles se dit toutefois rassuré sur la fiabilité du tensiomètre. Puis le médecin réalise un rapide examen clinique, prend à son tour la tension qui se confirme à des chiffres comparables, puis passe à la prescription, objet au cœur de la négociation du jour :

M : « Quand on se revoit pour le renouvellement des trois mois, comme ça on vérifie si ça vous convient...le...le traitement, hein, le Nisisco ?

P : Non, c'est pas... c'est le mardi 27...juin (consulte son carnet).

M : Juin, d'accord et on est...non c'est bon, presque dans un mois.

P : Oui.

M : Et voilà...et puis...Le 27 juin, on fait...oui, si on le garde, vous êtes d'accord ?

P : Oui, bien sûr, oui.

M : Et le 27 on fait le point, on voit si le Nisisco vous va bien ?

P : D'accord ».

Le généraliste suit donc l'avis du cardiologue, en modifiant le traitement de Charles mais en lui proposant sous forme de test pendant un mois, d'ici le prochain rendez-vous, ce qui permet de composer avec sa demande. Charles paraît d'accord. Un peu plus loin, le médecin confirme, en établissant la prescription. La discussion est relancée par Charles sous le couvert de faire coïncider les différentes prescriptions :

M : « Ok c'est d'accord, donc là je marque le Nisisco.

P : Parce que là j'ai une ordonnance pour...trois mois.

M : Oui...

P : J'ai pris le premier mois, je suis en cours.

M : Voilà.

P : Et alors, là, vous allez me donner une ordonnance pour combien de mois ?...pour le Nisisco ?

M : Pour un mois puisque dans un mois on se revoit.

P : Ah ok...d'accord.

M : C'est ok ?

P : Oui, oui.

M : Oui ?

P : Parce que j'aurais voulu avoir...après repartir avec les quatre médicaments en même temps ».

Le médecin assure que « *le mois prochain, on remet tout à plat* » et conclue la consultation là-dessus. Elle aura duré près d'une demi-heure soit le double du temps moyen et aura été largement occupée par de la négociation sur le traitement, objet de la demande, non prévisible à travers le motif de la consultation (faire part du bilan cardiologique), chiffres à l'appui, ceux contenus dans le bilan cardiologique et ceux relevés pendant la consultation avec le tensiomètre du patient et avec celui du généraliste.

Dans le cas de Geneviève, l'enjeu principal de la consultation, pour elle, est d'être reconnue comme n'ayant plus besoin d'être traitée contre l'hypertension. Elle entre dans le cabinet, brandissant son tensiomètre, bien décidée à montrer à son généraliste que ses chiffres tensionnels sont corrects et que s'ils sont plus élevés en consultation, c'est une erreur : « *je vous porte ça parce que moi je n'ai pas de tension que vous vous me trouvez toujours 15* ». Elle précise, en s'appuyant sur les chiffres mémorisés dans son appareil : « *10, pendant trois jours, j'avais 10* ». Selon elle, elle n'est plus hypertendue depuis qu'elle a un pacemaker et par conséquent, elle n'a pas à poursuivre un traitement antihypertenseur : « *bon alors j'ai plus de tension, je prends plus de cachet pour la tension* ».

Pourtant, la première demande qu'elle exprime porte sur un autre sujet :

P : « Hé bé j'ai oublié de vous dire quelque chose alors je suis revenue.

M : Qu'est ce que vous avez oublié de me dire ?

P : Que je suis comme Félicie, j'ai des fuites, Félicie aussi. Alors quand j'éternue, que je tousse... ».

Le médecin ayant remarqué le tensiomètre, fait remarquer :

M : « Oui (rire étouffé) je ne comprenais pas pourquoi vous me parliez de fuites avec l'appareil à tension, je me disais qu'est ce qu'elle est en train de me dire (elle tient dans la main son appareil à tension).

P : Non, non, non, non, regardez pas ça, regardez pas ça (l'appareil à tension).

M : Des fuites en éternuant ?

P : Parce que maintenant si ça commence à lâcher, ça lâchera davantage voyez ? Je vous porte ça parce que moi je n'ai pas de tension que vous vous me trouvez toujours 15.

P : Non mais si c'est l'appareil c'est le vôtre qui déconne.

M : C'est pas vrai !

P : C'est le mien qui a raison, ah ça c'est la mémoire d'accord, bon on va prendre avec le mien et avec le vôtre hein ? (ton de plaisanterie des deux. Elle lui tend l'appareil et il consulte les derniers résultats)

M : Hein ?

P : On prendra avec les deux ».

Dans cet extrait, les deux objets de demande de Geneviève sont exprimés : les fuites urinaires et l'état de la tension artérielle, autrement dit le diagnostic d'hypertension artérielle.

Puis, le généraliste s'enquiert d'une éventuelle autre demande à traiter :

M : « Allez à part les fuites, dites moi ?

P : Hé bé à part les fuites, hé bé je suis venue l'autre jour ça va, je me porte à merveille ».

Geneviève n'a rien de plus à formuler, sauf le fait de souligner qu'elle se sent en bonne santé, elle ne se considère pas malade, touchée par l'hypertension.

Vient l'examen clinique qui commence par une pression de tension avec le tensiomètre de la patiente :

M : « Combien vous avez ? (elle lit sur son appareil)

P : 14, j'ai toujours 15 ici.

M : Oui ça c'est pas gênant, que moi j'ai un poil de plus c'est pas un problème ça, bon alors j'ai plus de tension, je prends plus de cachet pour la tension ».

Suit la prise de tension par l'appareil du médecin qui confirme les premiers chiffres relevés :

M : « Allez... 14

P : Vous voyez bien...

M : Votre appareil il marche.

P : Vous voyez bien que je n'ai pas de tension ».

Que répondre à Geneviève, convaincue de ne plus être hypertendue ? Le médecin finit l'examen clinique en contrôlant la vessie de la patiente puis retourne à son bureau pour établir la prescription. Il propose d'arrêter un des deux remèdes que prend Geneviève contre l'hypertension :

M : « Donc on arrêtera l'Avocardine.

P : Je le prends pas du tout ?

M : Non puisque chez vous vous avez moins de tension que chez moi, vous... ».

Le généraliste nous expliquera après la consultation que Geneviève « a une tension qui monte et qui descend, qui est très variable (...) on a contrôlé, son appareil est comparable au mien donc on peut se baser sur les chiffres qu'elle a chez elle qui risquent d'être assez différents de ceux qu'elle a chez moi, donc ça c'est, peut-être, une fausse hypertendue, dont si elle revient avec des chiffres aussi bas que ceux qu'elle vous a dit tout à l'heure, il faudra arrêter le traitement ; alors, j'ai lui en ai déjà arrêté un que en fait on lui avait donné pour le tremblement et qui est un hypotenseur ».

Le test effectué pendant la consultation est allé dans le sens d'un doute qu'il avait lui-même. Supprimer un des traitements est un compromis permettant de répondre à la demande de Geneviève tout en s'accordant un temps pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

Au travers ces deux exemples, ce qui est pointé est la négociation engagée par le patient sur le traitement et le diagnostic d'hypertension, en prenant appui sur les résultats des tensiomètres. Nous y voyons comment le médecin trouve une réponse qui permette de satisfaire le patient tout en poursuivant un suivi médicamenteux de l'hypertension. Nous reviendrons, dans le chapitre suivant, sur l'usage des chiffres tensionnels en consultation et comment ils orientent ou non l'action médicale dans le sens des recommandations de bonne pratique.

UNE DEMANDE IMPOSEE : DES PATIENTS QUI CONTROLENT LA CONSULTATION, UNE RELATION TENDUE

Enfin, une quatrième forme de demande qui se dégage des observations est celle émanant de patients qui dirigent les échanges, prennent le contrôle de la consultation. Ce sont eux qui « mènent le jeu » pendant la rencontre ; le médecin se retrouvant essentiellement en position de prescripteur, sous les ordres du patient.

« *C'est elle qui a la direction, sans, sans négociation possible* » dit le généraliste de Janine (85 ans), qui vient au moins tous les trois mois pour le renouvellement de ses traitements et qui revient à chaque fois sur différentes douleurs dont elle souffre dont une douleur « hémifaciale » qu'il n'arrive pas à soulager et face à laquelle il se sent à chaque fois mis en situation d'échec. Janine ne se positionne pas dans une demande d'écoute, comme Michèle ou Réjane mais dans l'explicitation de ses symptômes, commente les propos tenus précédemment par des médecins en y ajoutant ses propres explications et détaille des traitements reçus et qui n'ont pas réussi à la soulager. Janine est une femme qui sait ce qu'elle veut quand elle vient voir son médecin, elle se fait prescrire ce dont elle a besoin, elle connaît bien son traitement.

A peine entrée et avant même que le médecin ne lui demande l'objet de sa venue, Janine lui présente : « *Les radios de Mme (spécialiste)* ». Avant toute réponse, le généraliste va chercher le dossier de la patiente dans lequel il prend le courrier reçu de sa confrère qu'il lit à voix haute :

M : « Alors 9 juin, voilà : 'alors je veux vous remercier etc. madame G douleurs, donc, du crâne à gauche et des douleurs dans le bas du dos'.

P : Elle a dit comme vous.

M : Plutôt à gauche.

P : Elle a dit comme vous que c'était pas la hanche, que c'était les tendons.

M : D'accord

P : Vous allez voir.

M : (suite de la lecture) 'associé à des douleurs externes de la hanche et plus récemment des douleurs du pied du même côté, tout à gauche'.

P : Tout à gauche, alors ah ben dites donc, oui, il est encore enflé, ben dites donc, elle m'a dit docteur André m'a pas parlé du pied, mais j'ai dit il pouvait pas vous en parler, docteur, ça m'a pris il y a cinq jours

M : Ah oui, donc c'est nouveau ça !

P : Je pouvais pas marcher, même dans mon lit.

M : La nuit est-ce que vous aviez mal ?

P : Mais oui, alors elle pense que c'est de l'arthrose ou...

M : Alors je continue : 'les douleurs, donc, de la moitié du crâne à gauche sont anciennes' ».

La consultation dure près d'une demi-heure sur un ton nettement moins amical que dans d'autres situations observées. Nous ne sommes pas dans une relation de confiance mais de mise à l'épreuve des compétences. Le médecin, sur une position défensive, tente de faire face à la patiente en l'interrogeant et en pratiquant un examen clinique minutieux des différentes zones douloureuses. Il n'est question de l'hypertension que de manière très brève au moment du relevé tensionnel. Le généraliste se dit satisfait :

M : « Ca reste toujours pareil, 15-7 c'est parfait.

P : Oui, c'est-ce que j'avais vendredi.

M : D'accord ah vous l'avez fait prendre.

P : Ben on a l'infirmière le vendredi.

Cherchant à vérifier toutefois un facteur de risque associé, il interroge :

M : « Ah d'accord et est-ce que vous êtes, quelques fois, un peu essoufflée quand vous marchez ? ou quand ?

P : Non, non, non, non c'est mal que je peux pas me lever, que je peux pas c'est mes douleurs quoi ».

La réponse de Janine ramène la conversation sur ses douleurs et c'est ainsi qu'elle se poursuit.

Le renouvellement des prescriptions est effectué mais aucune proposition du médecin ne trouve écho, à l'image du moment où il conseille à Janine de prendre une canne qu'elle refuse de manière véhémement. Le médecin n'insiste guère, estimant certainement en lui-même que c'est peine perdue. Face à cette patiente, faisant preuve d'autonomie et d'autorité devant lui, le médecin est dans l'incapacité de faire passer des conseils. La prise en charge de l'hypertension, comme des autres problèmes de santé de la patiente, ne peut être réalisée que dans des modalités qui la satisferont.

Nous rencontrons typiquement le même type de relation entre Marceline et son médecin. La consultation se déroule dans une succession de demandes auxquelles le médecin est sommé de répondre. Là aussi la consultation dure une demi-heure.

Le début de consultation a pour motif annoncé le renouvellement des nombreux traitements de Marceline, alors âgée de soixante et un ans. En salle d'attente où nous attendons toutes les deux l'arrivée du médecin, elle se présente comme « *un cas* » et nous parle pêle-mêle d'une ostéoporose fracturaire précoce (à vingt trois ans), de diabète et d'hypertension (depuis sa grossesse), de la naissance difficile de son fils, de cancer du sein, de kystes aux reins et ailleurs et diverses manifestations secondaires de ces pathologies. Quand elle entre dans le cabinet, elle commence par signaler au médecin qu'il lui faudrait un podologue puis enchaîne expliquant :

P : « Au sujet du renouvellement, je suis partie très très très fatiguée à Luchon.

M : Oui.

P : Bien, la deuxième semaine, d'habitude, c'est à la fin, la fin de la première semaine j'ai eu une trachéite ».

Cette trachéite devient un thème qui prend une place importante dans la consultation, au milieu de diverses autres demandes de prescriptions. La façon dont il en est question est emblématique des interactions observées entre elle et le généraliste.

Lors de son séjour thermal (à Luchon), elle consulte un médecin :

P : « A un moment il me dit : 'ça c'est chronique', attends chronique, vous le sentez que j'ai quelque chose ?

M : Oui, oui, oui ».

Mettant en doute, le diagnostic médical, elle décide d'aller plus loin dans l'investigation :

P : « Alors j'ai fait une deuxième radio du poumon comme vous me l'avez conseillé.

M : Oui ».

Mais ce ne serait pas tant pour son confort que celui de son mari :

P : « Et j'aimerais savoir pourquoi cette toux, cette toux elle ennuie plus mon mari que moi parce que maintenant j'en ai l'habitude moi ».

Le généraliste avance une explication. Ce serait un effet secondaire du traitement antihypertenseur, le sujet aurait déjà été abordé :

M : « D'accord, c'est le Co-Rénitec, hein, il y a pas à dire.

P : C'est le Co Rénitec, bon d'accord. Par contre il y a quelque chose qui m'avait fait beaucoup de bien une fois, parce que vous me soignez... »

Marceline a beau dire qu'elle est d'accord avec cette explication, elle s'apprête à demander un traitement spécifique :

M : « Non on en a parlé à plusieurs reprises, vous m'avez dit je vais supporter.

P : Mais peut-être que ça vaut le coup de changer là ».

Le médecin tente de négocier une modification du traitement mais Marceline reste sur sa demande de traitement symptomatique :

*P : « Vous me soignez toujours la suite de la trachéite parce que vous savez, chez moi, ça dure longtemps (...) alors maintenant j'aimerais que vous me le marquiez. Est-ce que ça pour ce que j'ai en ce moment, vous le voyez, ça me gêne, ça m'énerve, ça m'étouffe.
M : Oui et bien ? Est-ce que ça sera efficace ? ».*

Le généraliste tente d'émettre un doute mais cela ne suffit pas à contrer Marceline :

*P : « Et voilà.
M : oui, mais...
P : Moi, je pense que ça, ça m'est, ça m'est utile.
M : D'accord mais... ».*

La consultation se poursuit de la même façon. Le généraliste ne dirige à aucun moment les échanges et se contente le plus souvent d'agrèer les propositions de Marceline par des « d'accord » (environ cinquante occurrences), « oui » à « oui, oui, oui » (même volume hors association), « OK » (une dizaine d'occurrences) , « très bien », « tout à fait », seuls ou en combinaison... Les « oui, mais »... ou autres formules marquant une réserve sont très nettement plus rares.

Le médecin est débordé par les différentes demandes et par l'attitude de la patiente. Impossible de lui imposer quoi que ce soit mais il n'est aussi guère envisageable de s'opposer à elle à moins d'entrer dans de longues et âpres négociations, ce dont, d'expérience avec Marceline, le généraliste ne sent pas ni le courage ni le temps. Ici le changement de traitement anti-hypertensif est écarté par Marceline et renvoyé à la prochaine consultation. Marceline opère un choix : même si la toux provient du traitement actuel, elle préfère, au moins pour le moment, le garder plutôt que de risquer de voir sa tension augmenter à nouveau :

*P : « J'ai ma tension, vous vous souvenez, une fois qu'on a essayé plusieurs médicaments ça allait pas.
M : Oui.
P : Là elle va bien.
M : Oui mais...
P : Et oui mais attendez, si on va recommencer encore ma tension, elle va remonter.
M : Mais c'est comme vous voulez, mais c'est quand même gênant cette toux, moi, moi si vous voulez y rester, on y reste, hein il y a pas de problème.
P : Ecoutez, on y reste trois mois, on verra ça en septembre.
M : Ok je le note ».*

La patiente a fait son choix entre une tension plus ou moins contrôlée et des effets secondaires des traitements plus ou moins dérangeants. Le médecin, au terme d'une demi-heure de consultation, opte pour reporter une éventuelle négociation au prochain rendez-vous.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons exposé différentes formes de demandes exprimées lors des consultations observées. Elles s'avèrent révélatrices d'un mode de relation entre le médecin et le patient. Les analyses faites sous cet angle apportent un éclairage sur des raisons pour lesquelles la prise en charge de l'hypertension est plus ou moins en conformité avec les recommandations.

Face à une demande d'écoute forte du patient, le médecin répond par la sollicitude et le suivi technique de l'hypertension. A un patient en fragilité psychologique, tenir un discours sur le fait qu'il lui faudrait perdre du poids, manger plus équilibré, ne plus fumer, limiter sa consommation d'alcool est perçu non seulement voué à l'échec, mais aussi moralement déplacé. Le médecin n'avance que très prudemment sur cette voie qui n'est pas perçue comme prioritaire pour le patient.

C'est aussi au suivi technique de l'hypertension que s'en tient le médecin face à une demande minimale du patient. Cette attitude est adoptée de manière à préserver le lien entre eux et ne pas oblitérer une possible action préventive. Devant ces patients, une certaine indulgence est de mise car leurs exigences ou leurs références en matière de santé sont limitées ainsi que leur sentiment de pouvoir agir sur sa préservation voire son amélioration.

Dans les deux autres types de demande présentés, la consultation est orientée et remplie par un ordre du jour que le patient impose au médecin et qui laisse peu de place à toute autre action. Dans le cas de la demande outillée, le patient a quelque chose à négocier (le traitement antihypertenseur en l'occurrence) et est venu avec ses arguments (le tensiomètre). Le temps de la consultation est occupé à tester les appareils, à expliquer les chiffres et à trouver une réponse de compromis.

Dans la demande imposée, il n'y a pas, au contraire, de négociation. La relation avec le patient est sous tension : le médecin est dans une position de justification et d'obéissance aux injonctions du patient qui contrôle les échanges et oriente la consultation en fonction de ses demandes.

L'action du médecin est bien sous influence du patient, selon le type de demande exprimé en consultation, une demande à laquelle le médecin s'ajuste au nom de la relation avec le patient et en fonction de ce qu'il estime pour faire ou non avec lui.

Les différents ajustements observés montrent l'importance de l'inscription de la consultation observée dans une trajectoire de prise en charge médicale mais aussi relationnelle entre le médecin et le patient, passée et à venir. Ce que le médecin ne peut réaliser aujourd'hui avec lui, il le pourra peut être ultérieurement, du moins l'espère-t-il ainsi. S'il fait des écarts aux normes que sont les recommandations professionnelles, ce

n'est pas dans la crainte de perdre le client qu'il représente ainsi que l'analyse Freudson mais plutôt dans le souci de maintenir le lien avec lui et la possibilité d'agir avec lui. Du moins, c'est le cas des médecins de ce corpus qui ont une forte activité et une patientèle pour une part acquise depuis leur installation.

Chapitre VII

Savoirs profanes sur l'hypertension et rôle de malade

Dans le chapitre III, nous avons retracé l'histoire de l'hypertension : il y est souligné que c'est une définition biomédicale basée sur la mesure de la pression artérielle qui a prévalu dans sa reconnaissance comme problème de santé publique et dans l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques pour sa prise en charge.

Cette perspective tend à imputer, sur la base des données épidémiologiques qui déterminent les facteurs de risque, une responsabilité individuelle du fait d'un comportement de vie non conforme aux règles hygiéno-diététiques préconisées par les milieux de la santé.

Nous avons conclu ce chapitre sur divers aspects de l'hypertension qui posent question. Les recommandations de prise en charge de l'hypertension ne prennent nullement en compte le point de vue du patient ni l'expérience de la maladie par la personne suivie. Or la façon dont on ressent une maladie et dont on vit avec elle n'est pas sa conséquence sur la façon dont on va se soigner et suivre les conseils médicaux.

Nous proposons ici de nous attacher aux savoirs profanes de l'hypertension.

Nous optons pour ce terme de « savoirs profanes » dans la mesure où il n'est pas restrictif : il englobe aussi bien les théories interprétatives qu'explicatives, que les savoirs faire ou les représentations sur une maladie. Nous nous référons en cela à la définition qu'en donnent Taze et Ferrand : « La notion de 'savoirs profanes' en matière de santé peut désigner des objets variés : des théories interprétatives (telle douleur veut dire que...), des théories explicatives (c'est à cause de que...), des normes pratiques (il faudrait que je... sinon untel va m'en vouloir), des jugements et des opinions (les médecins d'ici font vraiment tout ce qu'ils peuvent...), des savoirs faire (le mieux c'est que je fasse comme ça...), des images et stéréotypes plus ou moins articulés les uns aux autres (le cancer est un mal insidieux...) » (2007, p31).

Car pour mieux comprendre la difficulté à contrôler l'hypertension ainsi que les recommandations professionnelles l'indiquent, c'est-à-dire abaisser le seuil de pression artérielle et diminuer les facteurs de risque cardiovasculaire, nous estimons qu'il est essentiel de confronter les théories « profanes » (Pédinielli, 1996) dites aussi « subjectives » (Flick, 1992) aux savoirs médicaux ou conceptions savantes.

Que signifie, pour un patient, être hypertendu ? Se définit-il sur la base de ses symptômes ? De ses chiffres tensionnels ? Alors que les premiers sont rares et que les seconds sont sujets à variation.

Se sent-il responsable de son état de santé ? A quoi l'attribue-t-il ? Estime-t-il pouvoir agir sur son état tensionnel ?

Quelles implications en découle-t-il en termes d'adhésion thérapeutique ?

Nous allons chercher à répondre à ces questions à partir principalement¹⁶⁷ du contenu des entretiens réalisés auprès de patients hypertendus à l'issue des consultations observées¹⁶⁸.

Nous commencerons par confronter les définitions de l'hypertension dans la littérature biomédicale avec celles issues de la littérature sociologique. Quelles sont ses spécificités reconnues ? Qu'est-il dit en matière d'incidences sur sa prise en charge ?

Puis nous présenterons les différentes dimensions de l'hypertension émergeant des savoirs profanes des patients inclus, et nous soulignerons en quoi elles rejoignent ou non la littérature sur le sujet et surtout, en quoi elles facilitent ou font obstacle à la mise en œuvre des recommandations professionnelles.

¹⁶⁷ Nous pourrions mobiliser ponctuellement, en complément, les autres types de données recueillies (questionnaire pré-consultation, consultations observées, entretiens avec les médecins).

¹⁶⁸ L'analyse réalisée ici porte sur les dix-sept patients de Midi-Pyrénées, inclus dans le projet « Hypertension » et pour lesquels l'histoire et l'expérience de l'hypertension ont été abordées en entretien post-consultation. Il s'agit de : Albert, Bernard, Charles, Elisabeth, Gabriel, Geneviève, Henri, John, Léon, Léonie, Marceline, Marthe, Michèle, Nicole, Paulette, Réjane, René.

1. L'hypertension : une maladie chronique qui pose la question de l'observance

En 1910, un médecin, Louis Gallavardin, écrit ces lignes qui sonnent aujourd'hui encore fort juste : « Si l'on excepte quelques rares individualités appartenant à la classe cultivée, qui à un certain âge vont chez le médecin pour « faire leur inventaire » ou « dresser leur bilan », on peut être sûr que ces hypertendus n'iront pas demander d'avis médical. J'ai répété maintes fois dans cet ouvrage qu'il n'y a pas d'affection plus sournoise que l'hypertension artérielle, que ce trouble morbide peut demeurer latent durant des années, que le taux de la tension et le poids du cœur pouvaient doubler presque avant que les sujets ressentissent aucun symptôme pénible, aucun essoufflement. Comment persuader à ces malades avant la lettre que la souffrance n'est pas le critérium de la maladie, que l'on peut cheminer de longues années, sans s'en douter, sur la route qui conduit sûrement à la mort ? » (Gallavardin, 1921, 2^{ème} édition).

Qui disent la littérature médicale et la littérature sociologique actuelle sur l'hypertension ? Quelles définitions en donnent-elles ? Quelles questions quant à sa prise en charge posent-elles ? Sur quels aspects se rencontrent-elles ?

LES DEFINITIONS BIOMEDICALES

Du côté de la littérature biomédicale, ce qui est remarquable est l'oscillation entre plusieurs définitions de l'hypertension : elle est tantôt présentée comme une maladie chronique quand il s'agit d'aborder ses traitements et ses facteurs de risque¹⁶⁹, tantôt comme un facteur de risque des maladies cardio-vasculaires au même titre que le tabac ou le taux de cholestérol (Godet-Thobie *et al.*, *op.cit.*) ou encore comme le trouble cardio-vasculaire le plus fréquent (OMS, 1996).

Mais quelle que soit la définition adoptée, l'hypertension est toujours caractérisée par sa dimension asymptomatique, les effets secondaires des traitements médicamenteux produisant davantage de troubles que l'hypertension elle-même (Feldman *et al.*, 1999). Le fait que l'hypertension ne présente pas ou peu de signes, qu'elle n'engendre pas de douleur et que la médication produise des effets secondaires en revanche non négligeables est retenu comme constituant un double obstacle à l'observance. Ce constat est posé dans de nombreux pays (Van Wijk *et al.*, *op.cit.*). Cette question de la « mauvaise » observance des patients hypertendus est d'ailleurs avancée comme facteur explicatif du nombre important de personnes traitées dont l'hypertension n'est pas contrôlée, c'est-à-dire dont la pression

¹⁶⁹ A ce titre, elle est considérée comme l'une des pathologies les plus répandues et troisième cause de prise en charge à 100% derrière le diabète et le cancer (Samson *et al.*, *op. cit.*).

artérielle est supérieure aux valeurs seuils recommandées (Schmidt *et al.*, 2006). Elle constitue en ce sens un enjeu majeur de la prise en charge de l'hypertension.

Or si les recommandations indiquent les éléments qui font une prise en charge de qualité de l'hypertension, elles s'attachent à expliquer comment mesurer la pression artérielle, comment évaluer le risque cardio-vasculaire et quels sont les traitements médicamenteux et non médicamenteux conseillés, elles n'expliquent pas ou quasiment pas comment améliorer l'adhésion thérapeutique. Il en est question à propos de l'automesure : « encouragée pour son intérêt dans l'éducation thérapeutique du patient » (HAS, 2005a, *op.cit.*, p9) ; à propos du traitement pharmacologique : « pour favoriser l'observance une prise unique quotidienne utilisant un médicament de longue durée d'action sera préférée » (p13) ; à propos des mesures hygiéno-diététiques « d'autant plus efficaces si elles sont proposées dans le cadre d'une éducation thérapeutique destinée à informer le patient sur son HTA et les risques cardio-vasculaires associés, et à définir les objectifs précis et réalistes adaptés à chaque patient » (p12). Au médecin de décliner au mieux ces conseils aux situations individuelles auxquelles il est confronté.

De plus, les recommandations ne font nullement état du point de vue du patient. Des questions comme : comment vit-il sa maladie ? Se perçoit-il comme un « malade à risque » ? que pense-t-il des traitements qu'il prend ? ... ne sont jamais abordées. Surtout elles ne sont pas évoquées en tant que freins à l'adhésion thérapeutique. Le ton tend à rendre le patient responsable de son état tensionnel en le considérant comme ne voulant pas écouter les conseils médicaux.

LES DEFINITIONS ISSUES DES TRAVAUX SOCIOLOGIQUES

Les maladies chroniques constituent, depuis près d'une cinquantaine d'années, un objet d'étude phare en sociologie de la santé et de la médecine¹⁷⁰. Leur caractère incurable ou invalidant ou encore stigmatisant a donné naissance à de nombreux travaux, en particulier sur les modalités de la relation médecin-patient, sur les expériences subjectives de la maladie, sur les représentations sociales liées à certaines pathologies ou encore sur les mouvements de mobilisation collective¹⁷¹.

La plupart des recherches menée dans une perspective interactionniste pointe le processus de changement et d'ajustement constant qu'implique la maladie chronique, la renégociation des rôles, des attentes vis-à-vis de soi et de ses proches, les nombreux bouleversements et ruptures, qu'elles soient identitaires ou sociales et aussi, les fortes incertitudes quant à son

¹⁷⁰ A ce sujet, *Social Science and Medicine* a sorti en 1990 un numéro extrêmement intéressant. On peut lire notamment le bref et fort pertinent article de D. Armstrong, *Use of the Genealogical Method in the Exploration of Chronic Illness : A Research Note*, *Social Science and Medicine*, 30, 11, 1990, 1225-1227, dans lequel il s'interroge sur la genèse de la catégorie « maladie chronique ».

¹⁷¹ Pour avoir une vision d'ensemble, se reporter par exemple à l'ouvrage pédagogique de Carricaburu et Ménoret, *Sociologie de la santé*, A. Colin, 2004 ou plus récent, celui dirigé par Drulhe et Sicot : *La santé à cœur ouvert*, PUM, 2011

évolution et à son dénouement¹⁷². Certaines études ont ainsi introduit cette idée que l'expérience de la maladie chronique engage une redéfinition du sens attribué au trouble ressenti chez les personnes atteintes. La finalité telle un défi est de parvenir à vivre « avec et en dépit de » la maladie, selon les termes de Schneider et Conrad (1983).

Explorant les représentations sociales de la santé et de la maladie, Herzlich (1970) propose que l'individu interprète son état comme maladie à partir de caractères décisifs, soit à partir de signes (température, manifestations externes de la maladie, douleur, fatigue) et de conséquences (modification de l'humeur, réduction de l'activité) qui lui permettent de définir le contenu de son expérience. La maladie ne se résume pas à une manifestation organique, elle engage aussi des comportements ou des actions (soins, recours aux systèmes de santé, interruption de l'activité professionnelle ou familiale). Et ce sont ces signes et ses comportements qui constituent les dimensions essentielles qui permettent de légitimer le statut de malade (Proulx, 2007).

Qu'en est-il des représentations de l'hypertension ?

La première chose à relever est le faible nombre des travaux sociologiques ou émanant d'une autre discipline des sciences humaines et sociales concernant l'hypertension. Elle n'est pas au « top » des publications comme le sont le sida ou le cancer, notamment sur le point de vue du patient quant au vécu de sa maladie. Notons cependant qu'il existe quelques travaux d'approche anthropologique qui se sont plus particulièrement attachés à décrypter le sens attribué à l'hypertension, dans un but d'apporter des éclairages sur les conditions de l'adhésion thérapeutique et surtout, de comprendre ce qui y fait obstacle.

Dans les représentations populaires, il est question de « tension nerveuse » (Sarradon-Eck *et al.*, *op.cit.*) ou encore « d'hyper-tension » liée à une nervosité excessive due à un environnement stressant (Blumhagen, 1980). D'autres travaux mettent en avant le stress comme étant la dimension dominante et récurrente parmi les étiologies profanes et la principale explication des difficultés de gestion de la maladie et de son suivi médical (Heurtin-Roberts et Reisen, 1990). Dans cette perspective, si la cause de l'hypertension est le stress, la personne hypertendue ne peut agir sur elle, ce n'est pas elle qui en est responsable mais son environnement de vie.

Sarradon-Eck *et al.* (*op.cit.*) ont montré de leur côté que les représentations de l'hypertension « oscillent entre maladie et non-maladie », proposition qui rappelle la notion d'« état intermédiaire » de Claudine Herzlich (*op.cit.*) et qui rejoint l'analyse de Davison *et al.* (1991) pour qui le risque asymptomatique dont l'individu se sait atteint crée un type particulier d'identité sociale, à mi-chemin entre le statut de malade et la santé.

Ni maladie, ni non-maladie, l'hypertension est tout de même signe d'une perturbation de l'état de santé. Mais il s'agit d'un mal à faible visibilité et à faible stabilité, et cependant à forte prévalence, difficile à maîtriser et dont les risques associés ne sont reconnus comme

¹⁷² Parmi les travaux qui font référence: M Bury. Chronic Illness: A Biographical Disruption, *Sociology of Health and Illness* 4(2): 1982, 167-182 ou Conrad, P. The Experience of Illness: Recent and New Directions, *Research in the Sociology of Health Care*, 6, 1987, 1-31

tels par les personnes atteintes. L'hypertension n'est pas une maladie qui fait peur, contrairement au cancer par exemple (Aïach, 1980). Ces caractéristiques posent d'autant plus problème qu'il est attendu du patient qu'il participe à la lutte contre l'hypertension par la prise régulière d'un traitement et d'une adaptation de son comportement de santé, alors même que la maladie n'a pas « annoncé sa présence » (Proulx, *op.cit.*).

Un travail socio-anthropologique sur les déterminants sociaux de l'observance des traitements hypotenseurs a permis d'identifier des « réseaux de significations » de l'hypertension artérielle chez les personnes atteintes et de montrer que ces réseaux rendent intelligibles les comportements des patients hypertendus : l'adhésion thérapeutique est étroitement liée à la représentation du risque cardio-vasculaire et à son appréhension par les personnes hypertendues. Selon les auteurs de cette recherche, représentation et appréhension du risque dépendent de facteurs psychologiques mais aussi de facteurs « cognitifs socialement déterminés comme la connaissance des complications de l'hypertension artérielle par les informations transmises par les médecins et par les médias ». De plus, l'observance est présentée comme « un enjeu de la relation médecin-malade qui peut ébranler l'identité professionnelle et le rôle du médecin dans cette relation sociale » (Sarradon-Eck *et al.*, 2004).

Retenons de la littérature socio-anthropologique, cette définition de l'hypertension comme étant un « état intermédiaire » qui fait qu'il est difficile pour l'individu atteint d'hypertension de prétendre au statut et au rôle de malade comme le propose la théorie parsonnienne : il n'est malade ni dans le regard des autres ni dans le sien alors que c'est le cas pour d'autres pathologies. Sur quels éléments alors se fonde la relation entre médecin et patient de sorte que soit possible une coopération, un « agir ensemble » contre l'hypertension ? Est-ce par exemple sur la confiance instaurée entre eux, sur le rapport au risque du patient, sur la référence aux recommandations ? Ce sont des questions que nous mettrons à l'épreuve de l'analyse à venir des consultations observées.

Voyons tout d'abord quels sont les savoirs sur l'hypertension dont font état les personnes que nous avons interrogées.

2. Un état dont on n'est pas responsable : incorporé et incontrôlable

Une caractéristique de l'hypertension qui ressort fortement des propos recueillis et qui pourtant ne ressort pas des travaux sur le sujet est que l'état d'hypertension n'est pas perçu du fait de la personne elle-même et de sa responsabilité. A ses yeux, elle ne peut agir contre pour le maîtriser, et dans ce sens elle ne s'en sent pas responsable. La lecture en termes de

« blâme de la victime » tendancielle dans l'approche cardiovasculaire selon Aronowitz (*op.cit.*) serait alors inappropriée.

Les patients interrogés n'en sont pas responsables car l'hypertension fait partie d'eux-mêmes.

La plupart déclarent être hypertendus depuis si longtemps qu'ils sont incapables de donner une date de diagnostic, mis à part Charles dont l'hypertension a été diagnostiquée : « à partir de 16 ans ». Pour les autres, l'hypertension est qualifiée par son ancienneté : elle est « ancienne, très ancienne », déclare René ; « il y a longtemps », peut seulement dire Michèle ; « ça fait longtemps, 10 ans peut être » tente de préciser Bernard ; « je crois que j'en ai depuis aussi loin que je me rappelle » (Elisabeth) ; « j'en ai toujours eu, depuis tout jeune » (Henri) ; même expression employée par Janine et par Léonie à propos de son mari ; Gabriel se dit traité « depuis très longtemps » ; Geneviève, à la retraite depuis plus de 15 ans, signale qu'elle était déjà hypertendue quand elle était encore en activité professionnelle ; Réjane la fait remonter à une trentaine d'années. Aussi les circonstances dans lesquelles le diagnostic a été posé n'ont pas marqué les mémoires des patients, à l'image de la réponse de René : « ouh alors là éh, là c'est trop loin », et contrairement à ce que trouve Proulx (*op.cit.*) qui fait état du « choc » de l'annonce du diagnostic d'hypertension¹⁷³.

Cette ancienneté de leur hypertension va avec l'idée qu'expriment les personnes interrogées qu'elle est « en eux », incorporée : « je l'ai dans la peau », dit Charles, « cela fait partie de moi (...) je l'ai en moi » (Elisabeth), a-t-on entendu par exemple. Et cette partie d'eux-mêmes aurait une origine « génétique » (Charles) ou « familiale » (Léon) ; il est fait référence aux proches familiaux également atteints d'hypertension (Elisabeth, Marceline, Mireille). Ils ne sont pas les seuls touchés, c'est alors une maladie de famille dont ils sont victimes comme leur père ou leur soeur.

Intégrée en eux, elle est un trait de leur caractère –donnée héréditaire- : l'hypertension est associée à une personnalité nerveuse ou angoissée : « je suis quelqu'un de très angoissée, je me fais toujours du souci », avoue Mireille ; Geneviève dit sentir « les nerfs qui montent » ; Nicole se dit « malade des nerfs » et « il y a tout qui joue sur les nerfs » ; René est « une boule de nerfs ». Leurs propos rejoignent un des principaux résultats publiés par ailleurs ainsi que nous l'avons signalé ci-dessus.

Charles ne cesse de parler de son état de stress. De l'hypertension ou plus exactement des hausses de pression artérielle, il dit que « c'est nerveux ». Par ces mots, elle est désignée comme étant dépendante de ses états d'âme (« tout est faussé par ce que je ressens »), ce qui est pour lui source d'angoisse car il ne peut s'empêcher de ressentir du stress à la moindre contrariété ou inquiétude ce qui est donc a priori générateur pour lui d'une augmentation de sa tension. Et même s'il attribue également son stress et donc son hypertension au travail et au poste d'encadrement qu'il avait (il dirigeait cinq cents personnes « avec tout le

¹⁷³ Ajoutons que parmi les consultations observées, celles de Marius, Yves et Gilles sont des consultations pendant lesquelles un état hypertensif est confirmé. Nous n'y avons pas observé de « choc » d'annonce du diagnostic.

travail que ça comporte, (...) je mettais beaucoup d'énergie là-dedans»), son état ne semble pourtant guère modifié depuis son passage à la retraite quelques années plus tôt. De même que Gabriel, ancien chef d'atelier, qui avait « *un boulot monstre, très stressant* » et qui est resté hypertendu, même une fois à la retraite.

Plus rarement, lorsqu'elle n'est pas associée aux caractéristiques personnelles ou familiales, l'origine de l'hypertension est mise en lien avec d'autres problèmes de santé qui en seraient la cause : Marceline souligne que l'hypertension s'est déclarée en même temps qu'un cancer du sein et Réjane explique que « *c'est peut être tout l'aspirine que j'ai avalé avant et tous les médicaments* ».

Les propos recueillis situent donc le plus souvent une origine interne à l'hypertension sur laquelle les personnes ne peuvent agir. Ils ne la mettent jamais en lien avec un comportement individuel qui en serait la cause.

Pedinielli (*op.cit.*) explique que « la production des théories profanes des maladies » prend une de ses principales sources dans l'expérience vécue et qu'elles ont pour fonction de s'approprier la maladie. Les représentations de l'hypertension comme étant un état lié « aux nerfs » participe au fait de ne pas s'en sentir responsable. Mais dans ce cas, du point de vue de l'action médicale, cette vision constitue un obstacle à la démarche préventive et de réduction des risques. Nous y reviendrons dans le chapitre onze.

Pour lutter contre l'hypertension, les patients n'évoquent pas l'alimentation, l'activité physique, le tabac ou autre facteur de risque lié au comportement hygiéno-diététique, ils font en revanche allusion à l'action médicamenteuse.

3. Un dysfonctionnement réglé par les médicaments

Des propos recueillis, il ressort que le traitement médicamenteux est vécu comme la principale solution au problème d'hypertension. Il représente la solution extérieure, indépendante d'eux qui ne se considèrent pas comme compétents à régler le problème par leur propre action. Les médicaments, un simple cachet, disent-ils, sont considérés comme permettant d'abaisser la pression artérielle et ceci, sans nécessiter de notables efforts personnels, comme c'est le cas quand il s'agit de modifier ses habitudes de vie (perdre du poids, arrêter de fumer, limiter sa consommation d'alcool). Les désagréments liés aux effets secondaires, au temps nécessaire pour trouver le traitement adéquat sont perçus bien moindres au regard du bénéfice perçu de stabilisation de la pression artérielle. Le rapport « coût-bénéfice » du traitement médicamenteux est positif aux yeux des hypertendus traités.

Les personnes rencontrées sont traitées par médicaments hypotenseurs. Il est fait référence, par certaines, à plusieurs tentatives voire à certaines difficultés avant de trouver la molécule

et la posologie qui permettent d'agir sur la pression artérielle sans occasionner des effets secondaires insupportables. Les témoignages concordent.

Ainsi Bernard explique qu'après quatre ou cinq changements « *à un moment on avait trouvé le médicament et puis c'était sans problème quoi* », la pression artérielle était stabilisée dans des valeurs correctes (jusqu'à sa récente complication cardiaque). L'hypertension pour lui « *c'était un cachet tous les matins, c'est tout* ». C'était pour lui comme si le problème de tension était réglé ou du moins il se faisait oublier.

L'hypertension est une affaire réglée aussi pour Henri : il dit sa tension stable à 14/8, grâce aux médicaments. Auparavant, il signale être « *monté jusqu'à 20* ». Même chose pour Nicole : « *bien sûr des fois je fais des 17 mais là c'est une tension exceptionnelle, autrement ça va ça tourne* », et ceci en ne prenant qu'un « *petit cachet... que le matin* ». « *Deux ans DEJA que ça c'est très bien stabilisé* » relate Gabriel, qui après plusieurs traitements et une tension qui restait « *très haute, des 21/16 (...) maintenant j'en suis impeccable* ».

Michèle se montre également satisfaite et attachée à son traitement actuel. Quand elle est hospitalisée :

P : « J'amène mes boîtes et je leur dis, je veux Acébutol, je veux celui-là vous m'en donnez pas d'autre.

S¹⁷⁴ : Hum, hum.

P : Parce que dès que je change, je monte en tension.

S : (...) Vous avez eu du mal à trouver le médicament qui vous convienne ?

P : Ah oui, oui, oui, je montais 16, le plus haut 22-18,5 ».

La mise au point du traitement pharmacologique prend apparemment du temps, mais ce n'est pas sur cet aspect que les patients insistent mais sur le fait que le traitement actuel leur convient et que maintenant leur tension est contrôlée.

Elisabeth relate une trajectoire comparable, l'expérience des effets secondaires en plus. Elle raconte qu'après plusieurs essais de traitements, sa tension est à peu près stabilisée. « *Elle pourrait être plus basse mais enfin elle est bien* », dit-elle, en expliquant qu'elle préfère se satisfaire des résultats tensionnels ainsi obtenus plutôt que de changer une fois encore de médicament pour une éventuelle amélioration de ses chiffres : « *je reconnais que ça me, que je n'aime, j'ai, je crains un peu, je me dis ça va recommencer, prendre un médicament et ça ne va pas marcher, là j'ai l'impression que celui-là équilibre la tension* ».

Le choix du traitement médicamenteux occupe une large place dans les recommandations de prise en charge de l'hypertension. Cinq classes d'antihypertenseurs sont préconisées en première intention. Le choix est à faire en fonction de situations cliniques particulières, de l'efficacité et de la tolérance, des comorbidités associées et du coût du traitement. Il est conseillé de commencer par une monothérapie et en cas de réponse insuffisante de passer à une bithérapie. Les paramètres sont nombreux et la stratégie de traitement est représentée sous forme d'arbre décisionnel (HAS, 2005a, *op.cit.*). Or il est remarquable que, du côté des

¹⁷⁴ « S » pour sociologue

patients, ce n'est pas la complexité de la mise au point du traitement qui est retenue et exprimée mais la satisfaction quant au résultat obtenu : une tension contrôlée grâce à la prise d'un ou plusieurs comprimés. Nous ne relevons pas dans les propos recueillis de réticence quant à la prise du traitement pharmacologique, bien au contraire. S'il y a problème d'adhésion thérapeutique, selon nos données, ce n'est pas à ce niveau.

Une autre caractéristique de l'hypertension ressort des propos recueillis : elle n'est pas perçue comme un problème de santé majeur. Elle n'est vécue ni comme une maladie grave ni comme un état de santé contraignant.

4. Un problème de santé minoré

Contrairement à d'autres pathologies¹⁷⁵, un constat que l'on peut faire est que ce problème de santé ne fait pas l'objet de propos développés chez les personnes hypertendues que nous avons rencontrées. Ce n'est certainement pas sans lien avec le résultat précédent quant à son étiologie, même s'il ne se résume pas seulement à une imputation causale sur laquelle la personne hypertendue n'a pas prise. Cette pauvreté de discours est associée à une négation de l'état d'hypertendu ou plus exactement à une non-reconnaissance de l'hypertension, extérieurement invisible et souvent asymptomatique, dont la réalité en tant que problème de santé n'est alors pas perçue par les patients, ou faiblement perçue.

L'exemple d'Albert et Paulette est remarquable. Ce couple ne s'est pas déclaré hypertendu dans le questionnaire pré-consultation et lors de l'entretien, aucun des deux ne se dit être traité pour hypertension, ainsi que l'indiquent les premiers échanges à propos des traitements qu'ils prennent. La première réponse concerne le diabète :

S : « Et c'est des médicaments pour quoi ?

Albert : Pour le diabète.

S : Oui.

Albert : Et pour les coronaires, là j'en prends.

S : Et c'était aussi pour vous, madame, en fait, il y avait un renouvellement aussi à faire

Paulette : oui mais c'était pas pour les coronaires, c'était...

Albert : Pour le diabète.

Paulette : Pour le diabète.

S : Vous c'est que le diabète ?

Albert : Il y avait le cholestérol un peu.

Paulette : Un peu le cholestérol aussi ».

¹⁷⁵ Par exemple, dans des travaux que nous avons menés antérieurement concernant la maladie d'Alzheimer, de forts longs témoignages, circonstanciés, ont été recueillis auprès des personnes diagnostiquées et de leurs proches. Les résultats montraient l'importance de la phase d'élaboration du diagnostic dans la formation de la relation avec le médecin et dans l'expérience de la maladie (Rolland-Dubreuil, 2003 et Rolland-Dubreuil, 2004).

Et la conversation se poursuit sur le diabète : la surveillance de la glycémie, sa gestion par traitement médicamenteux et en fonction des écarts alimentaire.

Un peu plus tard, nous faisons une nouvelle tentative en demandant :

S : « (à part le diabète) Vous n'avez pas d'autres problèmes de santé ?

Albert : Non, ça va ».

Nous tentons une troisième tentative en nous référant à la prise de tension pendant la consultation :

S : « Et je me souviens plus, il a pris votre tension ?

Albert : Oui j'en avais un peu là, je ne sais pas pourquoi, d'habitude je suis à 14 et là je sais pas...

S : Vous prenez un traitement contre... ?

Albert : Non

S : Contre l'hypertension ?

Albert : Non.

S : Non ?

Albert : Jamais, je restais 13 à 14 et puis je sais pas ».

Un peu plus loin, nous reposons la question :

S : « Et vous prenez pas de traitement contre l'hypertension ?

Albert : Non rien, je prends rien ».

Le médecin généraliste nous confirme pourtant qu'Albert prend un traitement anti-hypertenseur depuis cinq ans.

Cette non-reconnaissance de l'état d'hypertension est rencontrée en particulier chez les personnes atteintes également de diabète. Or le diabète qui constitue une des situations particulières, à risque, développées dans les recommandations de l'HAS, n'est jamais associé à l'hypertension par les huit patients diabétiques et hypertendus de notre corpus. Ils insistent uniquement sur les contraintes du diabète sur leur vie quotidienne, l'hypertension ne semblant pas en avoir, si l'on se réfère à leurs propos.

Les différences de vécu exprimées en entretien entre ces deux pathologies sont nettes : les hypo ou hyperglycémies sont redoutées du fait du malaise corporel induit et fait l'objet d'un travail de gestion et de surveillance des malades diabétiques. Albert, explique qu'en cas d'hypoglycémie, « *tu manges un peu de sucre et ça y est* », et à l'inverse si la glycémie monte : « *je vais travailler, forcer un peu (au jardin)* ».

La prééminence du diabète sur l'hypertension est remarquable dans le discours de Nicole. Pendant l'entretien, le sujet est évincé par le diabète et son histoire, au point que nous avons failli oublier la question de l'hypertension : c'est en parlant des traitements et en entendant Nicole nommer un hypotenseur que nous nous rappelons qu'elle est hypertendue !! Car autant Nicole s'étend largement sur la gestion de la glycémie et ses difficultés à suivre le régime alimentaire adéquat autant elle ne semble n'avoir rien à dire sur

l'hypertension : « *ben parce que je fais pas trop de régime, non, c'était sûr que je faisais pas, vous savez que c'est, que c'est contraignant de faire du régime parce que si j'étais toute seule encore, bon, mais bon je garde le petit-fils (...) et mon mari, bon encore mon mari il a pas dix ans, il mange comme moi si je fais comme moi mais quand même il y a des choses que moi je ne mangerais pas, il faut que je lui fasse c'est pas, c'est pas tout à fait pareil* ».

Quand nous tentons d'avoir des précisions, Nicole déclare : « *non, mais après, moi, je n'ai rien à dire, moi, moi* ».

Elle fait état de la lassitude qu'elle éprouve à faire le relevé glycémique journalier : « *quand même piquée deux ou trois fois par jour ça m'agaçe* ». Le diabète, dit-elle, est ce qui l'inquiète le plus car « *je me dis que si un jour il t'arrive des pépins comme ça, hé bé, qu'est ce que tu feras, tu seras sur un chariot roulant ou un truc comme ça (...) parce des fois on ne sait jamais, si ça me bouche les artères je peux partir aussi* ». Le risque est quasi identique avec l'hypertension mais elle ne met jamais les deux en relation.

La mise en perspective avec le diabète est particulièrement éclairante quant au processus d'occultation de l'hypertension par une autre pathologie. Les deux sont pourtant médicalement liées car non seulement le diabète fait partie des facteurs de risque de l'hypertension, mais aussi ils partagent des mêmes facteurs de risque, comme le déséquilibre alimentaire et le manque d'activité physique.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons vu que les étiologies profanes attribuent principalement l'hypertension à un état nerveux, lié aux nerfs. Les patients hypertendus la vivent comme faisant partie d'eux-mêmes, elle est incorporée. Dans ce sens, une action personnelle pour la contrôler reviendrait à être capable de maîtriser sa propre nature, ce qui n'est pas perçu comme possible. Alors pour agir contre l'hypertension, la solution est le recours au traitement pharmacologique qui, selon les personnes interrogées, permet de régler facilement le problème. Le temps nécessaire pour trouver le traitement adéquat, c'est-à-dire celui qui réussit à diminuer la pression artérielle sans effets secondaires, ou avec des effets secondaires minimes, n'est pas évoqué comme un temps long et contraignant. Ce qui est retenu et mis en valeur dans les discours est le résultat obtenu aujourd'hui.

Ce qui est important de souligner dans nos résultats est que, du fait de tels savoirs profanes de l'hypertension, les personnes ne se désignent pas comme responsables de leur hypertension. Elles ne la perçoivent pas comme une conséquence de leur comportement de santé et de vie mais comme un effet subi ayant une cause indépendante de leur volonté et de leur responsabilité sur laquelle, par conséquent, elles ne peuvent agir.

De plus, les personnes atteintes d'hypertension la relèguent comme un problème de santé mineur, mis au second plan derrière d'autres pathologies, et en premier lieu, derrière le diabète, défini essentiellement par son caractère contraignant sur la vie quotidienne. À l'inverse d'être diabétique, être hypertendu est comme un non-événement du point de vue du patient.

Une fois traitée, l'hypertension perd de sa réalité pathologique. Elle n'est en aucun cas vécue comme une situation à risque. Dans ces conditions, le champ d'action du médecin est restreint à la mise en place du traitement médicamenteux, qui n'est qu'un des éléments de la prise en charge recommandée de l'hypertension.

Chapitre VIII

La mise en chiffres de l'hypertension : un appui pour l'action du généraliste ?

Ainsi que nous l'avons exposé dans le chapitre III, invisible et le plus souvent asymptomatique, l'hypertension est repérable par ses chiffres tensionnels qui la fonde médicalement. Historiquement, la construction de l'hypertension en tant que maladie s'est réalisée sur la base de la mesure de la pression artérielle, entrée dans la routine de l'examen clinique dans les années 1895-1910 « après l'invention d'un protocole simple de mesure des changements de pression vasculaire basé sur l'emploi du brassard pneumatique et du stéthoscope » (Gaudillières, *op.cit.*). Donnée facilement mesurable, elle a été un élément phare de l'étude de Framingham initiée en 1948 et a été caractérisée comme un facteur de risque cardio-vasculaire majeur. La définition de l'hypertension basée sur la pression artérielle est reconnue pour sa dimension consensuelle et sa valeur pragmatique. Toutefois, cette donnée chiffrée est présentée comme très sensible aux conditions de mesure¹⁷⁶.

Ce chapitre vise à observer les pratiques médicales en matière de prise de tension en regardant en quoi l'action est en conformité ou non avec les recommandations afin de comprendre pourquoi le médecin peut être amené à déroger à la règle de la valeur seuil. Il a également pour objectif de préciser dans quelle mesure la pression artérielle constitue ou non un repère ou une aide pour le travail du médecin.

Notre argument théorique est de la considérer comme un appui conventionnel saisi par le médecin, voire par le patient, dont l'analyse des interactions permet de préciser quels sont les régimes d'action à l'œuvre et de quels cadrages du patient ils relèvent.

Dans un article de 1993, Nicolas Dodier définit les « appuis conventionnels de l'action » comme : « un ensemble des ressources permettant d'élaborer une communauté de perspectives, même minimale, qui permet de coordonner des actions » (Dodier, 1993b).

¹⁷⁶ En 1912 il était déjà préconisé d'attendre cinq minutes avant de prendre la mesure de la pression artérielle, de rassurer le patient et de faire plusieurs mesures successives et d'interrompre l'interrogatoire pendant la mesure. En 1940, un médecin américain remarqua que la pression artérielle mesurée au cabinet différait de celle mesurée à domicile ainsi que l'existence de l'effet « blouse blanche » (qui pourrait être toutefois corrélé à un risque vasculaire accru). Aujourd'hui, les publications médicales insistent sur le fait que la mesure est délicate à réaliser en termes de méthode, de choix d'appareil et de circonstances. Les résultats varient en fonction du degré d'émotion mais aussi en fonction de position, de la souplesse des vaisseaux, de la taille du bras. Winckler (2006, p279) signale qu'elle varie aussi en fonction de qui la prend (homme/femme, infirmière/médecin...).

Nous souhaitons mobiliser cette définition et la mettre à l'épreuve de notre analyse car en consultation, nous sommes bien dans une situation où il s'agit pour le médecin et le patient de parvenir à un accord suffisant pour réaliser un travail ensemble, quitte à déroger en partie et/ou ponctuellement aux recommandations professionnelles (ainsi que nous le posons dans le chapitre sur la demande). Et s'il est des ressources dont dispose le médecin à chaque consultation avec un patient hypertendu, ce sont les chiffres de pression artérielle. Dodier précise que ces appuis conventionnels sont « ancrés à la fois chez les personnes et dans les supports externes » : la pression artérielle est bien une donnée individuelle, relevée par la médiation d'un objet, le tensiomètre, et cadrée par des recommandations professionnelles. Il poursuit en soulignant que ces appuis sont « les dépôts d'un passé » et témoignent d'un travail antérieur pour « constituer entre les personnes et leur environnement les préalables d'une orientation commune ». C'est effectivement le cas du processus de diagnostic et de suivi de l'hypertension : médecin et malade sont réunis dans la gestion de la maladie, ne serait-ce qu'à travers des consultations régulières au cours desquelles la tension est relevée, des traitements sont prescrits et/ou renouvelés... Chaque consultation observée s'inscrit donc dans une trajectoire de maladie et de prise en charge. La démarche de Dodier repose sur une « attention soutenue au grain du présent », tout en considérant le poids du passé et du futur mais sans « tomber dans une présomption stratégique lourde et peu réaliste ». Il s'inscrit dans la lignée pragmatique de Boltanski et Thévenot (*op.cit.*) en précisant que sa démarche est de « suivre les acteurs » au plus près et de développer une attention particulière aux objets présents. Nous rejoignons ainsi la notion « d'actants » de Bruno Latour à la recherche de « ce petit je ne sais quoi » dans laquelle il met sur un même plan humains et non-humains (1994).

Nous allons donc focaliser notre regard sur l'action « mise en chiffres de la tension », prise en tant que médiateur entre le médecin et le patient et analyseur de leurs interactions dans le déroulement d'une consultation.

Dans quelle mesure les chiffres tensionnels constituent-ils ou ne constituent-ils pas un appui pour l'action médicale auprès des patients hypertendus ? Cette donnée chiffrée est-elle un repère pour le médecin dans son action auprès du patient hypertendu ? Comment s'en saisit-il en consultation ?

C'est ce que nous allons étudier à partir de l'analyse du déroulé des trente consultations de notre corpus, en ciblant les moments circonscrits autour du geste de prise de tension, de l'invitation à la prise de tension, de la réalisation du relevé des chiffres tensionnels et de ce qui est dit et fait par la suite entre le médecin et le patient.

Notre propos se déroulera de la façon suivante. Nous décrirons d'abord les modalités de prises de tension et les chiffres relevés en regardant leur répartition en fonction de la valeur seuil. Puis nous nous attacherons à ce qu'en dit le médecin, au jugement qu'il porte sur les chiffres et ce qu'il énonce au patient. Enfin, nous détaillerons les actions et réactions engagées et les analyserons au regard des recommandations. Y a-t-il des différences selon que les valeurs relevées sont supérieures ou non à la valeur seuil ?

Tableau-encadré 16 : Méthodes préconisées de mesure de la pression artérielle

La pression artérielle est signalée comme une donnée sensible qui varie selon les conditions et le moment de la mesure, « elle est caractérisée par de larges variations spontanées, au fil de la journée, d'un jour à l'autre, d'un mois à l'autre ou d'une saison à l'autre » (ESH/ESC, 2007).

Aussi avant de poser un diagnostic d'hypertension ou avant de considérer une hypertension traitée comme étant non contrôlée, il est conseillé aux médecins de relever la tension au cours de trois consultations successives, sur une période de trois à six mois et d'effectuer au moins deux prises par consultation, espacées de quelques minutes, « le chiffre de pression artérielle retenu est la moyenne des mesures effectués » (HAS, 2005a, *op.cit.*)¹⁷⁷.

Les recommandations indiquent de réaliser au moins deux prises par consultation ; de viser un objectif de pression artérielle moyenne inférieure à 140/90 mmHg, 130/80 mmHg en cas de diabète.

1. Éléments descriptifs de la prise de tension en médecine générale

UN ACTE INTEGRE DANS LES CONSULTATIONS DE MEDECINE GENERALE

Les publications en santé soulignent l'omniprésence du tensiomètre dans les consultations médicales. Effectivement, la prise de tension fait partie des actes médicaux réalisés dans quasiment toutes les consultations de patients observées. Dans notre corpus, seul Henri n'a pas eu de prise de tension : cette consultation avait été fixée un mois plus tôt et visait à faire le point sur le traitement prescrit contre un psoriasis. Elle intervient entre deux consultations de suivi des problèmes de santé chroniques d'Henri dont l'hypertension.

Ce que font montre nos observations, c'est que la prise de tension est un acte silencieux et routinier de la consultation, qui fait transition entre la phase d'interrogatoire du patient et la phase d'examen clinique. Elle intervient sous forme d'invite à passer à l'examen clinique, accompagnant le déplacement du médecin et du patient vers la table d'examen : « on va prendre la tension », dit le généraliste à Marthe ; « allez, venez, on va regarder cette tension » (Agathe), « allez, on va regarder la tension si vous voulez » (Marceline), « alors on va voir votre tension (Mireille), « on va regarder cette tension » (Réjane).

Le geste, rapide, non invasif ni douloureux, est un acte intégré par le patient que l'on peut, dans la plupart des consultations, observer s'installer sur la table d'examen et tendre de lui-même le bras au médecin qui, lui, a déjà saisi le brassard. Le médecin n'a pas besoin d'expliquer ou de justifier ni même de demander de faire le geste (consultation de Aimé, Albert, Bernard, Elisabeth, Eric, Gabriel, Gilles, Joseph, Léon et Léonie, Marius, Paulette,

¹⁷⁷ Même préconisation dans les recommandations européennes

René, Yves). Quand le médecin dit à Janine : « donnez donc votre bras que je prenne la tension », la demande est superflue puisque la patiente s'apprête déjà à effectuer le geste.

Il est réalisé sans un mot, médecin et patient se taisent spontanément à l'installation du brassard. A l'exception d'un médecin qui signale à Marceline, Michèle et Réjane : « ne parlez plus ». Il est vrai qu'avec Marceline, le médecin a du mal à placer un mot ou un geste tant cette patiente parle et dirige la conversation.

Parfois, le médecin donne quelques indications de posture : assise ou allongée¹⁷⁸. Comme à Mireille à qui il indique de s'asseoir « comme ça vous n'aurez pas mal au dos en vous relevant » (elle souffre d'un mal de dos lié à l'absence d'une vertèbre). Toutefois pour la deuxième prise - la première indiquant une tension « un peu haute » - il lui demande de s'allonger. Nous avons d'ailleurs observé à plusieurs reprises le médecin faire allonger le patient pour la seconde prise.

Le patient en place, que dit le tensiomètre ?

DES VALEURS ELEVEES, UN NOMBRE DE PRISES VARIABLE

Le tableau ci-dessous présente le relevé des chiffres tensionnels dans les trente consultations observées. Nous avons classé les patients en fonction des valeurs annoncées à la ou aux prises de tension réalisées par le généraliste.

¹⁷⁸ Selon les recommandations, la prise de la tension s'effectue en position assise ou allongée.

Tableau-encadré 17 : Chiffres tensionnels relevés en consultation

A la 1ère prise	pseudo	1ère prise	2ème prise	3ème prise
Valeurs supérieures ou égales au seuil (25)¹⁸⁰	René	20.	"environ" 15/10	
	Charles	18./10	18/8,5	
	Marius	17./10		
	Marceline*	17./9	non annoncé	13./5 (annoncé ¹⁷⁹)
	Mireille	16./9	12,7	
	Gilles	16.	inaudible	
	Paulette*	16.	15	
	Eric	15,5/10	non annoncé	14,5/9,5
	Léonie*	15,5/9	15./8	
	Réjane*	15./9	13./8	14./8
	Alberto	15./8,5		
	Janine	15./7		
	Aimé	15.		
	Albert*	15.	non annoncé	
	Agathe	145/95	14./8	
	Léon*	14./9		
	Elisabeth	14./7		
	Gaston	14./7		
	Joseph	14./7		
	Lucie	14./7		
	Nicole*	14.		
	Geneviève	14	14	
	Yves	14./9	12./8	14./8,5
Valérie*	13./8			
Gabriel*	13./8			
Valeurs inférieures (3) à la valeur seuil	Bernard	13./7		
	John	13./7		
	Michèle	11./6	11./7	
pas de chiffre (2)	Marthe	non annoncé		
	Henri	pas de prise		

* Patients diabétiques pour qui la valeur seuil est fixée à 130/80 mmHg

¹⁷⁹ A l'issue de la consultation, le médecin nous explique que la valeur réelle relevée est 17/9, alors qu'elle a annoncé « 14/8 ». Nous ne connaissons pas la valeur à la seconde prise. Voir plus loin la section « les chiffres détournés ».

¹⁸⁰ Sur un plan médical, est considérée hypertendue non contrôlée une personne ayant une pression artérielle systolique supérieure ou égale à 140 et/ ou ayant une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90, c'est pourquoi, et conformément aux pratiques épidémiologiques, nous avons regroupé ainsi les patients.

La lecture du tableau indique, qu'à la première prise, et en tenant compte des situations de diabète :

- Vingt cinq patients ont une tension supérieure à la valeur seuil (à au moins l'un des deux chiffres de la valeur seuil) ;
- Trois ont une tension en deçà de la valeur seuil (aux deux chiffres de la valeur seuil).

Deux, faute de chiffres, ne sont pas classables.

Dans notre corpus, si l'on s'en tient à la première prise de tension, la proportion de patients dont la pression artérielle est supérieure à la valeur seuil est plus importante que les résultats généralement publiés¹⁸¹. Cet écart peut s'expliquer pour une part du fait de la moyenne d'âge relativement élevée des patients observés. De plus, cette proportion tend à diminuer si l'on regarde les résultats de la deuxième prise. Nous sommes bien conscients que la petite taille de notre corpus oblige à manipuler ces résultats avec précaution et qu'on ne peut les considérer que de manière indicative. Ils vont dans le sens d'un pourcentage non négligeable de patients hypertendus non contrôlés et ils signalent une baisse de pression artérielle fréquente entre les deux prises.

Voyons plutôt comment s'opère la répartition du nombre de prises selon les valeurs relevées.

Tableau-encadré 18 : Nombre de prises de tension en fonction de la valeur seuil

	1 prise	2 ou 3 prises	total
PA >= valeur seuil	12	13	25
PA > valeur seuil	2	1	3
total	14	14	28

Alors que les recommandations préconisent deux ou trois prises de tension, nous observons autant de consultations où une seule prise de tension que de consultations où plusieurs prises sont faites, ceci quelles que soient les valeurs relevées lors de la première prise.

On peut constater d'après le premier tableau, une tendance selon laquelle plus les chiffres sont élevés, plus une deuxième ou troisième prise est réalisée.

¹⁸¹ Vingt cinq patients sur trente soient 83% de notre échantillon contre la moitié à deux tiers dans la littérature épidémiologique

Par ailleurs, nos observations permettent de préciser que :

- Dans les consultations de Charles et de Geneviève, les mesures sont faites l'une avec le tensiomètre du patient, l'autre avec celui du médecin, ce qui explique qu'il y a eu deux prises.
- Dans les quatre consultations où une troisième prise est réalisée, c'est sur l'autre bras que pour les deux précédentes, ce qui explique cette troisième prise.

Ces quelques constats alimentent l'argument que d'autres éléments que le niveau de pression artérielle interviennent dans le nombre de prises de tension, c'est-à-dire dans la réalisation du travail médical.

Notre échantillon est malheureusement trop restreint pour pouvoir conclure sur un « effet médecin » ou encore sur un « effet type de demande », ainsi que l'invitent à le faire les analyses présentées dans les chapitres précédents. A l'échelle qui est la nôtre ici, nous ne pouvons que signaler que, de manière attendue, plusieurs prises de tension ont été faites quand un patient vient avec une demande outillée (comparaison des chiffres relevés par son propre tensiomètre avec ceux issus du tensiomètre du médecin). Les deux patientes que nous avons caractérisées avec une demande d'écoute ont eu plusieurs prises de tension. Il serait intéressant de pouvoir généraliser de manière à confirmer – ou infirmer – qu'un régime de sollicitude clinique s'accorde avec le respect des recommandations de bonne pratique. Concernant les patients venus avec une demande minimale, leur dispersion en termes de valeurs de pression artérielle et de nombre de prises est malheureusement telle, à notre niveau, que nous ne pouvons rien avancer comme hypothèse. Là aussi, il faudrait pouvoir tester cette hypothèse sur un échantillon plus grand.

Après cette première étape descriptive des relevés tensionnels effectués, penchons nous maintenant sur les énoncés de pression artérielle relevée et les échanges entre médecin et patient qui y sont associés.

DES CHIFFRES TENSIONNELS ANNONCES

Quelle que soit la valeur de la pression artérielle, les chiffres sont généralement lus à voix haute par le médecin.

A part lors de la première prise de tension d'Agathe, dans tous les autres relevés, les chiffres sont énoncés par le généraliste sous la forme : « 14/9 » et non dans le format scientifique en mmHg : « 140/90 ». Les patients, eux, n'utilisent que la première forme qui est la plus répandue dans le langage profane et que l'on retrouve donc dans la situation

d'interaction médecin-patient qu'est la consultation ainsi que dans les propos recueillis en entretien auprès des patients¹⁸².

Si le plus souvent, les deux chiffres tensionnels sont dits, on observe toutefois quelques variations dans les pratiques alors que Michel n'annonce que le premier chiffre (Albert, Gilles, Paulette), Jacques pratique différemment selon les patients. Il annonce parfois les deux chiffres (Bernard, Elisabeth, René à la seconde prise), parfois que le premier (Geneviève, Nicole, René à la première prise). Ce qui l'on peut remarquer, c'est que les patients ne demandent jamais la seconde valeur lorsqu'elle n'a pas été dite par le médecin. Notons toutefois que d'un point de vue médical, au-delà de cinquante ans, la pression artérielle systolique correspondant au premier chiffre est considérée comme un facteur pronostique du risque cardiovasculaire plus important que la pression artérielle diastolique correspondant au second chiffre (HAS, 2005a, *op.cit.*). Ce qui signifierait qu'il est suffisant de s'appuyer sur le premier chiffre pour former son jugement. Dans ce cas, n'annoncer au patient que le premier chiffre peut être vu comme un signe de connaissance de cette donnée scientifique consignée dans les recommandations de prise en charge de l'hypertension. En effet, dans notre échantillon, tous les patients – sauf Gilles – à qui seule la pression systolique est annoncée ont plus de cinquante ans¹⁸³.

A la première prise, les chiffres sont toujours annoncés et le plus souvent immédiatement après le relevé (Agathe, Aimé, Albert, Alberto, Bernard, Charles, Eric, Gabriel, Gaston, Geneviève, Gilles, Janine, John, Joseph, Léon et Léonie, Lucie, Marceline, Marius, Paulette, Réjane). L'observation des consultations, et de ce moment en particulier, indique que l'annonce des chiffres tensionnels est un acte routinier, qui est comme réalisé de manière automatique : le médecin lit à voix haute les chiffres indiqués par le tensiomètre en même temps qu'il les découvre¹⁸⁴.

Cette lecture intervient le plus souvent au cours d'une conversation, interrompant momentanément celle-ci, sans y inclure de commentaire, comme c'est typiquement le cas lors de la consultation de John.

Le médecin, tout en prenant la tension :

M : « Mais vous vous souvenez que vous prenez de l'aspirine et l'aspirine est un anti coagulant, ça a donc favorisé la durée du saignement.

P : Oui, il faut vous dire que j'ai arrêté l'aspirine tout de suite.

M : Ça c'est moins bien.

¹⁸² On peut y percevoir un indice d'ajustement du lexique médical au monde non professionnel. Cette simplification (par une division par 10 des chiffres) fait toutefois perdre de la précision et cela sous-entend que le médecin arrondit les chiffres relevés. Il dispose là d'un espace dans lequel il peut positionner un patient plus ou moins près, ou d'un côté ou de l'autre de la valeur seuil. Que fait-il par exemple, face à un relevé à 145/95 ? Malheureusement nos données ne me permettent pas de répondre à cette question.

¹⁸³ Si les observations et les entretiens de notre corpus avaient été plus récemment réalisés, nous aurions pu demander aux médecins pourquoi ils n'ont annoncé qu'un seul chiffre lors de telle ou telle consultation. Vu le délai écoulé, ils n'auraient pu nous répondre que de manière générale.

¹⁸⁴ Si l'on compare avec un autre acte fréquent de l'examen clinique, la prise de pouls, le nombre de pulsation est rarement annoncé au patient dans les consultations observées.

P : Ah bon ?

M : 13/7... Monsieur, vous savez que vous prenez l'aspirine pour une raison précise ?

P : Oui mais j'ai arrêté pour deux jours (...).

Ce n'est que dans deux des consultations observées que le généraliste attend la seconde prise pour annoncer les deux couples de chiffres. C'est une attitude qui peut refléter le souci de ne pas inquiéter le patient, d'autant que l'inquiétude peut avoir un effet sur les chiffres du second relevé. Toutefois, le commentaire qui est fait par le médecin signalant des chiffres élevés peut avoir le même effet, comme nous l'avons entendu : « *elle est un peu haute votre tension* », dit le médecin à Mireille ; « *ça monte aujourd'hui* », dit Jacques à René.

Pour introduire ce deuxième relevé, on observe fréquemment le médecin expliquer « *on va attendre un peu* » et poursuivre pendant ce temps l'examen clinique, conformément aux recommandations qui préconisent un délai de quelques minutes entre chaque prise.

De même qu'à la première prise, lors de la seconde, les chiffres sont annoncés. Sauf dans deux cas (sur les quatorze) mais la manière dont le médecin interpelle le patient sous-entend que les valeurs relevées sont élevées. Après d'Albert, le médecin s'enquiert :

M : « Vous savez combien il faudrait ?

P : 14 quelque chose comme ça

M : Vous n'avez pas de stress ces jours ci

P : Non, non, non », répond le patient avant d'être convié à se peser.

Quant à Eric, les trois prises sont effectuées de manière rapprochée, les résultats de la première et de la troisième étant annoncés.

La consultation de Marceline présente une particularité. A peine la patiente sortie du cabinet, le médecin nous souffle qu'il n'a pas annoncé les chiffres réellement relevés (17/9), pour ne pas susciter l'inquiétude de la patiente et « *les discussions* » qui en auraient sans doute résulté, pour s'éviter ce qu'elle a déjà vécu dans le passé avec la même : « *une bagarre épuisante, épuisante !* ». Le 13/5 n'était peut-être pas le résultat affiché par le tensiomètre.

Cet exemple soulève la question de savoir s'il y a d'autres consultations pendant lesquelles le médecin a adopté la même pratique. A minima comme nous l'avons indiqué plus haut, il peut jouer sur la façon dont il énonce les chiffres (que le premier, en arrondissant...).

Avant de clore cette première section à visée descriptive, retenons que les pratiques observées les plus fréquentes correspondent à l'annonce au patient des deux chiffres tensionnels, sous la forme « 14/9 », dès leur apparition sur le cadran du tensiomètre. Ceci qu'il y ait une ou deux prises de tension.

2. Le jugement porté sur les chiffres

Au-delà de l'annonce des chiffres, il est important de regarder de plus près les interprétations et commentaires qui en sont faits par le médecin et par le patient. Sur quels éléments le médecin s'appuie-t-il pour élaborer son jugement sur les chiffres tensionnels relevés ? Que dit-il au patient lorsqu'ils sont supérieurs à la valeur seuil ?

QUAND L'HYPERTENSION N'EST PAS LA PRIORITE DE LA CONSULTATION

Dans les consultations de Bernard (13/7) et d'Elisabeth (14/7), on remarque que ces chiffres ne font l'objet d'aucun commentaire de la part du médecin lors du relevé. La prise de tension est effectuée sans interrompre la discussion en cours. Ces chiffres tensionnels n'apparaissent pas comme étant un souci pour le médecin, ce jour-là. Dans le cas de Bernard, qui vient de faire des complications cardiaques, la prise de tension est réalisée entre la dispense de conseils d'hygiène de vie et la proposition de changer le traitement qui serait à l'origine d'effets indésirables dont Bernard fait état.

Début de l'examen clinique, installation du brassard pour la prise de tension :

M : « Bon vous vous avez une petite activité physique ?

P : Ben je marche.

M : Tous les jours ?

P : Tous les jours quand il fait beau.

M : Combien de temps à peu près ?

P : Une heure, une heure et demi.

M : Une heure, une heure et demi ?

P : Oui je crois.

M : Vous essayez de faire une marche rapide ?

P : Ma femme marche vite alors je suis.

M : 13-7, respirez. Allez ouvrez grand, pas très rouge, je pense effectivement que c'est le Triatec qui nous fait souci.

P : Je n'ai pas le nez plein ni rien.

M : On va passer au Tareg parce que je crois, si j'augmente le Triatec vous allez pas être bien ».

Fin de l'examen clinique, le médecin retourne à son bureau pendant que Bernard se rhabille.

Avec Elisabeth, le médecin est focalisé sur l'objet de la consultation, un problème de santé aigu, au point qu'il ne réagit même pas au souci qu'elle exprime à l'annonce des chiffres tensionnels.

Début de l'examen clinique, prise de tension. Elisabeth regarde le médecin avec un air anxieux.

P : « Combien ?

M : 14/7

P : Ouais !!!... (au sociologue) C'est bon. Je suis habituée en plus.

S : Vous attendiez là le résultat !

P : (au sociologue) Ah parce que c'est mon problème ça.

M : Allez respirez fort... Ça siffle

P : Oui ça siffle.

M : Bon, allez... je vais vous donner des produits à respirer pour ouvrir les bronches.

P : D'accord »

Fin de l'examen clinique, le médecin retourne au bureau, Elisabeth se rechauffe.

Dans le cas de Joseph (14/7), comme dans d'autres consultations où les chiffres relevés sont proches de la valeur seuil, le commentaire du médecin est même positif.

« 14/7, c'est parfait » dit le généraliste à Joseph ; celui de Lucie lui explique que « 14/7 c'est strictement normal » et celui de Gabriel « c'est bien, 13/8, de toute façon ça fait un petit moment qu'elle est ... ».

Parfois c'est le patient qui porte ce type de jugement en premier: « ça c'est bien » (Valérie).

Ces consultations ont en commun, d'une part que les chiffres tensionnels du patient sont jugés corrects par le médecin, d'autre part que la tension artérielle –inférieure ou à la limite de la valeur seuil- ne ressort pas comme étant la priorité du jour à traiter. Comme pour Michèle qui est dans une situation personnelle et professionnelle difficile et que le médecin prend du temps pour écouter et tenter de reconforter. Ou encore Lucie dont la consultation a pour sujet principal des douleurs rhumatologiques pour lesquelles le médecin lui expose longuement l'intérêt d'une opération chirurgicale ; au relevé, il relativise les chiffres relevés et clos la conversation là-dessus ainsi que l'examen clinique.

Prise de tension :

M : « 14 / 7.

P : Oh, je suis pas très régulière.

M : Comment ?

P : Je suis pas très régulière.

M : Je vous ai fait attendre, on parle de choses un petit peu émotionnantes donc...

P : Je sais pas et puis... (inaudible)

M : 60 pulsations par minutes, ceci dit 14 / 7 c'est strictement normal.

P : Oui, mais en général je dépasse pas...

M : Aucun commentaire à faire.

(...)

M : Vous pouvez vous rhabiller madame ».

Fin de l'examen clinique.

Que dit le médecin au patient quand les chiffres relevés dépassent la valeur seuil ? Les signale-t-il trop élevés en se référant aux recommandations de bonne pratique ?

QUAND LES CHIFFRES SONT ELEVES

Ce qui ressort de nos observations est qu'à l'issue de la première prise, le commentaire produit par le médecin se caractérise par une modération quant aux résultats. Même s'il présente les chiffres au patient comme étant trop élevés – ce qui est réellement le cas-, il tempère son propos. L'emploi fréquent de l'expression « un peu » est remarquable.

- Soit le médecin le dit sans préciser par rapport à quoi il se base, mais on peut sous-entendre qu'il se réfère à la valeur seuil : « *ça fait un peu, un peu beaucoup* » (Dr Laurent à Eric – 15,5/10) ; « *elle est un peu haute votre tension* » (Dr Marc à Mireille - 16/9).
- Soit il les situe par rapport aux chiffres relevés antérieurement chez ce patient : « *c'était un tout petit peu plus que d'habitude* » (Dr Claire à Aimé - 15), « *c'est un peu que l'autre jour* » (Dr Claire à Marius - 17)

En fait, les chiffres relevés font l'objet d'un échange discursif entre le médecin et le patient au cours duquel ils sont référés par l'un et/ou par l'autre, et à la valeur-seuil et à la situation du patient.

Le médecin attribue les premiers résultats à un état d'énerverment de René, caractéristique de son tempérament (un peu plus loin dans la consultation, il qualifie ce patient de « boule de nerfs ») : « *vous êtes énervé aujourd'hui, elle n'est pas très bonne on va la reprendre, allez, respirez fort* ». Et face aux seconds chiffres, il explique : « *on est aux alentours de 15 avec la minima qui est un peu haute, aux alentours de 10. Donc c'est pas parfait et quand je vous l'ai prise toute à l'heure vous aviez 20* ». Le jugement est donné cette fois en référence à la valeur seuil.

Nous retrouvons cette hybridation du jugement médical de manière caractéristique dans les échanges entre le docteur Laurent et Eric :

M : « Ouais, 15,5/10

P : Hein ?

M : Elle est élevée

P : Elle est à combien ?

M : Oui, 15,5/10, ça fait un peu, un peu beaucoup.

P : En général, c'est 13, 13/9.

M : Alors on va attendre un petit instant ».

Le médecin signale que la tension est supérieure à ce qu'il faudrait « *elle est élevée* » mais relative « *ça fait un peu beaucoup* » ; le patient compare les chiffres du jour avec sa pression artérielle habituelle.

S'ensuit une deuxième prise de tension en changeant de bras, ainsi qu'il est recommandé pour une première consultation, ce qui est le cas d'Eric avec ce généraliste. Le résultat n'est pas énoncé. Puis une troisième prise est réalisée, au premier bras. Le médecin explique

alors en faisant référence à la valeur seuil, mais toujours en employant des expressions de manière à atténuer son jugement :

M : « bon, ça baisse un petit peu, mais on reste quand même à la limite sup. 14,5/9,5 »

Il enchaîne en expliquant qu'avant de traiter et donc en attendant de confirmer ce primo-diagnostic, il serait bon de « *faire un effort pendant un mois sur l'alimentation* ». Il agit ainsi de manière conforme à ce qui est recommandé. Il conserve un ton rassurant, « *on est juste à la limite* », « *rien d'inquiétant* », souligne-t-il.

Ce souci de ne pas alarmer, voire de rassurer revient de manière récurrente dans les consultations observées, à l'instar de celle avec Alberto qui, à l'annonce du 15/8,5, considère que : « *c'est un peu élevé ce matin* ». Et c'est le médecin qui lui demande des précisions : « *c'est quoi d'habitude ?/ d'habitude c'est 13* », répond le patient. Après vérification sur le dossier patient, le médecin confirme « *ah oui, au mois de mars, il y avait eu 12* ». Alberto demande des explications : « *on ne sait pas pourquoi ?* », « *non, vous savez la tension, ça, ça va, ça vient* », répond le généraliste qui relativise les chiffres relevés ce jour-là. Et par la suite, face ce patient qui fait part de son inquiétude devant un long voyage en autocar à venir alors que l'état de santé de sa femme n'est pas bon, le médecin souligne que « *d'habitude, ça va bien la tension (...) c'est exceptionnel aujourd'hui* », aussi peut-il « *partir, pour votre santé en tout cas, tranquille* ». Dans le jugement du médecin, la valeur des chiffres tensionnels a été considérée comme un épiphénomène qui ne méritait pas d'inquiéter davantage ce jour-là le patient.

Le jugement du relevé du jour est mis en perspective avec les données antérieures du patient, soit en consultant le dossier du patient, soit en l'interrogeant sur des relevés précédents, notamment lors de consultations avec des spécialistes : Maurice annonce à Léon « *14/9* » et lui demande combien les spécialistes récemment consultés « *avaient trouvé de tension ?* », de même Jacques à Nicole, qui lui répond « *13* », soit moins que le « *14* » relevé ce jour-là.

Les chiffres du jour peuvent être saisis pour interpeler le patient sur les valeurs « normales ». C'est l'option prise par Benoît dans deux des consultations observées. Pour cette mise en regard avec la valeur seuil, le médecin n'énonce pas son jugement mais demande au patient de lui commenter le résultat de la prise de tension. C'est le cas avec Gaston qui, s'il fait d'abord erreur sur l'interprétation des chiffres, parvient, sur les explications du médecin, à se situer et à juger sa pression artérielle au regard de la valeur seuil :

M : « 14 / 7 / oui, est ce que ça va ?

P : Eh oui.

M : C'est quoi la normale ?

P : Euh je sais pas, pas loin, 17/ 7-8 non ?

M : Oui, vous devez avoir moins de 14 /9.

P : Ah oui, alors si j'ai 14 / 7, ça va ?

M : Exactement ».

C'est un procédé qui peut avoir un effet pédagogique du fait de la simplicité du message, en allant dans le sens des recommandations et dans l'idée de dimension opérationnelle de la valeur seuil. Mais tous les patients n'adhèrent pas à cette manière d'être ainsi impliqué dans l'interprétation médicale des résultats. C'est le cas de John à qui le même médecin pose la même question. Celui-ci se voit répondre : « *aucune idée, ça c'est votre boulot pas le mien* ». Le généraliste persiste alors à vouloir impliquer John : « *non, c'est aussi le vôtre* ». Le patient, un anglais installé en France depuis sa retraite, se réfugie alors derrière l'influence du modèle de relation médecin-patient dans son pays d'origine : « *Dans notre culture, normalement dans notre culture, ça c'est le boulot du médecin ; on fait comme il dit* ». Le médecin exprime un doute quant à ce modèle britannique et poursuit l'examen clinique qu'il clôt en revenant sur l'explication des chiffres tensionnels : « *Asseyez-vous monsieur. Pour la tension, il faudrait que vous ayez moins de 14 pour le maxima et moins de 9 pour le minima. Vous avez 12/8 donc c'est bon* ». John ne répond pas.

Dans les observations réalisées, les chiffres tensionnels sont fréquemment énoncés. Ils font l'objet d'un commentaire de la part du médecin, celui-ci les jugeant soit au regard de la valeur-seuil, soit au regard des valeurs habituelles du patient. Ce qui est remarquable est le ton adopté, généralement rassurant, relativisant les chiffres relevés ce jour-là, en faisant référence à la variabilité de la pression artérielle ou à la situation actuelle du patient. Le jugement exprimé par le médecin fait état d'un compromis d'une part, entre références scientifiques et singularité du patient, d'autre part entre signaler l'écart à la norme biologique et ne pas alarmer le patient.

3 Les actions engagées après la prise de tension

Que fait le médecin après avoir pris la tension et annoncé les chiffres relevés au patient ?
Quelle prise en charge lui conseille-t-il ?

QUAND IL N'Y A PAS D'ACTION ENGAGÉE CONCERNANT L'HYPERTENSION

Un premier type de situation que nous avons rencontré correspond aux consultations pendant lesquelles le médecin n'enclenche pas d'action concernant l'hypertension lorsque les chiffres tensionnels sont, ce jour-là, inférieurs (Michèle, Bernard, John) ou proches de la valeur seuil (Mireille, Gabriel, Valérie, Nicole, Lucie, Joseph, Gaston, Elisabeth et Léon). Dans ces consultations, l'hypertension n'est pas la priorité du jour et les chiffres relevés ne justifient pas de la mettre sur le devant de la scène. Ils constituent alors un repère pour ne

pas entamer un travail particulier vis-à-vis de l'hypertension cette journée-là. Ils sont alors un « appui de non action ».

Cette situation va avec une absence de commentaire ou avec un commentaire positif sur les chiffres relevés. Leur valeur du jour n'est donc pas référée à la valeur seuil.

Tous ces patients sont suivis depuis longtemps par leur généraliste et un traitement contre l'hypertension a été installé depuis plusieurs années. La consultation observée s'insère donc dans une trajectoire de prise en charge médicale mais aussi dans une relation d'interconnaissance entre le médecin et le patient. Les éléments du passé interviennent dans la décision de ne pas parler des chiffres tensionnels ce jour-là, ce qui n'oblitére pas le fait de les aborder ultérieurement, quand ils seront plus élevés, quand le moment sera perçu plus propice.

Cela ne signifie pas qu'il n'y a aucune action médicale lors de cette consultation mais que ce qui est fait n'est pas en lien avec les chiffres tensionnels.

Dans les autres consultations observées, le médecin prend appui sur les chiffres tensionnels soit pour initier une prise en charge contre l'hypertension, pour la maintenir ou la modifier.

INITIER UNE PRISE EN CHARGE CONTRE L'HYPERTENSION

Il s'agit ici à l'inverse de patients récents (Marius¹⁸⁵, Eric¹⁸⁶) ou très occasionnels (Gilles¹⁸⁷, Yves¹⁸⁸) chez lesquels un diagnostic d'hypertension vient d'être posé ou est en cours de confirmation. Conformément aux recommandations de bonne pratique, plusieurs prises de tension ont été effectuées pendant la consultation. Elles indiquent à chaque fois des chiffres tensionnels supérieurs à la valeur seuil.

Dans ces situations, le médecin fait particulièrement preuve de pédagogie et le patient se montre prêt à suivre les conseils médicaux. L'interaction entre les deux est de l'ordre de l'accord mutuel sur la nécessité d'initier une prise en charge de l'hypertension.

A la lecture des chiffres, le médecin explique ce qu'il fait, à l'instar de la consultation avec Yves, pendant laquelle le médecin se conforme aux méthodes de mesure de l'hypertension préconisées et situe les chiffres relevés par rapport à la valeur seuil :

M : « Alors là, j'ai 14/9, c'est à la limite de ce qui est acceptable, pardon voilà on va s'allonger si vous voulez.

P : Oui.

¹⁸⁵ Deuxième fois qu'il consulte ce médecin.

¹⁸⁶ Première consultation mais ce médecin suit sa femme et son enfant et il l'avait rencontré à l'occasion d'une visite médicale dans le cadre du club de sport auquel il est adhérent.

¹⁸⁷ Gilles consulte habituellement un autre médecin du cabinet.

¹⁸⁸ Yves consulte de temps à temps ce médecin mais il est habituellement suivi par un autre qui est en congés.

M : On va la prendre dans une position de repos, donc vous vous allongez, vous respirez profondément

P : Je suis venu, là j'étais stressé.

M : Ben je vous ai pris un bon ... (inaudible)

P : J'ai traversé la ville à toute allure, j'ai fait ... (inaudible) il y a des travaux

M : Et bien essayez de vous relaxer au maximum là, de bien respirer profondément et je vous la prends dans deux minutes, pendant ce temps-là, je note ça dans le (...) alors, voyons je vais la prendre de l'autre côté, on va prendre des deux côtés la tension, vous remontez les deux manches ».

Deuxième prise de tension.

M : « 12/8, je vais attendre que vous soyez un peu relaxé et de ce côté-là, pour donner un sens à un chiffre de tension, il faut qu'elle soit prise dans les conditions de base qui sont, en fait, théoriquement après un quart d'heure de repos, allongé, sans parler ».

Troisième prise de tension

M : « 14/8.5, ben ça va ».

Suite de l'examen clinique.

La première mesure donne des chiffres égaux à la valeur seuil, ce que le médecin présente comme « à la limite de ce qui est acceptable ». La variabilité de la pression artérielle est présente par le patient et par le médecin. Yves l'évoque en avançant une justification à la tension relevée en expliquant qu'il est arrivé « stressé »¹⁸⁹ et ne se présente pas comme étant hypertendu en permanence. En réalisant les deux autres prises, le généraliste confirme que les chiffres tensionnels sont sensibles à la variation et abonde dans ce sens aux propos du patient tout en faisant comme il est recommandé. Sa conclusion se veut rassurante « ça va », bien que la pression systolique soit toujours égale à la valeur seuil.

Après avoir pris la tension artérielle, nos observations montrent que le généraliste questionne le patient sur ses antécédents d'hypertension, comme Michel le fait auprès de Gilles, afin de situer les chiffres du jour dans la trajectoire du patient :

M : « Ca vous est déjà arrivé ?

P : Oui, je fais de l'hypertension (...)

M : Oui

M : Vous le traitez?

P : Non, non

M : Ah

P : Non, parce que, parce qu'en fait je fais de l'hypertension quand je suis un peu stressé, c'est pas une hypertension

M : Continue

P : Continue

M : vous avez passé un holter sur 24 heures?

P : Non ».

¹⁸⁹ Ses propos vont aussi dans le sens d'une représentation de l'hypertension liée au stress (cf. chap. VII)

Ne connaissant pas le patient, le médecin s'informe sur une éventuelle prise en charge médicale déjà engagée afin de situer les chiffres relevés par rapport à un traitement en cours ou une hypertension confirmée de manière à élaborer son jugement. Il cherche à affiner le tableau diagnostique sans s'en tenir au seul relevé du jour. Gilles, comme Yves, ne se définit pas comme étant hypertendu mais comme « faisant de l'hypertension » quand il est en situation de stress. Il ne se présente donc pas comme atteint d'une maladie, ce qui peut expliquer le fait qu'il ne prenne pas de traitement médicamenteux bien que ses chiffres tensionnels aient déjà été relevés comme trop élevés. Nous retrouvons ici l'idée de savoirs profanes de l'hypertension comme obstacles à une prise en charge médicale.

Dans un troisième temps, ayant questionné le patient, le médecin lui soumet sa décision, ainsi que le fait Claire à Marius, qui lui avoue avoir « *toujours été un peu* » avec une tension élevée mais qui n'est pas sous traitement.

P : « J'ai toujours été un peu... »

M : Depuis longtemps, donc moi mon conseil ça serait quand même bien de la traiter, cette tension, parce que là ça, moi je l'ai contrôlé à deux fois, où elle était au-dessus largement des normes c'est-à-dire 14/9 maximum, vous me dites que ce n'est pas nouveau, vous n'avez pas tellement d'autres facteurs de risques hormis votre âge et le fait que vous soyez un homme mais ça on n'y peut rien, donc si on peut soigner quelque chose, c'est plus votre tension (...) donc, est-ce que vous êtes d'accord pour prendre un traitement vous a priori ?

P : si c'est nécessaire moi je veux bien le prendre ».

C'est la deuxième fois que Marius consulte ce médecin et que sa tension artérielle est bien au-dessus des normes ainsi que le signale Claire en précisant la valeur de référence. Sa proposition de traitement est avancée avec prudence : c'est un conseil qu'elle donne et non une injonction ; elle utilise la forme conditionnelle ; elle explique son raisonnement et le bilan en termes de facteurs de risque et finit par demander l'accord du patient « *a priori* ». A-t-elle su trouver les mots et le ton qu'il faut pour convaincre ce jour-là Marius qui jusque-là aurait refusé de prendre un traitement contre l'hypertension ? Marius a-t-il pris conscience du risque que représente l'hypertension¹⁹⁰ ? ... toujours est-il que cette fois, il donne son accord.

Après une longue explication sur les mécanismes physiologiques, le médecin explique l'intérêt de maintenir la pression artérielle en dessous de la valeur seuil en argumentant son propos sur les données scientifiques « prouvées » :

M : (...) je vous propose un traitement préventif, c'est-à-dire que je, on sait, il y a des études de très, très haut niveau qui ont montré que si on oblige la tension à rester dans les limites de la normale, c'est-à-dire à moins de 14/9 on n'a pas les complications d'infarctus, de, si on la laisse monter, si on la laisse partir dans tous les sens, là, on a des risques à partir de dix ans après le début (...).

¹⁹⁰ Voir le chapitre suivant sur la question de l'évaluation et de la perception du risque lié à l'hypertension

Pour justifier sa décision d'initier un traitement, ce médecin généraliste fait référence aux savoirs basés sur la science « *des études de très très haut niveau* ». Jamais elle n'émet un jugement sur le comportement de Marius, sur son net surpoids, le fait qu'il ne soit pas sous traitement antihypertenseurs. En revanche, elle prend le temps de le questionner et de lui expliquer. D'ailleurs la consultation durera trente minutes (soit le double de la durée habituelle et cinq fois plus que la consultation de ce même médecin avec Aimé).

A Eric et Gilles, le médecin qui les voit pour la première fois (respectivement Laurent et Michel) propose, non pas une mise sous traitement médicamenteux mais un temps d'observation pour valider le diagnostic, conformément aux recommandations qui préconisent des mesures « lors de trois consultations successives sur une période de trois à six mois avant d'initier ou de modifier un traitement » (HAS, 2005a, *op.cit.*)¹⁹¹.

Concernant Eric, des conseils hygiéno-diététiques sont prodigués de manière à voir si en perdant du poids, la tension artérielle diminue.

A la troisième mesure :

M : « bon, ça baisse un petit peu, mais on reste quand même à la limite sup. 14,5/9,5 c'est un petit peu trop, alors ça veut pas dire qu'il faut traiter tout de suite, heu, mais vous allez faire pendant un mois un effort sur l'alimentation

P : oui

M : donc en faisant attention à pas manger trop salé, principalement, c'est-à-dire bien sûr éviter les, les trucs à apéritifs salés

P : ouais, je n'en mange pas des tonnes

M : voilà, faire attention à essayer de perdre, perdre un petit peu de poids, si vous avez, parce que parfois dans l'hypertension hein, il y a un espèce d'effet seuil c'est-à-dire que vous prenez un kilo, bingo ça y est vous passez les chiffres, vous perdez un ou deux kilos et vous vous retrouvez en dessous dans les chiffres donc

P : d'accord

M : perdre un peu de poids, trois ou quatre kilos, ça devrait peut-être suffire, euh et puis donc faire attention à ne pas manger trop salé, etc. l'exercice vous connaissez

P : il y a la barre des 100 kilos, c'est mieux en dessous¹⁹²

M : voilà, très souvent, il y a une espèce d'effet seuil

P : non, non mais je comprends

M : 100 kilos, clac, vous passez au-dessus, 101 kilos ça y est, ça commence à débloquer, vous repassez en dessous, tout d'abord vous sentez mieux en forme, alors vous allez faire ça pendant un mois, vous allez travailler là-dessus, essayez de perdre deux, trois kilos, je ne vous demande pas d'en perdre dix, mais déjà deux, trois kilos, dans un mois, vous revenez je recontrôle la tension

P : ok ».

¹⁹¹ Claire a dû estimer que deux consultations avec des valeurs à 17/10 pour celle observée suffisaient pour initier le traitement médicamenteux, d'autant que le patient confirmait l'ancienneté de son hypertension. Ou comment l'ajustement des recommandations aux situations individuelles s'effectue.

¹⁹² Eric pèse 110 kg pour 1m90

Le médecin passe un contrat au patient : limiter la consommation de sel - ce qui est recommandé en cas d'hypertension- et perdre « un peu » de poids -le surpoids est un facteur de risque d'hypertension- puis vérifier l'effet sur la tension. L'objectif à atteindre est présenté comme n'étant pas insurmontable, perdre « trois ou quatre kilos ». Le médecin parle d'un effet seuil mais situe la barre à cent kilos, ce qui reviendrait pour Eric à perdre dix kilos ! Etait-ce intentionnel de la part du médecin, qui fait preuve de pragmatisme en ménageant Eric tout en lui fournissant deux repères qu'il pourra mobiliser selon sa préférence : perdre trois ou quatre kilos ou atteindre les cent kilos ?

Quoiqu'il en soit, Eric se montre d'accord, tout comme Yves et Marius mais aussi Gilles, à qui le médecin propose un temps d'automesure avant de prescrire un traitement antihypertensif¹⁹³. Gilles est un patient du cabinet médical mais habituellement ne consulte pas ce médecin. Il n'est pas traité contre l'hypertension et lui aussi explique : « *je fais de l'hypertension quand je suis stressé* ».

Le généraliste lui recommande ce jour-là :

M : « Il faut quand même s'assurer que ce ne soit que ça, ça serait bien que vous puissiez vous prendre la tension à la maison

P : parce que moi je le ressens »

Et un peu plus tard dans la consultation :

« Il faut quand même s'assurer que ce ne soit que ça, ce serait bien que vous puissiez vous prendre la tension à la maison (...) parce que là c'est le cas où il faut s'assurer que tranquille effectivement chez vous, tout seul. Parce que je peux vous faire prendre la tension par l'infirmière, mais ça va être pareil, quand elle va arriver boum

P : ah oui

M : donc il faut que vous la preniez tout seul ».

Si le recours à l'automesure est une façon de confirmer le diagnostic d'hypertension en écartant l'hypothèse de l'effet « blouse blanche », il est aussi une manière de faire prendre conscience au patient de la réalité de son hypertension, à travers sa mise en chiffre. Pour Gilles, elle est une étape préalable à la mise sous traitement.

Pour ces nouveaux patients qui disent avoir de l'hypertension depuis longtemps, le médecin prend appui sur les chiffres tensionnels pour initier une prise en charge qui n'avait apparemment pas été mise en place jusque là. Bien que les chiffres relevés soient supérieurs à la valeur seuil lors de la consultation, tout le propos du médecin va dans le sens de convaincre le patient sur la réalité de l'hypertension et des risques associés et donc du bien-fondé d'un traitement médical. Il prend le temps de donner des explications précises au patient et se réfère aux données scientifiques comme pour lui prouver ses compétences relationnelles et techniques. Dans cette situation de relation débutante où chacun découvre l'autre et tente de gagner sa confiance, le comportement des médecins observés est à l'image des propos recueillis quant aux valeurs et attentes du métier de généraliste.

¹⁹³ Pratique qui fait partie des aspects sur lesquels insistent les recommandations françaises de 2005 (cf chapitre III).

Et la rencontre semble avoir convenu aux patients. Ainsi en entretien, Marius se dit satisfait de ce médecin d'une part parce que c'est : « *quelqu'un qui était professionnel* » et il explique ce qu'il entend par être professionnel : « *être professionnel, c'est-à-dire être en connaissance* » ; d'autre part parce qu'il est un patient qui a « *envie de savoir* » et qu'il a eu beaucoup d'explications ce jour-là. Les relations avec les médecins, selon lui, doivent être basées sur la confiance, confiance qui est donnée à priori mais qui peut se perdre éventuellement. Yves exprime également de la satisfaction vis-à-vis de cette consultation qui a eu fonction de prise de contact : « *Là je venais dans un cadre de rugby. Il a bien noté, la tension qui était là. C'est concordant. Je ne sais pas s'il s'en souvient, par rapport à ce qu'il m'avait dit, l'année dernière aussi. Il avait posé quelques questions. Et puis, on est dans cette continuité là. Pour l'instant, je n'éprouve pas le besoin d'en avoir plus. Si effectivement il y a le lien avec la perte de poids, s'il s'avère qu'il faut faire un suivi beaucoup plus régulier, ça OK je pense que ça viendra à ce moment-là. Les questions viendront là par rapport à ça. Non je n'attendais pas plus. C'était pas l'objectif* ».

Voyons maintenant comment la consultation s'est déroulée autour de la prise de tension avec des patients plus anciens et dont les chiffres tensionnels sont également trop élevés.

SURVEILLER LA PRESSION ARTERIELLE

Pour ces autres patients, le maître mot est : surveiller. On constate une correspondance entre un commentaire du médecin jugeant les chiffres trop élevés et une proposition d'action, ne serait-ce qu'en annonçant : « *on verra, on verra, ça veut dire qu'il ne faut pas arrêter le (traitement)* » comme le fait Maurice à Léonie. Surveiller avant de changer éventuellement le traitement, c'est aussi la décision que Claire annonce à Aimé :

M : « La, la fois dernière, vous aviez 14,5 là c'est 15, bon c'est un petit peu limite, Il faudra peut-être surveiller voir s'il ne faut pas augmenter un peu votre traitement.

P : d'accord ».

Les généralistes agissent en conformité avec les recommandations dans le sens où elles préconisent de prendre appui sur plusieurs mesures lors de trois consultations consécutives avant d'initier ou de modifier le traitement.

Ce qui est également fortement préconisé dans les recommandations françaises de 2005 est le recours à l'automesure, méthode reconnue pour éviter des erreurs de diagnostic d'hypertension¹⁹⁴, liées en particulier à « l'effet blouse blanche » - une pression artérielle plus élevée lors de la prise par le médecin en consultation que ce qu'elle est dans une autre situation qui n'est pas source de stress¹⁹⁵.

¹⁹⁴ En langage épidémiologique, on parle des « faux positifs ».

¹⁹⁵ Lors des entretiens post-consultation, nous avons appris que des effets blouse blanche sont suspectés et que le recours à l'automesure est envisagé pour Paulette qui « *a une tension un peu émotive* » selon son

Nous avons vu que la proposition a été faite à Gilles. Elle est également faite à Agathe et à René.

René est suivi par Jacques depuis une dizaine d'années et il a été très difficile de lui trouver le traitement antihypertensif efficace et aux effets secondaires limités. Avant de modifier celui qu'il prend actuellement, le médecin lui propose de prendre régulièrement sa tension :

M (à la seconde prise) : « Allez là ça va mieux, mais c'est pas parfait, 15/8. Vous la prenez chez vous, non ? Vous n'avez pas d'appareil ?

P : non mais je peux aller à la pharmacie hein

M : oui ça serait mieux

P : ou demander à ma fille là l'appareil

M : votre fille elle en a un ?

P : oui

M : il faudrait peut-être aller à la pharmacie là, faites-le vous prendre à la pharmacie deux, trois fois et puis vous leur dites qu'ils écrivent le chiffre sur un papier et vous revenez avec le papier

P : oui

M : on est aux alentours de 15 avec la minima qui est un peu haute, aux alentours de 10. Donc c'est pas parfait et quand je vous l'ai prise toute à l'heure vous aviez 20 ».

Ce n'est pas vraiment une automesure que propose le médecin au patient mais de se faire relever la tension par son pharmacien en reprenant la suggestion émise par René. Cette accommodation avec la recommandation de référence se comprend comme un ajustement à la situation du patient, notamment financière. Ici René est un ouvrier retraité aux revenus modestes, ce que sait le généraliste qui connaît ce patient depuis longtemps. Acheter un tensiomètre peut être trop coûteux pour lui ou perçu comme une dépense non prioritaire. Avec Agathe, le cas de figure est que le médecin découvre qu'elle possède déjà un tensiomètre qu'elle utilise, alors qu'il lui propose l'automesure :

M : « Vous savez quand on prend, quand on suit une hypertension, on s'accroche pas à un chiffre, à un ensemble de chiffres sur le temps donc si aujourd'hui vous avez 145/95, on se le met à l'oreille

P : je me le suis gravé là

M : voilà on se le met derrière l'oreille, on se dit que c'est le contexte si chaque fois que je vous la prends tous les trois mois elle est élevée, au bout d'un an peut-être on changera le traitement, il faut pas non plus ou bien je vous prêterai un appareil pour que vous puissiez

P : non mais j'ai un appareil à la maison

M : combien vous avez chez vous ?

P : oh moi quand je me repose [inaudible] comme moi je suis une hypertendue et que j'ai des raisons de l'être, hein parce que ça arrive comme ça faut pas rêver, je suis habituée

médecin, et pour Léonie à propos de laquelle le généraliste nous explique : « ça vaut le coup de savoir si c'est l'effet blouse blanche ou si, chez elle, elle a aussi une tension limite, c'est pour ça qu'on le fait (prêter un tensiomètre) ».

M : d'accord donc c'est important, à ce moment là, que vous le fassiez vous parce que ça a autant de valeur que la tension que je vous prends

P : je sais

M : vous le savez ».

Le généraliste est dans le registre de l'explication : la pression artérielle est très variable, aussi faut-il plusieurs relevés au cabinet médical, voire des relevés à domicile. Les chiffres d'un jour ne sont pas à considérer isolément. La tension artérielle est une donnée à surveiller avant de prendre une décision de modification du traitement.

Il n'est guère surprenant qu'Agathe (43 ans, mère de deux enfants handicapés) pratique l'automesure sans forcément en avoir parlé à son généraliste. Elle se présente comme étant une « *patiente particulière* ». Son comportement observé en consultation montre d'elle une femme tout en même temps anxieuse et dans la revendication avec laquelle le médecin n'a pas tenté de négocier, par exemple sur la demande d'anxiolytique qu'elle lui a adressée. Avec elle nous explique-t-il : « *on ne discute pas le traitement* » car « *c'est quelqu'un qui a besoin de se réassurer en permanence* » et qui n'est pas prête à se plier aux conseils du médecin ».

Jacques et Marie-Pierre découvrent également que Geneviève et Charles (leur patient respectif), possèdent un tensiomètre. Tous deux arrivent en consultation, tensiomètre en main. Ils viennent avec une « demande outillée » ainsi que nous l'avons exposé dans le chapitre VI.

Après avoir pris la tension de Geneviève avec les deux appareils, le généraliste explique à celle-ci, conformément aux recommandations de bonnes pratiques, comment procéder pour optimiser l'intérêt de l'automesure :

M : « Votre appareil il marche bien, donc ce que vous allez faire c'est que vous prendrez votre tension, vous me l'écrivez sur un petit carton, alors il faut pas la prendre tous les jours c'est pas la peine, mais par exemple le lundi vous la prenez le matin, le mercredi à midi le vendredi le soir, hein et quand on se reverra, vous me l'apportez et puis vous écrivez l'heure à laquelle vous avez pris la tension parce que pour moi c'est important, hein. Et c'est vrai que c'est la tension chez vous qui compte plus que chez moi, parce que chez moi vous êtes un peu énervée ».

A l'issue de la consultation, le médecin nous raconte que Geneviève : « *est traitée de façon un peu périodique, c'est pour ça qu'effectivement, elle c'était peut-être un peu le bon cas, elle ça fait effectivement plusieurs années qu'elle prend des traitements et puis que quelquefois on arrête parce que la tension baisse et puis on les reprend, ça fait plusieurs années (que son hypertension) est irrégulière, ce qui peut effectivement, là, peut tout à fait attirer l'attention et faire dire qu'elle a un syndrome blouse blanche* ».

L'automesure est donc fortement conseillée pour elle. En surveillant les chiffres tensionnels à domicile et en les comparant avec ceux relevés en consultation, le médecin pourra statuer sur l'état de Geneviève et adapter en fonction sa prise en charge. Il agit ainsi conformément

aux recommandations de bonne pratique mais en tenant compte de ce qu'il connaît de Geneviève et en ayant instauré une relation de confiance avec elle qui contribuera à ce qu'elle suive ses conseils.

Conclusion

Les recommandations de prise en charge de l'hypertension présentent la pression artérielle comme étant une donnée très sensible aux conditions de mesure et bien que la relation entre le niveau de pression artérielle et le risque cardiovasculaire soit continue, le recours à une valeur seuil au-delà de laquelle un individu est déclaré hypertendu est considéré comme ayant un fort intérêt pragmatique.

Ces deux dimensions (variabilité et intérêt pragmatique) sont confirmées dans notre analyse de consultations de médecine générale.

Les chiffres sont le plus souvent, et d'autant plus s'ils sont supérieurs à la valeur seuil, saisis par le médecin, voire par le patient pour engager une action médicale, d'initiation de prise en charge de l'hypertension ou de surveillance de la tension artérielle. Ils constituent un appui pour l'action médicale (Dodier, 1993a, *op.cit.*).

L'automesure, un des élément-phare des recommandations de prise en charge de l'hypertension, est pratiquée par certains patients, elle est proposée à d'autres. Si elle est préconisée pour écarter une erreur de diagnostic, elle est aussi utilisée comme étant potentiellement un moyen de faire prendre conscience au patient de la réalité pathologique de l'hypertension, de l'aider à se considérer non pas comme « ayant de l'hypertension » ponctuellement, en situation de stress mais comme « étant hypertendu » et ainsi d'améliorer son adhésion au traitement médical. Toutefois, le coût d'achat d'un tensiomètre peut être un frein à son usage qui n'est pas pris en compte dans les recommandations.

Nos observations montrent que le jugement médical ne s'élabore pas uniquement sur la base des valeurs relevées un jour. Et si les chiffres relevés sont situés par rapport à la valeur seuil, ils sont également mis en perspective avec les données antérieures ou habituelles du patient.

Autrement dit, maints indices observés signalent que le médecin connaît les recommandations de prise en charge de l'hypertension, qu'il a en tête la valeur seuil quand il prend la tension à un patient et qu'il s'y réfère pour situer les valeurs relevées. Mais que ces données éprouvées ne constituent pas son seul repère d'action. Il élabore son jugement en tenant compte également de l'individu en face de lui, de son mode de vie, de son tempérament, de la définition de son état de santé et de l'antériorité de leur relation.

En ne s'en tenant qu'à ce court moment de la consultation circonscrit à la prise de tension, on a pu observer une hybridation du cadrage de la situation opérée par le médecin dans laquelle les chiffres tensionnels sont jugés en croisant la singularité du patient et la normalité biomédicale. De ce jugement hybride, le médecin décide d'une action visant à réduire l'hypertension tout en étant adaptée au patient.

Chapitre IX

L'évaluation et la gestion du risque cardiovasculaire dans la prise en charge de l'hypertension

Ce chapitre s'intéresse à l'autre élément des recommandations présenté comme étant au fondement de la décision thérapeutique : l'évaluation de risque cardio-vasculaire global. Cette évaluation se réalise à partir de l'identification des facteurs de risque du patient hypertendu.

Nous avons vu dans le chapitre III, que l'hypertension était emblématique de l'approche par facteur de risque, née de la démarche de mesure des assureurs américain et ayant émergé en tant que facteur de risque majeur des maladies cardiovasculaires dans l'étude de Framingham. Elle a été confirmée en tant que tel par les études épidémiologiques suivantes et considérée comme ayant elle-même des facteurs de risque. L'arrivée sur le marché de médicaments et le développement d'essais cliniques randomisés ont abouti à l'élaboration de recommandations c'est-à-dire au développement d'une « médecine des preuves en hypertension ». En offrant un cadre scientifique, cette médecine peut être perçue comme rassurante face à l'incertitude grandissante en lien avec la prévalence croissante de l'hypertension, rassurante également car elle permet de repérer ceux qui courent le risque le plus élevé tout en expliquant sur quels éléments agir pour le diminuer.

L'approche par facteur de risque, sur la base de résultats épidémiologiques, a notamment pointé, dans le cas des maladies cardiovasculaires, la responsabilité de l'individu vis-à-vis de sa santé. Autrement dit, est défini, à partir de données issues de grandes cohortes, un comportement individuel à risque dont il s'agit de détourner la personne « indemne ou malade » (dans le sens par exemple de ne pas commencer à fumer ou d'arrêter de fumer). Une des critiques majeures faites à l'approche par facteur de risque est que ces données établissant un patient moyen ne sont pas discutées quant aux modalités d'ajustement à la situation individuelle (quand il est question d'une personne vivant entourée de fumeurs, ou d'une personne ayant perdu son travail et en difficulté financière...). Ajoutons qu'elle appréhende les comportements hygiéno-diététiques comme relevant du fait individuel sans considérer l'influence sociale sur ceux-ci.

La littérature sociologique qui s'est intéressée à la notion de risque et en particulier au risque en santé, montre qu'aujourd'hui, plus que jamais, les individus sont supposés prendre en main leur propre destinée, anticiper les conséquences incertaines de leurs décisions et gérer les risques qui menacent leur bien-être (Beck 1991, Perreti-Watel 2003). Du moins il est attendu d'eux qu'ils se comportent ainsi. Pour le dire autrement, dans nos sociétés caractérisées par la montée de l'individualisme et de l'autonomie, la gestion des risques en santé par les personnes est constituée en impératif. Les individus sont mis face à leurs responsabilités et soumises au blâme si elles adoptent ou n'abandonnent pas des conduites à risque. L'injonction à faire preuve d'autonomie va, paradoxalement, avec

l'injonction à se conformer aux normes collectives, ceci sans que soit prises en compte les singularités sociales et les différences de ressources dont dispose l'individu.

Continuons du côté de la sociologie du risque et voyons en quoi elle est applicable au cadre de l'hypertension. Selon Perreti-Watel (*op.cit.*), le risque se définit selon trois caractéristiques : il est mesurable, il a des conséquences collectives, il représente une perte de capital économique monnayable. Pour l'évaluer, on a recours à des méthodes scientifiques visant à déterminer et à décrire les dangers, afin d'évaluer les conséquences individuelles et collectives d'évènements défavorables pour la santé. Pour gérer le risque, des mécanismes de régulation sont mis en place par des instances décisionnelles pour assurer la protection des publics. Tout ceci constitue un portrait qui s'accorde parfaitement avec l'hypertension.

Toutefois ajoutons que traiter le risque peut s'entendre à deux niveaux ainsi que le souligne Paicheler (2007) : d'une part, au niveau global, par un ensemble complexe de mesures qui sont en dernière instance du ressort du politique et d'autre part au niveau du colloque singulier médecin-patient, sachant qu'ils sont « placés dans un réseau d'incertitudes et d'obligations ».

C'est à ce second niveau que nous nous plaçons dans ce chapitre, en continuité et de manière complémentaire aux travaux de Proulx (2007, *op.cit.*) sur l'expérience du risque lié à la maladie et à ses représentations. Son analyse est basée sur des entretiens réalisés auprès de dix sept personnes nouvellement diagnostiquées hypertendues, « sans avoir assurément une idée de ce qui se dit dans le cadre de la consultation médicale, et sans pouvoir présumer qu'une information sur le risque est effectivement transmise aux participants ». C'est justement ce que nous proposons d'aller voir ici.

Notre perspective s'accorde avec celle de Raymond Massé (2007) lorsqu'il invite les chercheurs à dépasser une « sociologie du soupçon par des études empiriques qui permettent de confronter les discours des théoriciens du risque aux pratiques des individus : développer une phénoménologie du risque dans la quotidienneté, accéder à une compréhension du risque du point de vue de l'individu et du travail sur le sens qu'il opère ». Car il ne faut pas oublier l'écart potentiel entre la position et les représentations de l'expert et celles du profane – ici le médecin et le patient¹⁹⁶.

C'est pourquoi nous proposons dans ce chapitre de préciser tout d'abord, comment il est question du risque et des facteurs de risque en consultation de patients hypertendus, puis comment l'un et l'autre en parle en entretien. Nous verrons que ces différentes appréciations vont de pair avec des trajectoires médicales et relationnelles entre le médecin et le patient qui éclairent des « modes d'agir ensemble » observés en consultation.

Comment le risque lié à l'hypertension est-il évalué en consultation ? L'est-il en termes de facteurs de risque cardiovasculaires ? Comment le risque est-il qualifié par le médecin, par le patient ? Comment est-il saisi par l'un et l'autre pour engager une action contre l'hypertension ?

¹⁹⁶ L'analyse de ces deux perspectives est au cœur de la sociologie du risque. Pour le domaine de la santé, l'article de Paicheler cité au-dessus est fort instructif.

1. L'évaluation du risque en consultation

Dans les recommandations de bonne pratique, l'évaluation du niveau de risque cardiovasculaire est dite être un pilier de la décision thérapeutique. Les éléments définis comme étant des facteurs de risque par la littérature épidémiologique sont listés et un niveau de risque est établi en fonction du nombre de facteurs repérés chez un individu et de son niveau de pression artérielle.

Rappel : les facteurs de risque dans les recommandations françaises de prise en charge de l'hypertension (HAS, 2005a, *op.cit.*)

- Âge (> 50 ans chez l'homme et > 60 ans chez la femme)
 - Tabagisme
 - Antécédents familiaux d'accident cardio-vasculaire précoce
 - Diabète (diabète traité ou non traité)
 - Dyslipidémie
- Autres paramètres à prendre en compte lors de la prise en charge du patient hypertendu
- Obésité abdominale ou obésité
 - Sédentarité
 - Consommation excessive d'alcool

Tableau-encadré 19 : Stratification du risque cardiovasculaire.

	PA1 : 140-159/90-99	PA2 : 160-179/100-109	PA3 ≥180/110
0 FR associé	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
1 à 2 FR associés	Risque moyen		
Plus de 3 FR associés et/ou diabète et/ou AOC	Risque élevé	Risque élevé	
Maladie cardio-vasculaire/rénale		Risque élevé	

FR = facteur de risque ; AOC = accident oculaire cérébral

Le tableau ci-dessus est considéré comme étant un outil très pratique pour le médecin (cf chapitre III). Le raisonnement médical présenté est le suivant : recenser les facteurs de risque du patient, classer le patient en fonction du niveau de risque, mettre en place ou adapter le traitement pharmacologique et non pharmacologique.

Dans cette section, nous verrons sous quelles formes il est question du risque en consultation de médecine générale de patients hypertendus. Est-ce en termes de facteur de risque ?

Comment et dans quels cas une évaluation du risque cardio-vasculaire est-elle réalisée ?
Est-ce conformément aux recommandations ?

A partir des données dont nous disposons (consultations observées, entretiens réalisés, des questionnaires recueillis), nous avons cherché à qualifier les patients de notre corpus selon leurs facteurs de risque. Nous ne disposons pas de certaines informations précises notamment sur l'activité physique et sur la consommation d'alcool qui apparaissent comme étant deux éléments peu évalués par le médecin. Nous verrons dans les consultations observées que le généraliste n'est pas à l'aise pour aborder ces sujets avec le patient et que leur évaluation n'est pas évidente à réaliser.

Notre démarche est d'utiliser ce tableau non pas comme grille validée mais comme support complémentaire de l'analyse que nous avons faite au regard de la place du risque dans les consultations

Tableau-encadré 20 : Répartition des patients selon leur niveau de risque

Agathe (pas de facteur de risque repéré, PA 1*)
Aimé (57 ans, cholestérol, tabac récemment arrêté, PA 2)
Albert (71 ans, obésité, diabète, accident vasculaire oculaire, PA 2)
Alberto (64 ans, problèmes de rythme cardiaque, PA 2)
Bernard (59 ans, complications cardiaques récentes, PA 2)
Charles (76 ans, accident ischémique transitoire, PA 2)
Elisabeth (pas de facteur de risque repéré, PA 2)
Eric (pas de facteur de risque repéré, PA 1)
Gabriel (70 ans, diabète, surpoids, troubles du rythme cardiaque, PA 2)
Gaston (79 ans, PA 2)
Geneviève (73 ans, surpoids, PA 2)
Gilles (pas de facteur de risque repéré, PA 1)
Henri (62 ans, surpoids, alcool, cholestérol, infarctus, PA 2).
Janine (85 ans, surpoids, PA 2)
John (67 ans, obésité, accident vasculaire oculaire, tabac récemment arrêté, alcool ?, PA 2)
Joseph (64 ans, problèmes cardiaques, PA 2)
Léon (79 ans, obésité, diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, PA 2)
Léonie (74 ans, diabète, surpoids, PA 2)
Lucie (68 ans, activité physique limitée, PA 2)
Marceline (61 ans, diabète, PA 2)
Marius (54 ans, à la limite de l'obésité, PA 2)
Marthe (78 ans, obésité, cholestérol, problèmes cardiaques, PA 2)
Michèle (obésité, tabac, alcool, PA 2)
Mireille (60 ans, obésité, diabète, PA 2)
Nicole (69 ans, diabète, PA 2)
Paulette (73 ans, diabète, cholestérol, PA 2)
Réjane (62 ans, obésité, diabète, cholestérol, PA 2)
René (76 ans, cholestérol, alcool ?* PA 3)
Valérie (diabète insulino-dépendant, néphropathie, PA 2)
Yves (63 ans, cholestérol ?, PA 2)

* le point d'interrogation indique que la présence de ce facteur de risque est soupçonnée

QUAND IL N'EST QUESTION NI DE RISQUE NI DE FACTEUR DE RISQUE

Dans les onze consultations, soit un peu plus de une sur trois de notre corpus, qui correspondent à ce type, il n'est question ni des facteurs de risque cardiovasculaires ni des risques encourus par le patient.

Il s'agit de quatre patients de niveau de risque moyen (Alberto, Gaston, Geneviève, Lucie) et de sept de niveau de risque élevé (Charles, Henri, Gabriel, Léonie, Marceline, Paulette, Valérie).

Ils se répartissent entre plusieurs médecins.

Leur tension artérielle est plus ou moins élevée.

Qu'ont ces consultations en commun qui explique que la question du risque n'y apparaisse pas ?

Certains éléments explicatifs se dégagent :

- quand les données biomédicales du patient sont normales et que son état de santé est stable. Le médecin ne dispose pas d'appui pour parler de risque ce jour-là.

Gaston vient avec des résultats biologiques qualifiés de bons. Lors de l'examen clinique, la tension artérielle et le pouls sont dits corrects par le médecin. Ce qui est aussi le cas de Valérie bien qu'elle soit à risque élevée du fait d'une maladie rénale.

- quand le patient est de nature anxieuse et que l'enjeu de la consultation est pour le médecin de le rassurer. Parler en termes de risque n'irait pas dans ce sens.

Ainsi, Alberto et Charles expriment beaucoup d'anxiété au cours de la consultation observée. Relevons entre autres passages : « *c'est ce qui m'inquiète un petit peu ... Ah oui, je suis toujours stressé* » (Charles). Et à la fin de la consultation, le médecin nous fait spontanément un commentaire sur Charles : « *il est hyper stressé* ». D'ailleurs, pendant l'entretien, Charles ne cesse de se dire angoissé et stressé : à travers les problèmes de santé de sa femme (dont il ne parle que par les maladies qu'elle a eu et a aujourd'hui), par son travail (il dirigeait cinq cent personnes). Il est arrivé avec soulagement à la retraite mais n'en a pas acquis de la sérénité « *je suis éternellement stressé et même à la retraite* ».

Quant à Alberto, c'est lui qui demande au médecin de lui prendre sa tension :

P : « Vous voulez prendre ma tension ?

M : Ah si vous voulez, on va prendre la tension, vous avez des craintes pour votre tension, des peurs pour votre tension ?

P : Vivement que je parte en vacances, ça me, c'est un peu énerv- ça m'énerv un petit peu.

M : Ah bon ?

P : Oui parce que, je voulais même demander si vous n'auriez pas question de médicaments pour me calmer quand je pars en voyage.

M : Et pourquoi donc ça vous énerve de partir en vacances ?

P : Pff quand on monte dans le car, comme ça, tout ça, ça m'énerve un petit peu quoi ».

Le généraliste répond à cette anxiété en essayant de rassurer ce patient : devant des chiffres tensionnels plus élevés que d'habitude, il signale « *vous savez, la tension ça, ça va ça vient* » et « *c'est exceptionnel aujourd'hui* » et donc « *vous allez pouvoir partir, pour votre santé en tout cas, tranquille* ».

Une autre situation dans laquelle il n'est question ni de risque et ni de facteur de risque : lorsque la demande du patient ne concerne pas l'hypertension, comme dans le cas de Lucie pour qui le sujet central de la consultation est l'arthrose, et dans celui d'Henri qui vient pour un psoriasis.

La consultation de Léonie et Paulette sont quelque peu particulières : toutes deux sont venues consulter avec leur mari pour lequel le médecin s'est attardé, dans un premier temps, sur la question des risques. Le généraliste n'y revient pas lorsque vient leur tour.

Toutefois, aucune de ces dimensions n'explique à elle seule pourquoi le risque est absent de la consultation observée.

Mais ce qui émerge et que nous pouvons d'ores et déjà souligner est que chacune de ces consultations s'inscrit dans une trajectoire de prise en charge de l'hypertension. Tous ces patients sont suivis régulièrement par le médecin avec lequel il a été observé. L'évaluation du risque cardiovasculaire a déjà été effectuée, le niveau de risque du patient est connu et rien ce jour-là ne justifie, pour le médecin, de modifier le traitement.

QUAND UNE MISE A JOUR DES FACTEURS DE RISQUE EST FAITE

Dans ce cas de figure, il s'agit de patients dont le risque est élevé¹⁹⁷ du fait de maladie cardiovasculaire ou rénale, parfois associée à du diabète (Bernard, John, Albert, Léon, Joseph). Le médecin les a « dans son collimateur » pour reprendre l'expression de Benoît. Les données médicales sont connues. Dans les consultations observées, le généraliste cherche à compléter et actualiser l'évaluation cardiovasculaire en interrogeant le patient sur son comportement hygiéno-diététique.

Ainsi auprès de Bernard qui a fait récemment un accident cardiaque, le généraliste s'enquiert de ses habitudes alimentaires et de sa consommation de produits déconseillés en cas d'hypertension :

M : « Au niveau alimentation comment vous, comment vous fonctionnez là ? Vous mangez très salé, vous mangez peu salé ?

¹⁹⁷ D'après les facteurs de risque repérés mais c'est aussi en ces termes que les généralistes nous en parlent.

P : Non, pas salé, pas salé en général pas salé, des fois si on achète du jambon cru, c'est pour nous c'est immangeable.

M : Vous mangez pas de produits à base de réglisse ?

P : Non.

M : Vous buvez pas des pastis sans alcool ?

P : Ah non, non, du pastis des fois mais...du vrai.

M : Mais pas tous les jours ?

P : J'ai essayé une fois c'est très mauvais (rires des deux) ».

Le médecin énonce une première évaluation : « *donc on a pas trop de facteurs de risque* », avant de poursuivre sur l'activité physique :

M : « Bon vous vous avez une petite activité physique ?

P : Ben je marche.

M : Tous les jours ?

P : Tous les jours quand il fait beau.

M : Combien de temps à peu près ?

P : Une heure, une heure et demi.

M : Une heure, une heure et demi ?

P : Oui je crois.

M : ça c'est bien. Vous essayez de faire une marche rapide.

P : Ma femme marche vite alors je suis ».

Au vu de ses réponses, les habitudes hygiéno-diététiques de Bernard sont bonnes au regard des recommandations. Le médecin arrête là ses questions et poursuit l'examen clinique. Puis il prescrit un bilan sanguin et établit une nouvelle ordonnance médicamenteuse en tenant compte des indications du cardiologue que Bernard a consulté juste avant lui :

M : « Ca commence à faire beaucoup de remèdes déjà, mais c'est vrai que là, quand on sort de chez un cardio c'est minimum quatre ou cinq, c'est fini là, vous n'avez plus le droit de... et ne pas le faire c'est vraiment dommage parce qu'on sait qu'avec ce type de produits, quand même, on éloigne le risque.

P : Monsieur (le cardiologue) m'a dit que ça protège.

M : Ah oui quand même, oui tout à fait ».

Le risque est présent et reconnu par le médecin et le patient. Le généraliste agit en établissant une nouvelle prise en charge médicamenteuse qui « *éloigne le risque* » et en ayant vérifié que le patient n'augmente pas ses risques par un comportement de vie inadéquat. Bernard est étroitement suivi depuis son accident cardiaque. Le médecin lui donne un autre rendez-vous à une date proche.

John est un autre patient que le médecin dit à haut risque qui a récemment fait une crise de goutte. Le médecin explique :

M : « Ca va un peu avec le poids monsieur.

P : Oui, toujours, toujours, oui je sais. Mais c'est difficile d'arrêter de fumer et en même temps perdre, mais je suis fier quand même.

M : Je crois que vous pouvez.

P : Oui oui oui.

M : Franchement, il n'y en a pas beaucoup qui y arrive. Honnêtement ! (rire des deux)

P : Oui c'est vrai.

M : Il faut que je vous encourage un peu !...alors où est ce que vous en êtes du tabac ?

P : Oui j'ai arrêté.

M : Complet ?

P : Complet ! C'est difficile mais complet, c'est vrai, aucun cigare et ... qu'est ce qu'on dit en France, le petit chose qu'on met dans le nez ? « schnaff » ! Le tabac d'autrefois.

(... arrêt depuis) Deux mois.

M : Et alors qu'est ce que ça a eu comme conséquence sur votre alimentation et votre poids ?

P : Pas beaucoup, je crois pas beaucoup, parce que, je mange pas trop mais le problème c'est le vin. Je bois deux verres trois verres une demi bouteille par jour.

M : Par jour ? ! (sur un ton un peu interloqué) Mais c'est très bien !

P : Oui mais si j'arrête je perds du poids, c'est le vin qui me donne le poids...

M : Oh ! ».

De retour à son bureau, le médecin consulte le dossier de John :

M : « Vous avez pris quand même euh six kilos en neuf mois, six mois pardon.

P : Faudrait que j'arrête.

M : C'est à dire que le problème, on a l'explication, vous avez arrêté de fumer et le facteur de risque tabac, le tabac est bien plus mauvais que le surpoids, donc, je je suis prêt à négocier. (rire de John)

M : Si vous voulez, ça m'ennuierait beaucoup que vous repreniez à fumer pour perdre du poids, vus vos antécédents, franchement ».

Ici, le médecin apprend que John a arrêté de fumer. Le tabac étant un facteur de risque cardiovasculaire avéré, il se réjouit de cette réussite et le félicite. Il enchaîne sur l'impact éventuel sur le poids, dans un raisonnement associant arrêt du tabac-prise de poids. Le patient dit ne pas beaucoup manger –il pèse tout de même 115 kilos pour 1m75 – et attribue son poids à sa consommation de vin (une demi-bouteille par jour). Le médecin la juge « très bien ». Pourtant, elle se situe à la limite de ce qui considéré comme une consommation excessive dans les recommandations -plus de trois verres par jour. En fait, ce qui est le plus important est que le patient ne fume plus : « *on a l'explication, vous avez arrêté de fumer et le facteur de risque tabac, le tabac est bien plus mauvais que le surpoids, donc, je je suis prêt à négocier* ». Il hiérarchise les risques et priorise leur gestion : « *On va se concentrer pour l'instant sur l'arrêt du tabac mais tout en gardant le poids à l'esprit... Si vous prenez deux kilos par exemple, vous savez que vous devez revenir me voir. Là on verra ce qu'on peut faire pour votre poids* ».

La posture de type éducation thérapeutique du généraliste est de considérer que lorsqu'un patient cumule plusieurs facteurs de risque, on ne peut agir en même temps sur tout. Mieux vaut agir sur un seul facteur pour s'assurer d'un résultat durable que tenter d'agir sur plusieurs à la fois et aboutir à un échec. Dans cette perspective, ce qui n'est pas abordé et fait aujourd'hui le sera lors d'une autre consultation. Ici, le médecin se montre pragmatique tout en se référant aux données scientifiques (le tabac est un facteur de risque plus important que le poids). Sa démarche est une traduction opérationnelle des recommandations en les ajustant à la situation du patient et en les insérant dans une trajectoire de prise en charge de l'hypertension.

C'est de la même manière qu'opère Michel avec Albert : celui-ci a eu des complications liées au diabète, il est à risque cardiovasculaire élevé. Le généraliste explique qu'il va augmenter le dosage du médicament antihypertenseur « *parce qu'il faut que la tension soit basse, l'atteinte aux yeux c'est déjà une petite complication* » (...) « *donc on a intérêt de mettre tout en dessous des normes* ». Il prescrit un bilan sanguin et tout en établissant l'ordonnance, interroge Albert sur son dernier repas (Paulette répond également) :

M : « Par exemple qu'est ce que vous avez mangé ce midi ?

P : Hein ?

A¹⁹⁸ : Aujourd'hui euh... une salade d'endives.

P : Oui.

A : De la salade.

M : Et après, la salade d'endives ?

P : Un morceau de jarret, un bout de fromage et puis c'est tout.

A : Oui, du fromage et une pomme, et voilà (après un petit temps de silence) et le soir

P : Le soir on ne mange pas !

A : Un peu de potage.

P : Presque pas.

A : Un bout de fromage, un fruit et puis ça y est ».

Ici, le régime alimentaire concerne tout autant le diabète que l'hypertension, Albert étant en très net surpoids. Il lui faudrait donc gérer son alimentation pour équilibrer sa glycémie et perdre du poids. Cet échange illustre la prudence avec laquelle le médecin interroge le couple qui peu à peu énonce la composition de leur repas, tout en minimisant le contenu : « c'est tout, « presque pas », « ça y est », « on ne mange pas »

Enfin, l'évaluation peut être réalisée dans un cadre précis, celui de prévention des risques opératoires. Joseph représente cet autre cas de figure : une opération chirurgicale programmée amène le généraliste à prescrire des analyses biologiques afin de réévaluer les facteurs de risque cardiovasculaires :

M : « Alors tant qu'à faire une prise de sang, est ce qu'il y a longtemps qu'on a vérifié les autres facteurs de risque. La thyroïde une fois par an ça a été fait en janvier c'est bon, le calcium, potassium voilà ça fait deux ans qu'on a vérifié, décembre 2004, un an et demi donc on va révéifier.

P : D'accord.

¹⁹⁸ Ici nous utilisons « A » pour Albert, « P » pour Paulette

M : Le sucre et le cholestérol.

P : Oui.

M : C'est une vérification à faire de temps en temps ».

Puis, il vérifie les données antérieures notées dans son ordinateur :

M : « C'était quoi la dernière fois... le sucre c'était bien, le cholestérol était bien, le bon cholestérol était bas et donc le mauvais cholestérol était un taux acceptable mais pas particulièrement bas, alors le bon cholestérol c'est corrélé un peu à l'activité physique.

P : Ah oui ».

Suit un interrogatoire du patient sur son activité physique :

M : « Pourtant vous bougez pas mal.

P : Ben oui, oui, oui.

M : Vous bricolez ?

P : Oh oui, je bricole, oui.

M : Vous jardinez ?

P : Je jardine pas mais je, je, je menuise, enfin non mais je, je, je travaille beaucoup le bois alors.

M : Ah oui.

P : Mais ça m'occupe bien

M : Par contre, pas d'activité sportive.

P : Non, non.

M : Vous faites de la marche à pied là où vous habitez là ?

P : Non je peux pas à cause de mon genou docteur.

M : D'accord ».

Autant l'évaluation des facteurs biologiques ne pose pas de problème et est objectivable via une analyse du sang, autant l'évaluation de l'activité physique s'avère bien délicate à réaliser car elle repose sur une appréciation subjective qui navigue entre différents termes : bouger, bricoler, jardiner, « menuiser », s'occuper...

QUAND IL S'AGIT D'UNE ÉVALUATION INITIALE

La dimension temporelle intervient là encore. Ici, nous sommes dans le cas de figure de patients récents dont un diagnostic d'hypertension est en cours de confirmation. Dans les consultations observées, le médecin effectue un « *petit tour du propriétaire* », pour reprendre l'expression d'un des généralistes afin de faire un bilan initial des risques cardiovasculaires ainsi qu'il est préconisé dans les recommandations de bonne pratique.

Auprès d'Eric, le médecin s'informe sur les antécédents de celui-ci :

M : « Vous avez des maladies, des choses à signaler ?

P : Non ».

Et sur ceux de sa famille :

M : « Oui, mais bon il y a pas de maladie, dans la famille non plus ?

P : Non ».

Puis il passe à ses conditions de vie :

M : « Très bien, qu'est-ce que vous faites comme travail ?

P : Je m'occupe d'un bureau d'études.

M : Donc travail sédentaire

P : Oui ».

Au moment de l'examen clinique, il poursuit :

M : « Vous fumez ?

P : Non.

(...)

M : Alors vous pesez combien ?

P : heu, 101.

M : 101 et vous mesurez ?

P : Un mètre 90.

M : D'accord / donc il y a un petit excès, mais bon (...) ».

Le surpoids est le seul facteur de risque repéré par le médecin. Il va conseiller à Eric de « faire un effort sur le poids » d'ici le prochain rendez-vous, une perte de poids pouvant avoir un effet sur la pression artérielle qui est relevée à des valeurs différentes ce jour-là, parfois au-delà de la valeur-seuil.

Yves, lui, n'est pas un nouveau patient, mais il consulte très peu ce généraliste (six consultations en dix ans), fréquentant par ailleurs un médecin ostéopathe-faciathérapeute. Comme Marius, il vient avec des résultats biologiques (prescrits par cet autre médecin qui ne pouvait le recevoir rapidement). Le médecin commente ceux-ci :

M : « La glycémie ça va, vous n'êtes pas diabétique, le cholestérol à trois grammes ça bien sûr on sort des normes, le triglycéride est normal, le bon cholestérol est à un taux moyen et donc, par conséquent, le mauvais va être nettement trop élevé alors et le PSA est normal. Donc, le cholestérol ça s'interprète, bon c'est un facteur de risques parmi d'autres pour les maladies artérielles et cardiaques.

P : Hum.

M : On interprète donc ça en fonction des autres facteurs de risques, à votre âge vous avez un facteur de risques qui est élevé ».

Puis il interroge sur les antécédents familiaux :

M : « Vous avez dans la famille, est-ce que vous avez dans la famille des gens qui ont fait des morts subites ou des infarctus assez jeunes ? c'est-à-dire ...

P : Non

M : Moins de cinquante ans pour les hommes, moins de soixante ans pour les femmes. Non, donc pas de facteurs de risques de ce côté-là ».

Sur le tabac :

*M : « Le tabac, vous n'avez jamais été fumeur ?
P : J'ai jamais fumé.
M : Bon ça fait un facteur de risque en moins.
P : Une cigarette par an et puis j'ai arrêté (rires) ».*

Il demande son poids au patient :

*P : « Soixante six.
M : Ah, ça fait un rapport de moins de 22 en, ce qu'on appelle l'indice de masse corporelle, c'est bon.
P : C'est bon, mais je suis bien mieux quand j'ai trois kilos de moins
M : Ah oui ?
P : Ben oui pour faire, ma planche à voile ne veut plus planer quand je suis trop lourd.
M : Ah d'accord.
P : Et mon vélo ne monte plus les côtes !
(...)
M : A priori si vous êtes sportif, vos artères doivent être de bonne qualité, oui là bien là et là, là aussi, bon ben écoutez, au point de vue cardio-vasculaire, la situation n'est pas désespérée ».*

Le médecin évalue le risque cardiovasculaire en s'informant sur les éléments listés dans les recommandations¹⁹⁹, il commente les réponses et résultats du patient en faisant référence aux données épidémiologiques. Il tient un discours de type scientifique, plus qu'avec d'autres patients observés. Ce peut être une manière d'essayer d'acquiescer la confiance de ce patient qui ne le consulte pas de manière préférentielle. Il cherche à lui prouver ses compétences et connaissances scientifiques, optant pour une position a priori différente de son généraliste habituel qui pratique l'ostéopathie et la faciathérapie.

C'est le même type de position qu'adopte Claire avec Marius. Celui-ci amène ce jour-là les résultats d'une analyse prescrite précédemment dans la perspective d'établir un bilan biologique alors que la pression artérielle relevée était au-dessus de la valeur seuil. Cela commence comme dans la consultation d'Yves avec des commentaires du médecin sur ses données biologiques :

*M : « Donc la seule chose qui est un petit peu anormale, sans que ça soit une chose très grave, c'est les triglycérides, vous savez peut-être qu'il y a plusieurs types de graisses dans le sang, il y a le cholestérol qui est composé de bon et de mauvais cholestérol et les triglycérides qui sont faits surtout à partir de l'alcool et des sucres rapides et vous, c'est vrai que vous avez en tout, en grammes ça fait euh 2,84 grammes alors qu'il ne faut pas dépasser 2 grammes, c'est pas dramatiquement haut mais ça veut dire que probablement au niveau de votre consommation de sucres rapides et/ou d'alcool vous êtes un peu trop au dessus
P : L'alcool, la dernière fois que j'en ai bu, c'est il y a vingt cinq ans ».*

¹⁹⁹ Sauf pour ce qui concerne la consommation d'alcool dont il est reconnu que c'est un sujet que les médecins abordent peu.

Elle avance une première conclusion sur l'évaluation des risques cardiovasculaires de Marius :

P : « Cette tension, parce que là ça, moi je l'ai contrôlé à deux fois, où elle était au-dessus largement des normes c'est-à-dire 14/9 maximum, vous me dites que ce n'est pas nouveau, vous n'avez pas tellement d'autres facteurs de risques hors mis votre âge et le fait que vous soyez un homme mais ça on n'y peut rien, donc si on peut soigner quelque chose, c'est plus votre tension ».

Un peu plus loin, le médecin dresse le bilan :

M : « Pas de cholestérol, pas de tabac et vous avez arrêté aussi l'alcool, on a dit.

P : Et ça et il ya plus longtemps, que je dois plus avoir aucun signe dans mon organisme.

M : Vous avez tout éliminé ».

Dans cette consultation à caractère préventif et pédagogique mais placée sur un plan technique et mise en référence aux données épidémiologiques, le médecin n'aborde pas tous les facteurs de risque. Il n'est pas question du poids de Marius, pourtant à la limite de l'obésité médicale, ce qui en fait un facteur de risque. Le patient se présente comme ayant pratiqué le rugby, ce qui le place comme « ayant un cœur de sportif » pour le médecin. La pratique actuelle n'est pas demandée alors que Marius sous-entend qu'elle est très réduite (il a un travail sédentaire et n'a plus d'activité sportive régulière). Le médecin, débutant une relation avec un nouveau patient, préfère ne pas s'aventurer sur le terrain sensible des comportements hygiéno-diététiques et se positionne en tant que médecin connaissant les données scientifiques, comme pour apporter la preuve de ses compétences techniques.

QUAND L'ÉVALUATION EST CIBLÉE SUR LE RÉGIME ALIMENTAIRE

Dans d'autres consultations, l'évaluation est ciblée sur l'alimentation et l'activité physique mais elle n'est pas mise en relation avec l'hypertension ni avec le risque cardiovasculaire. Comme c'est le cas de celle d'Elisabeth (pas de facteur de risque repéré) et de Marthe (à risque élevé) où ce sont elles qui lancent la discussion sur leur poids.

Elisabeth, la cinquantaine, vit mal sa prise de poids régulière depuis plusieurs années – d'ailleurs elle refusera de nous donner son poids précis-. Au début de la consultation, elle fait référence à son mari et se met en comparaison avec lui : lui est « sec », elle dit d'elle-même « on dirait une baleine » ; lui boit du vin, pas elle ; lui court régulièrement, elle ne fait pas d'activité sportive ; lui ne mange pas beaucoup, elle serait tentée par gourmandise. Le médecin se lance dans un interrogatoire serré sur les habitudes alimentaires :

M : « Est ce que vous mangez entre les repas ?

P : Jamais.

M : Combien de repas vous faites?

P : Petit déjeuner, midi et repas du soir, c'est tout.

M : Jamais de prise alimentaire dans la matinée ou dans la journée?

P : Non.

M : La nuit ?

P : Non ! (rire)

M : Vous ne vous levez pas la nuit ?

P : Non !!! la cuisine n'est pas au même étage !

M : Le matin qu'est ce que vous prenez ?

P : Du pain avec du beurre, ça j'aime le beurre. Ça fait... vous connaissez le boulanger Ju... Jul..., rue A... ? il fait des couronnes, une petite boule c'est tout. Et puis du beurre, ça je reconnais que...

M : Du pain, du beurre, et puis ?

P : Café.

M : Combien de sucres ?

P : Pas de sucre.

M : Et c'est tout ?

P : Pas de confiture, pas de miel, j'aime pas le miel.

M : À midi qu'est ce que vous avez mangé ?

P : Alors à midi, qu'est ce que j'ai mangé, alors c'était pas très équilibré, c'était un knack, de la salade. Et puis un yaourt. J'avais pas le temps. Enfin pas le temps...

M : Hier ?

P : Hier on n'était pas là, alors on a mal mangé, on était à Toulouse (petit rire gêné).

M : Vous êtes souvent invités ou dehors ?

P : ... Ouais, un peu, non, enfin l'un dans l'autre, une fois par semaine on va dire. Il y a des périodes, là actuellement, c'est beaucoup je trouve.

M : Avec apéritif ?

P : Oui avec repas et apéritif

M : Apéritif et les couillonnades qui vont avec ?

P : Oui, les gens ils ne mettent pas n'importe quoi, les couillonnades c'est des petites pizza, c'est pas des cacahuètes, hein.

M : C'est vous qui faites la cuisine ou c'est surtout des plats préparés ?

P : Tss, tss, JE fais la cuisine, j'achète pas de plats préparés.

M : Le soir vous mangez quoi ?

P : En général je fais des soupes. Du fromage. Ou un yaourt. On mange peu parce que mon mari n'a pas beaucoup d'appétit... dixit »...

Le téléphone sonne, le médecin va répondre puis reprend la conversation en prodiguant des conseils alimentaires.

Ici, le généraliste est comme traquant la faute chez Elisabeth, insistant par exemple sur la prise de nourriture pendant la nuit. Comme s'il menait une démonstration visant à lui prouver que si elle prend du poids, c'est bien parce qu'elle mange trop et mal. Elisabeth se positionne entre l'aveu : « *ça j'aime le beurre* », « *c'était pas très équilibré* », invités hier soir « *on a pas mal mangé* » et la défense : « *JE fais la cuisine* », sinon le soir « *on mange peu parce que mon mari n'a pas beaucoup d'appétit...dixit* ».

Le ton des échanges entre ce médecin et cette patiente est nettement moins cordial qu'avec les autres personnes observées. On ne le sent pas à l'aise avec elle (ce qu'il confirme en entretien) et n'est pas à l'aise non plus avec les conseils hygiéno-diététiques, finissant par

devancer une objection possible d'Elisabeth, une réfutation de sa légitimité en la matière : « *alors vous allez me dire pourquoi je suis gros ?* », sous-entendu, si je sais si bien ce qu'il faut faire ou pas.

Dans cette consultation, le médecin se place en entrepreneur de morale, tout en étant mal à l'aise dans ce rôle qu'il endosse sans le lier à une prise en charge médicale, ainsi qu'il aurait pu le faire en se référant aux recommandations de bonne pratique. Le patient est désigné responsable de son surpoids.

C'est un même type d'attitude qui est adoptée par Maurice avec Marthe (78 ans, 80 kg pour 1m55), hypercholestérolémie, problèmes cardiaques). Elle vient voir son généraliste après avoir consulté le cardiologue.

M : « Bon à part ça votre médecin vous trouve très bien, votre cardiologue vous trouve très bien, vous, vous vous sentez comment ?

P : Ben oui mais il vous a pas mis que j'étais un peu trop grosse quoi ». (rires)

Le médecin enchaîne en la questionnant sur son activité physique :

M : « Oui alors qu'est ce qu'on peut faire là ? est-ce que vous arrivez à marcher maintenant ?

P : Oui encore, ce matin, j'ai bien marché, j'ai fait une heure de gym et puis après comme il y avait rien j'ai marché parce que je devais faire des courses.

M : Et vous allez reprendre un peu ce groupe avec qui vous alliez là marcher le lundi ?

P : Non marcher non, je reprends pas ça, mais je fais de la gym.

M : Oui.

P : De la gym.

M : Oui.

P : J'en fais une heure par semaine.

M : C'est pas suffisant.

P : Mais oui il faut que je marche, mais je vois que ce matin j'ai quand même marché pas mal ben je suis descendue à pied rue Palaprat et je suis allée en ville et je suis remontée à pied.

M : Il faudrait une demi-heure à trois quarts d'heure par jour d'exercice si vous voulez maigrir un peu ».

Marthe a été opérée d'un genou quelques semaines auparavant. Elle a été immobilisée quelques temps et a repris la gymnastique et se déplace à pied. Ce n'est pas assez selon le médecin qui déclare sur un ton tranchant : « *c'est pas suffisant* », « *il faudrait une demi-heure à trois quarts d'heure* ». Suivent une série de conseils prodigués de manière injonctive sur lesquels nous reviendrons dans la section suivante.

En fait, dans ce groupe, il n'est pas vraiment question de risque ou de facteur de risque, du moins ils ne sont pas abordés sous cet angle. Le point central est le surpoids du patient dont il est tenu responsable – et d'ailleurs tend à se présenter ainsi – à cause d'une alimentation déséquilibrée et d'un manque d'activité physique. Le discours que tient le médecin est sur un ton moralisateur et impératif.

Mais l'analyse des consultations montre que le problème du poids est un sujet globalement peu abordé et très rarement en termes de facteur de risque cardiovasculaire.

Par exemple à Agathe, le généraliste demande si elle a grossi ou non, sans lui demander son poids précis ni vérifier par la pesée. Janine, elle, a vu un rhumatologue peu de temps auparavant et signale : « *elle m'a pesé, 69 kg pour 1m55, ben oui, il faudrait que je perde un peu de poids* ». Le médecin réagit : « *vous essayez de faire attention un petit peu ?* » et à la réponse positive de Janine, poursuit son interrogation sur ses problèmes rhumatologiques comme s'il n'avait alors pas à intervenir davantage sur ce sujet dans la mesure où la patiente a déclaré faire attention.

Dans cette section, l'analyse des différents cas de figure d'évaluation du risque cardiovasculaire en consultation de médecine générale montre que le contexte situationnel intervient dans les modalités d'évaluation, notamment si le risque est émergent ou croissant. Si intervient l'ancienneté de la prise en charge de l'hypertension, l'ancienneté de la relation entre le patient et le médecin compte aussi. En début de relation et de prise en charge, le médecin met beaucoup plus en avant ses compétences techniques et ses connaissances scientifiques. Alors que si le risque est stable et s'il s'agit d'un patient régulier, le médecin fera preuve de plus de pragmatisme et de distance vis-à-vis des recommandations de bonne pratique.

Au-delà de l'évaluation des risques cardiovasculaires, le médecin est supposé agir auprès du patient de manière à les réduire. L'observation seule des consultations apporte un certain nombre d'hypothèses explicatives sur la place du risque dans le suivi de l'hypertension. Pour aller plus loin, nous proposons de mettre en perspective les données d'observation avec celles issues des entretiens auprès des patients et des médecins. L'abord ou le non abord du risque lors de la consultation observée peut-il être éclairé par une différence d'appréciation du risque par le patient et par le médecin, représentant de la perspective biomédicale ? Ou s'explique-t-il par un jugement de la part du médecin sur la possibilité d'agir avec ce patient pour réduire les risques auxquels il est confronté ?

2. Les jugements du patient et du médecin sur le risque et l'action possible

L'idée dans cette section est que différents rapports aux risques sont exprimés par les patients et que ces différents rapports interagissent sur le jugement du médecin de pouvoir agir ou non avec ce patient contre les risques auxquels il est exposé. Cette évaluation dépasse le cadre seul de la consultation observée, il s'inscrit dans une trajectoire interrelationnelle entre médecin et patient. Nous la reconstituons en utilisant également les données d'entretiens.

Du côté du médecin, le jugement porté sur la relation avec le patient se décline en, d'une part, « ceux avec qui on peut faire » et d'autre part « ceux avec qui on ne peut pas faire »²⁰⁰. Du côté du patient, le rapport au risque va avec un sentiment de contrôle sur sa santé. Le croisement de ces deux points de vue nous permet d'élaborer une typologie qui peut constituer un outil de compréhension sur les conditions d'application des recommandations de prise en charge de l'hypertension.

Une évaluation et une gestion des risques cardio-vasculaires en conformité avec les recommandations seront plus ou moins entreprises selon la probabilité estimée par le médecin de pouvoir les réduire, c'est-à-dire que ses conseils et prescriptions soient suivis d'effets sur le comportement du patient.

Cette lecture ne porte que sur la partie du corpus où les consultations ont été complétées par un entretien avec le médecin et avec le patient, ou au moins par un des deux. Sont donc exclus : Agathe, Gilles, Lucie.

LE RISQUE REVELE ET L'AGIR ENSEMBLE EPROUVE

Font partie de ce groupe : Bernard, Charles et Henri, et dans une moindre mesure Alberto (ou dans une mesure moins étayée par les données). Tous les quatre ont pour point commun d'avoir vécu un accident cardio-vasculaire, ce qui les place dans une situation « à risque » dans l'évaluation médicale mais ce qui a provoqué chez eux une rupture biographique (Bury, 1982) ou une bifurcation de trajectoire (Bessin *et al.*, 2010) en matière de rapport à la santé. Si auparavant, ils ne se sentaient pas vulnérables et avaient tendance à se tenir éloignés du monde médical, le risque leur est maintenant révélé, l'accident leur a fait prendre conscience de leur exposition. Depuis, ils adoptent une attitude de responsabilisation de leur santé, dans laquelle le médecin généraliste fait figure d'allié. Pour le généraliste, ils sont devenus des patients coopératifs, conscients d'être à risque.

Bernard explique en entretien qu'il fréquentait très peu les docteurs jusqu'à son accident cardiaque deux mois plus tôt. Il avait « *une hypertension tranquille* » selon les termes du médecin. Bernard explique qu'« *à un moment on avait trouvé le médicament et puis c'était sans problème quoi (...) c'était un cachet tous les matins, c'est tout* ». Ni l'un ni l'autre ne peut dire exactement depuis quand le diagnostic a été posé, entre sept et dix ans, semble-t-il. La prise en charge a été perçue et vécue comme anodine, banale. Elle n'a pas marqué la mémoire ni de Jacques ni de Bernard. Et puis, il y a quelques semaines, celui-ci « *a fait des douleurs atypiques, enfin atypiques mais qui étaient dans un contexte qui était très inquiétant (...) et donc bon il a été vu rapidement par le cardio, il a fait un malaise là-bas avec des signes d'insuffisance coronarienne grave, donc il a eu une coronarographie dans la foulée, on lui a monté un ressort dans le coronaire, un stent* », ce qui le met en position « *de patient à risque,*

²⁰⁰ Typologie esquissée dans le rapport Hypertension puis Intermède (Lang *et al.*, *op. cit.*) que nous reprenons et développons ici sous un autre angle.

il peut faire un infarct à tout moment... c'est quelqu'un qui a une espérance de vie limitée, ça ne veut pas dire qu'il ne fera pas vieux mais statistiquement.. », explique le généraliste.

Bernard reste pudique en entretien sur le jugement qu'il porte sur sa santé mais il raconte que depuis, il a pris conscience de la réalité du risque lié à l'hypertension et qu'il a modifié son mode de vie :

P : « Mais avant je n'avais que la tension, je n'avais pas eu de problème à en parler quoi, j'avais un régime à suivre, pas manger excessif et tout, mais c'est tout quoi donc là...

(...)

S²⁰¹ : est-ce que pour vous c'était clair que le fait d'avoir de l'hypertension ça augmentait ?

P : ah bien sûr oui

S : certains risques

P : mais oui bien sûr

S : hum

P : bien sûr c'est

S : non mais je vois des personnes qui me disaient bof c'est rien

P : non, non, non, non, non on fait attention

S : hum

P : non, non on ne fait pas attention à certains moments et puis dès que ça arrive on fait quand même plus attention

S : et vous faites attention en changeant quoi ?

P : sur le manger

S : sur la nourriture

P : sur la nourriture

S : donc en réduisant les matières grasses ?

P : non c'est pas ici, c'est en allant moins faire la fête ou des choses comme ça

S : moins de sorties, moins de repas ?

P : voilà, c'est ça, avant je m'occupais d'équipe de rugby, la troisième mi-temps ça ! ».

Ce dont Bernard fait état rejoint ce que nous avons posé dans le chapitre VII. L'hypertension traitée médicalement n'est pas vécue comme une pathologie à risque tant qu'il n'y a pas de complications cardiovasculaires : « *je n'avais que de la tension* », dit-il, c'est à-dire rien qu'il lui paraisse grave et même s'il savait qu'être hypertendu pouvait être risqué, il n'avait que peu changé ses habitudes alimentaires. Même s'il dit qu'il faisait attention, il sous-entend qu'il y avait des moments particulièrement festifs qui l'amenaient à faire des écarts. Aujourd'hui le risque est réellement présent pour lui.

De la même façon, à travers les propos de Charles et du médecin, on perçoit nettement une bifurcation de trajectoire avant/après l'accident vasculaire. Charles est passé du patient « angoissé réticent » au patient « angoissé complaisant ». Auparavant, il refusait de considérer la maladie, maintenant il cherche à la maîtriser autant que possible : « *avant il*

²⁰¹ « S » pour Sociologue

n'avait que de l'hypertension, mais il était tellement stressé, angoissé qu'il venait difficilement en consultation ... je le voyais à peine deux fois par an on va dire »... « à partir de là, il s'est suivi très sérieusement au niveau alimentaire, médical ». Noter l'expression restrictive employée par Marie-Pierre « il n'avait que de l'hypertension » qui rappelle celle employée par Bernard ci-dessus. L'hypertension seule n'est pas une situation de santé problématique.

Maintenant Charles est devenu un patient avec lequel le médecin a le sentiment de pouvoir agir, un patient qui non seulement suit les conseils et les prescriptions mais qui aussi, adopte une démarche personnelle visant à prévenir une récurrence. Les propos du généraliste concordent avec ceux de Charles pour qui son accident a été un choc : « *un petit AVC* » dit-il, comparé à ceux qu'il a vu, paralysés « *c'est ce qui m'a foutu la frousse* ». Il explique son changement d'attitude vis-à-vis de sa santé. Avant, il préférerait ne pas se confronter à la maladie, ne faisait pas certains examens prescrits et refusait par exemple les dépistages comme celui du cancer de la prostate. Depuis, il cherche à se protéger de la maladie ou des aggravations, se fait médicalement suivre, fait attention à son alimentation : « *je sais qu'il ne faut pas que je fasse des écarts* ». Il a perdu du poids (dix kilos, dit-il). Pas suffisamment satisfait des informations du cardiologue et ne se contentant pas des menus type fournis par Marie-Pierre, il a acheté un livre sur le cholestérol et lit les rubriques médicales dans les revues. Certainement est-il à la fois rassuré et inquiet par les informations qu'il y trouve. Lui-même se définit à risque de récurrence d'AVC, ayant de la tension « *dans la peau* », du diabète dans sa famille, un frère ayant eu deux AVC. Quand il dit « *maintenant je n'ai plus peur, je m'intéresse* », il serait plus juste de considérer qu'il a toujours peur mais qu'il a décidé de faire face à la maladie, même s'il perçoit l'hypertension comme une maladie contre laquelle on ne peut pas grand-chose car incorporée. Dans les représentations de Charles, à la crainte de la maladie s'est substituée la crainte de la mort. L'hypertension est passée d'un faible mal à une pathologie à risque très élevé.

C'est un cheminement comparable qui est relaté par Henri. Il a fait un infarctus deux ans plus tôt et il présente cet événement comme une rupture de trajectoire : avant « *je ne me sentais pas malade, après un infarctus on voit les choses un peu différemment quand même* », depuis il estime que « *la santé faut se surveiller et prendre les médicaments et voir le docteur* » et se présente comme quelqu'un devenu « *un patient très patient* ».

Henri a commencé à consulter ce médecin peu après cet infarctus, à la recherche d'un généraliste près de chez lui et dit l'avoir choisi après s'être renseigné et avoir « *retenu* » celui dont on lui a décrit comme le plus « *chiant* » du cabinet de groupe, un médecin réputé « *casse pieds* », qui « *pinaille* », c'est-à-dire qui « *va jusqu'au bout des choses* », qui « *fait son boulot* ».

Le généraliste, quant à lui, estime aussi qu'Henri fait son travail de patient à risque. Il est fait référence à la décision d'Henri d'arrêter le tabac et l'alcool l'an dernier. Le médecin estime qu'il a alors fait preuve de volonté : « *il s'est donné, il s'est vraiment donné* ». Et il signale une démarche collaborative entre lui et Henri et parle par exemple « *d'un commun accord* ». Toutefois si le tabac est arrêté, ce n'est pas le cas de l'alcool. Mais le médecin se montre compréhensif, excuse Henri « *le plus dur c'est le vin car en plus c'est un amateur* » et

s'il fait des écarts, il est pardonné dans la mesure où « *il accepte de parler de lui, de se remettre en question et de demander qu'on l'aide* ». La coopération n'est donc pas rompue : « *il joue le jeu* » dit le médecin, même si ce patient met des limites dans son adhésion au modèle de santé à surveiller : il n'a pas envie de perdre du poids ni de supprimer totalement l'alcool.

Ce généraliste, qui est également celui de John, prend une position de compromis vis-à-vis de la gestion de facteurs de risque cardiovasculaire. Suivant l'adage « le mieux est l'ennemi du bien », si un patient fait preuve de bonne volonté et d'efforts pour réduire au moins un des facteurs, il va l'encourager dans cette voie et ne pas chercher à lutter contre les limites d'action que pose le patient.

Le médecin nous explique que John : « *c'est un patient qui est très à risque, il a 20% de chance de faire un infarctus dans les cinq ans, puisqu'il est en prévention secondaire, il est très à risque de récurrence, de faire un infarctus ou un accident vasculaire cérébral* » et qu'il l'a « *dans le colimateur car comme vous avez vu, il a d'autres facteurs de risque ; il fumait, il avait beaucoup maigri et là il a regrossi. (...) En même temps, 6kg pour 115 kg, ça fait une petite proportion ? ... (silence de Benoit) Non ... ? 6 kg, c'est beaucoup, c'est énorme... mais ça se comprend, il a arrêté de fumer, il a eu un stress, mais du point de vue du facteur de risque c'est considérable* ».

Mais lors de la consultation observée, il dit qu'il « achète » l'arrêt du tabac contre le surpoids, le facteur de risque le plus fort contre un autre (négociation, marché tacite qu'il conclut avec John) : « *Moi je pense exactement le contraire. Mais à mon avis, ça ne sert à rien de contrer le patient systématiquement sur tout. Le jour où je voudrais vraiment savoir, aujourd'hui ce que j'achète c'est qu'il arrête de fumer* ».

Relèvent de ce groupe, des patients qui se disent responsables de leur santé et partenaires du généraliste qui leur reconnaît leur action personnelle en matière de prévention des risques, sans toutefois porter un jugement en terme de blâme car leur action est reconnue. Il s'agit de patients pour lesquels le risque cardiovasculaire élevé fait l'objet d'une évaluation ou du moins d'une attention régulière du médecin. Les facteurs de risque tels que présentés dans les recommandations sont surveillés, le médecin considère que le patient « fait ce qu'il faut » pour les réduire et en contrepartie des efforts fournis peuvent être négociés. Ils ne sont pas au centre de chaque consultation, dans la mesure où la continuité est assurée, tant par la régularité des consultations que par le suivi des conseils, même partiels, ce qu'est prêt à accepter le médecin.

LA PREVENTION DU RISQUE ET L'AGIR ENSEMBLE EN CONSTRUCTION

Contrairement au cas de figure précédent, nous sommes ici dans une relation débutante entre le médecin et le patient et dans la mise en place d'une prise en charge de

l'hypertension. Il s'agit pour l'un et l'autre d'apprendre à se connaître mutuellement. Les premières impressions sont toutefois positives. Le médecin estime que le patient va écouter et suivre les conseils et prescriptions qu'il lui propose en conformité avec les recommandations. Le patient, lui, juge le médecin compétent et lui accorde a priori sa confiance.

Leur rencontre a lieu « au bon moment », c'est-à-dire à un moment où le patient est prêt à entrer dans un suivi de l'hypertension.

Dans le cas d'Eric, il a suffi au médecin de conseiller « juste de faire un effort sur le poids », sans insister ni entrer dans de longues explications sur les risques encourus pour être entendu. « *J'arrive à un âge où il faut suivre* », nous dit Eric et retient de la consultation que la tension est « à suivre » et aussi qu'il faut que « *je perde un peu de poids* », ayant retenu que le médecin « *a bien relié la tension au poids* ». Il a déjà commencé à modifier ses habitudes alimentaires « *le fromage le soir, on fait une croix dessus* ».

Avec Yves et Marius, le risque fait l'objet d'une évaluation plus complète et d'explications détaillées ainsi que nous l'avons vu dans la partie précédente.

Le jugement porté par le médecin sur Marius à l'issue de la consultation observée en dit long sur la satisfaction ressentie face à un patient perçu comme partenaire, avec lequel il est possible d'agir de concert. Un travail médical est possible : « *c'est intéressant c'est lui qui a résumé ce que j'ai dit « on va me traiter alors que je ne suis pas malade au cas où un jour je serai malade. Voilà ce que j'appelle quelqu'un de cortiqué, qui pige le truc* »²⁰². Ce jugement favorable à ce niveau de leur relation à ces débuts explique peut être comme une certaine complaisance quant au poids de Marius qui n'a pas été inclus dans l'évaluation du risque cardiovasculaire. « *Il a un petit surpoids* », dit le généraliste par une estimation à vue d'œil puisque le patient n'a pas été pesé : « *il doit être à 27/28 d'IMC* » - d'après nos données recueillies, son indice de masse corporelle dépasse le « 29 », ce qui place ce patient à la limite de l'obésité. Et, d'elle-même, ce médecin, nous avance une explication sous forme d'excuse pour Marius : « *ça va un peu avec le fait qu'il dit qu'il mange mal... un nouveau boulot qui le stresse...* ». Ici, tout comme Benoît avec Henri ou John, le généraliste estime qu'on ne peut pas tout demander à un patient en même temps. Là, pour réussir à initier une prise en charge de l'hypertension, il lui faut établir le lien avec Marius, gagner sa confiance en se montrant techniquement compétent, en étant aussi capable d'écoute et de souplesse quant aux normes médicales.

Pour ces patients, le risque cardiovasculaire n'est pas, ou pas encore, élevé. Et d'ailleurs eux-mêmes ne se qualifient pas à risque mais plutôt conscients du risque et responsables de

²⁰² Ce terme de « cortiqué » (ou « non cortiqué ») a été utilisé par ce médecin pour qualifier des patients. Ayant interrogé à ce sujet plusieurs médecins, il semble que le terme soit répandu plus particulièrement en milieu hospitalier et est employé par des médecins et des infirmières pour désigner les patients qui comprennent les explications qui leur sont données et qui adoptent une attitude jugée adéquate de gestion de leur maladie. L'inverse, pour les « non cortiqués », envers lesquels il est alors perçu inutile de fournir beaucoup d'informations et d'explications

sa santé. Si la relation entre eux et le généraliste s'établit sur le mode du partenariat, il s'agit de patients « éclairés » pour reprendre la formule d'Yves, face auxquels le généraliste se voit devoir justifier ses décisions avec des arguments dits « forts » (Timmermanns et Berg, 2003), en prenant appui sur les données scientifiques présentes dans les recommandations, ainsi que nous l'avons observé en consultation.

Comme dans le groupe précédent, nous sommes ici dans un modèle de relation médecin-patient de « coopération guidée » (Szasz et Hollander, 1956) ou pour reprendre un terme plus actuel, de « décision partagée » (Mounjid-Ferdaoui et Carrère, 2000). « Dans ce processus de démocratisation de la consultation », le médecin place le patient « devant plusieurs options, considérées comme autant de manière d'arbitrer entre différents risques » (Dodier, 2003, p54). Quand le risque s'élève ou plus précisément, quand il est reconnu comme s'élevant, le patient fait le choix de s'en remettre à un spécialiste de la santé (Dodier, 2005). Son autonomie relève alors de la délégation choisie. Nous sommes ici dans un rapport à la santé et à la médecine qui correspond le mieux à ce qui est aujourd'hui socialement et médicalement attendu.

Mais tous les patients ne rentrent pas dans ce modèle. Avec certains, le sentiment dominant chez le médecin est celui d'une action limitée, soit parce que le patient fait preuve d'une forte indépendance vis-à-vis du médecin et qu'il se considère comme autonome dans la gestion de sa santé, soit parce que le patient se perçoit comme ayant peu de contrôle sur sa santé. Pour les premiers, le risque est défié, pour les seconds, le risque est une fatalité.

LE RISQUE MIS EN SECOND PLAN ET L'AGIR ENSEMBLE AMENAGE

Pour les patients relevant de ce groupe, modifier leur comportement face au risque lié à leur hypertension –même s'il est avéré élevé– n'est acceptable qu'en partie. Il ne l'est qu'à condition de maintenir d'autres priorités pour soi. Plus encore que chez les personnes relevant du précédent type, le plaisir aujourd'hui prévaut sur la santé de demain. Le médecin qui les suit depuis un certain temps, parfois plusieurs dizaines d'années, ayant compris cela, ne va pas s'opposer au patient au-delà d'une certaine limite, qui si elle est dépassée, peut rendre caduque toute possibilité d'action avec lui.

Le compromis est la dimension caractéristique du travail du généraliste. Ici, elle a fait ses preuves, puisque le patient est resté avec le médecin et que son état de santé ne s'est pas aggravé en termes de risques cardiovasculaires. Il est à risque mais il n'y a pas eu de complications cardiovasculaires importantes. Adopter une attitude de compromis a également fait ses preuves quant à la relation instaurée entre le médecin et le patient. Ce dernier se dit attaché au premier et l'écoute ou du moins entend bien plus ses conseils qu'il n'apparaît en consultation. Mais nous avons affaire ici à des patients, plus encore que dans d'autres groupes, qui se disent attachés à un certain mode de vie dans lequel se faire plaisir compte. Dans la balance plaisir-risque, le premier terme importe plus que le second.

Cette attitude, Geneviève (73 ans) l'exprime clairement. Elle relate en entretien des propos qu'elle a tenu à son médecin :

P : « Alors je lui dis 90 ans, 95 ans je commencerai à arrêter un peu la piscine, un peu, un peu alors il me dit quand est-ce que vous pensez mourir vous ? moi jamais je lui ai dit (rires) alors c'est parti du fond du cœur, ah moi jamais, il est resté un moment et puis il a éclaté de rire et puis l'autre fois quand je suis revenue de « spimaker » (comprendre « pacemaker ») il m'a demandé si j'étais pas morte, eh vous êtes pas encore morte vous savez bien que je vous ai dit que je mourrai jamais, vous voyez que moi mais on m'a dit qu'il s'était arrêté le cœur mais pff ça ne m'a pas fait ni chaud ni froid

S : Ah oui votre poids varie beaucoup? là vous avez noté 73 kilos

P : Oui et entre temps j'en ai perdu un peu et oui si je fais le régime j'en perds si je le fais pas je regrossis

S : Et vous faisiez ?

P : Je faisais 60

S : Oui mais il y a combien de temps que vous faisiez 60 ?

P : Il y a un an

S : Il y a un an vous faisiez 60 kilos et qu'est ce que vous avez fait depuis un an ?

P : Ben, j'ai mangé beaucoup de gâteaux ».

Le choix de Geneviève est clair, le principal à son âge est de se faire plaisir. Le médecin l'a compris : il la connaît depuis longtemps, l'a accompagnée lors de la maladie d'Alzheimer de son mari. Tous les deux sont satisfaits de leur relation, ils s'apprécient mutuellement. Jacques est satisfait de son action en direction de Geneviève qui fait toutefois preuve d'autonomie : *« Globalement je ne ressens pas de problème particulier si ce n'est qu'elle fait parfois un peu comme elle veut ce que j'accepte dans une certaine limite »*. Lors d'un contact avec ce médecin six mois plus tard, il nous signale qu'elle a continué à grossir et *« qu'elle se réunit trois fois par semaine avec ses copines pour manger des gâteaux. Elle n'est pas prête selon moi à changer sa façon de faire pour l'instant. Ça viendra peut être »*. Son pouvoir d'action est limité face à la détermination de sa patiente qui cultive une certaine joie de vivre et qui se définit en bonne santé *« même quand je suis malade », « je vais bien, je dors bien, je mange bien, j'ai bien le moral »*.

Dans l'évaluation de la situation par le médecin, plusieurs éléments interviennent : la volonté et les choix de vie du patient mais aussi sa situation personnelle et sa trajectoire biographique.

C'est le cas de Geneviève, ouvrière à la retraite, veuve. C'est aussi celui de Janine (85 ans) qui a perdu mari et fils et qui, percluse d'arthrose, fait face à une vieillesse handicapée et isolée. De son généraliste, elle se dit attachée parce qu'il l'écoute et la comprend : *« il sait ma situation »*. Et dans cette situation, l'hypertension et le contrôle tensionnel ne sont pas au premier plan. Ce n'est pas ce qui fait souci et inquiète Janine.

Nous trouvons aussi cette prise en compte de la singularité du patient dans la façon d'agir de Jacques avec Nicole: *« elle a envie de vivre autre chose et puis c'est tout, donc c'est pas grave, elle a pas envie de se priver je pense que, par ailleurs, le style de vie qu'elle a eue*

jusqu'à présent fait qu'elle n'a pas envie de s'emmerder plus ». Mais il peut se donner un programme d'action vis-à-vis de cette patiente : *« on essaie quand même petit à petit de lui faire comprendre que, bon ça ne va pas et qu'il y a des choses à faire mais ça on ne va pas le faire en une fois, si, si cette fois-ci, au moins, elle a admis qu'elle mangeait trop de sucreries, ça ça y est c'est admis »*.

Le risque, Nicole sait qu'elle y est exposée : *« parce que je me dis, un jour, s'il t'arrive des pépins comme ça, eh bé, qu'est-ce que tu feras quand tu seras sur un chariot roulant ou un truc comme ça »*. Et pourtant, sur le ton de l'aveu, elle reconnaît *« je ne fais pas trop le régime »* parce que *« c'est contraignant »* alors *« des fois, je saute le truc parce que c'est malgré moi, il n'y a pas à tortiller comme je vous ai dit, je suis trop gourmande et c'est la gourmandise qui me perd »*. Mais quand elle parle ainsi, c'est du diabète dont il est question. En consultation, c'est également le diabète qui a tenu le devant de la scène, ne rejoignant la prise en charge de l'hypertension que dans la mesure où ils sont liés par des mêmes facteurs de risque et que le diabète est lui-même un facteur de risque de l'hypertension. C'est là toute l'ambivalence de l'hypertension dont on a vu que la réalité pathologique avait tendance à être effacée derrière celle du diabète.

Avec ces patients, la relation est sous le sceau du compromis et l'action médicale est aménagée en fonction du patient dont la trajectoire de vie est connue par le médecin. La gestion du risque lié à l'hypertension n'est pas vécue par le patient comme prioritaire par rapport à ses objectifs de vie d'autant plus si maintenant celle-ci est bien avancée. Dans cette relation construite au fil des années, il s'agit pour le médecin de trouver l'équilibre entre convaincre le patient de l'existence d'un certain risque pour sa santé sans toutefois le heurter. Il est perçu comme inutile voire malvenu d'aborder la question à chaque consultation, et si les facteurs de risque font l'objet d'un suivi attentif de la part du médecin, il ne les présente pas forcément comme tels et les relative par rapport à ce patient.

Comme dans les autres cas de figures présentés, les recommandations sont un repère pour l'action du médecin mais il sait qu'il peut être préférable d'y déroger, ne pas les suivre systématiquement ou accepter d'y déroger et ne pas y faire mention devant le patient qui construit une relation avec le médecin de l'ordre de la confiance relationnelle, quasi affective, et non pas principalement technique, ainsi que le dénote la petite phrase que nous glisse Geneviève qui s'interroge sur les objectifs de notre rencontre : *« mon médecin, je l'aime, ne lui faites pas mal »*.

LE RISQUE FATALITÉ ET L'AGIR ENSEMBLE LIMITE

Ce groupe se caractérise par un sentiment d'action limitée tout aussi bien chez le patient que chez le médecin.

Le patient, lui, estime qu'il n'a guère de contrôle sur sa vie et peu d'emprise sur sa santé et sur les risques associés à l'hypertension. N'en ayant pas le contrôle, à ses yeux, il n'en porte pas non plus la responsabilité. Ce mode d'inscription dans la société qui dépasse la seule sphère de la santé, se heurte à la réalisation d'une prise en charge médicale, notamment sur les aspects préventifs.

Cette attitude du patient, le médecin la traduit dans des termes comme : « il n'écoute pas » ou « il ne comprend pas ». Aussi n'est-il pas la peine d'insister auprès de ce patient et mieux vaut se contenter de s'en tenir au suivi technique (diagnostic, traitement médicamenteux, prescriptions). Les consultations observées sont à cette image. C'est là que nous trouvons les situations d'Aimé, d'Albert, de Gabriel, de Michèle, de Réjane.

Vis-à-vis de ces patients, le médecin se dit impuissant ou découragé, et son jugement relève, non pas du blâme ni de la responsabilité mais de la « non-responsabilité » du patient. Le patient n'est pas fautif car s'il ne fait pas ce qui est attendu par le médecin, c'est parce qu'il n'en est pas capable, du fait en particulier d'habitudes d'hygiène de vie bien différentes que celles qui sont recommandées.

Le couple Albert et Paulette est emblématique de ce groupe de patients, ainsi que nous l'explique Michel : *« c'est ce qu'on appelle le syndrome métabolique. Ce sont des gens qui ont mangé un peu trop pendant des années, donc qui ont fatigué, qui commencent à avoir de l'hypertension, les triglycérides, puis du diabète, ça va ensemble (...) D'après eux ils font très bien le régime, c'est vrai que quand on les interroge comme ça, ça va. Elle, elle a un peu maigri, lui c'est vrai est un peu costaud. Et je pense qu'ils doivent faire des entorses au dehors ».*

Le généraliste n'est pas dupe, et Albert est en état d'obésité selon les normes médicales. Albert et Paulette sont peut être sincères quand ils disent ne pas beaucoup manger ou du moins faire attention, mais leurs références en la matière ne sont peut être pas celles des conseils alimentaires recommandés et puis, entre la convivialité d'un repas familial et le respect du régime, la question ne se pose pas pour eux, comme pour les patients pour lesquels l'hypertension est mise au second plan. Ici, pour eux, l'hypertension n'est pas reconnue dans sa dimension de risque. D'ailleurs, aucun des deux ne s'est déclaré hypertendu : que ce soit dans la fiche d'identification ou en entretien post-consultation, ils disent ne pas être traités pour l'hypertension (or Albert est traité depuis plusieurs années, Paulette est depuis quelques mois). Et surtout ils ne se considèrent comme pouvant agir d'eux-mêmes face à leur santé. Ils ont un regard fataliste sur la vie, ainsi que le dénotent des expressions employées en consultation ou en entretien comme « c'est la vie », « faut faire avec » ...

C'est ce même regard qu'exprime Gabriel vis-à-vis de sa santé. Gabriel est atteint de tremblements aux mains tels qu'il n'a pas pu remplir lui-même notre court questionnaire pré-consultation et qu'au moment de régler le médecin, c'est avec de grandes difficultés qu'il a réussi à sortir l'argent de son portefeuille. Mais ce qu'il en dit, c'est qu'*« on s'habitue finalement »*, tout en reconnaissant que c'est très gênant au quotidien. Et malgré plusieurs

autres problèmes de santé (diabète, hypertension, troubles de la thyroïde), Gabriel se définit, lui, en bonne santé, comme n'ayant pas à espérer mieux.

Selon le généraliste, Gabriel un patient est un patient avec qui l'action médicale est limitée et nous avons vu qu'avec lui, elle s'en tient aux domaines techniques : « *au niveau diététique, à mon avis, il fait rien de ce qu'on lui dit* ». Il aurait suivi il y a quelques années un régime alimentaire après l'intervention du spécialiste cardiologue et a obtenu alors « *des chiffres fantastiques* » (de glycémie). Mais cela n'a pas duré. Et aujourd'hui le médecin ne croit pas Gabriel quand il dit ne plus faire de bons repas. Elle le qualifie de « *bon vivant* », en l'exprimant avec une pointe d'indulgence, mais se sent découragée d'obtenir un changement de comportement de sa part : « *j'ai beaucoup tenté avec lui, aujourd'hui je suis fatiguée* ». De plus, elle craint qu'une attitude « moraliste » n'endommage leur relation : « *il fait partie de ceux que j'appelle mes patients adorables, il est gentil comme tout... oui même si il ne m'écoute pas, je ne crois qu'on les juge sur ce qu'ils nous écoutent ou non, on juge sur la façon dont ils réagissent, non comment dire comme ils se comportent, peut-être comment ils réagissent à ce qu'on leur dit... tandis que lui il va me dire, ben non docteur ou bien il va me mentir comme on a dit, ou il va dire oh ben non docteur là j'arrive pas trop mais sur le global le reste il va l'écouter, par exemple si je lui dit, ah, par exemple il va me dire j'ai mal à la jambe, ah bon ben il faudrait faire un doppler il va très bien écouter hein, il va être très... il peut quand même, mais si il discute, il va discuter gentiment* ».

Démotivée ce médecin l'est aussi avec Réjane. Elle le dit ainsi : « *je ne suis pas motivée* », à intervenir sur les facteurs de risque, en particulier le poids, car il lui est difficile, quasiment inconcevable d'aborder le risque face à la plainte permanente de cette patiente qu'elle nomme « *la geignarde* ». Elle se sent tout aussi découragée avec Michèle, qui fume, consomme de l'alcool régulièrement et est en très net surpoids, mais qui est aussi tout juste sortie d'un séjour en établissement psychiatrique.

Quant à Aimé, c'est une lecture quelque peu culturaliste que le médecin fait de manière remarquable : « *C'est pas la première fois que je parle avec lui du sel. Chaque fois, il me dit qu'il va faire quelque chose, c'est visiblement très difficile pour lui. Et c'est vrai que la cuisine qu'il a l'habitude de faire, c'est aussi très relevé et du coup pas mal salé aussi* ». Car Aimé est Antillais et sa compagne est Espagnole, donc elle « *fait aussi certainement des choses assez relevées. Donc à eux deux, c'est pas génial* ». Le médecin oublie qu'Aimé est en France depuis près de vingt cinq ans et sa compagne depuis cinquante ans. Notons aussi l'assimilation qui est faite entre cuisine relevée et cuisine salée. Pour le médecin, convaincre Aimé de modifier les habitudes alimentaires est peine perdue, car trop ancrées culturellement. D'ailleurs cette consultation a été particulièrement courte (six minutes) et l'attitude adoptée par le médecin avec ce patient est à l'opposé de celle tenue avec Marius, patient considéré comme « cortiqué », capable d'entendre les explications et conseils médicaux.

Ce qui réunit les patients de ce groupe est le jugement du médecin élaboré suite à des années de travail avec lui, estimant qu'il n'est pas possible de mener une action médicale telle que les recommandations le préconisent parce que, pour ces patients, la maladie est de l'ordre de la fatalité et qu'il s'agit de s'adapter aux problèmes rencontrés et non de tenter de

les résoudre par soi-même. Ils ne sont pas dans une lecture en termes de facteurs de risque sur lesquels ils peuvent agir en modifiant leur comportement de vie. Ils se situent dans un rapport de délégation avec le médecin, vont accepter le suivi régulier de l'hypertension et de leurs autres pathologies et vont se conformer aux prescriptions de médicaments et d'examens complémentaires. Ce sont des patients qui vont venir en consultation avec une demande minimale.

Toutefois quelque soit le rapport au risque du patient que nous avons mis à jour ici, l'action médicale est toujours teintée de compromis. Le médecin sait qu'il ne peut mener à bien une action qui irait à l'encontre de la façon d'être et de faire du patient. S'il veut avoir quelque chance de faire aboutir ce qu'il souhaite entreprendre avec un patient en conformité avec les recommandations, il est amené avant tout à considérer l'individu qu'il a dans son cabinet.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons montré qu'une évaluation du niveau de risque cardiovasculaire était réalisée différemment en fonction du moment de la prise en charge de l'hypertension dans lequel s'insère la consultation observée : si elle est débutante ou non et si le risque est stabilisé ou non.

Le médecin s'ajuste à la situation instantanée pour l'évaluation du risque mais il va surtout s'ajuster à la trajectoire du patient pour la gestion de ce risque évalué, en fonction de ce qu'il connaît de la vie de celui-ci et de ce qu'il a déjà tenté avec lui notamment pour ce qui est du travail de prévention des risques cardiovasculaires, en fonction du « mode d'agir ensemble » constitué entre le médecin et le patient.

Les recommandations de prise en charge n'intègrent pas ces dimensions qui pourtant interviennent dans le déroulement du suivi médical. Elles n'intègrent pas non plus les facteurs sociaux, autres que l'âge pris en compte dans l'évaluation du risque cardiovasculaire, qui éclairent le rapport du patient à sa santé et le type de relation attendue avec son généraliste. Mais en ne les intégrant pas, elles laissent une marge de manœuvre au médecin, un espace dans lequel il peut exercer son jugement en fonction de son l'expérience et exprimer son autonomie professionnelle

Entre un médecin et un patient, une confiance minimum est un pré-requis pour établir la possibilité d'une action commune dans laquelle médecin et patient s'accordent pour coopérer. Elle va se conforter ou s'affaiblir en fonction des interactions jouées entre médecin et patient au fil des événements de santé survenus et partagés. Agir de concert passe par la réalisation d'un certain nombre de conditions dont la conscience du risque par le patient et l'existence d'une confiance réciproque entre un médecin et un patient.

S'ils ont confiance l'un en l'autre, ils peuvent s'engager dans une relation active pour faire face ensemble aux risques liés à l'hypertension. Avoir confiance en son médecin c'est être dans un engagement de face-à-face dit Giddens (1994). Certes, mais il oublie la proposition complémentaire qui est que le médecin est également dans un engagement de confiance avec son patient²⁰³.

Ajoutons que si l'on suit Luhman (2001), la confiance présuppose une conscience du risque. Or le risque lié à l'hypertension n'est pas forcément réalisé par les personnes hypertendues. L'évaluation du risque et la référence aux données scientifiques peuvent constituer des appuis pour l'action médicale, mais à condition que l'étiologie profane

²⁰³ Il est vrai que, contrairement au système de santé français, le système anglais ne permet pas au patient de choisir son médecin et que le premier est en quelque sorte captif du second qu'il en soit satisfait ou non, contrairement au système français.

associée à l'hypertension ne mette pas le patient en situation de ne pas s'en sentir responsable et incompétent à agir contre cette pathologie et les risques associés.

C'est toute cette connaissance du patient que le médecin mobilise pour décider de ce qu'il va dire au patient et engager comme action ce jour-là dans le cadre de la prise en charge de l'hypertension. Mais il va le faire également compte tenu du contexte et des contraintes qui en découlent dans lesquels se déroule la consultation.

Conclusion de la seconde partie

Dans cette seconde partie, notre méthodologie d'étude a permis d'entrer dans la « boîte noire » de la consultation. Nous y sommes entrés par deux portes. La première porte que nous avons prise est l'observation des acteurs en présence et de leurs interactions. La seconde est le recueil de leur point de vue quant au déroulé de la consultation observée en leur demandant de la replacer dans leur trajectoire relationnelle et dans le parcours médical du patient.

Nous retenons de notre analyse que comprendre ce qui passe *hic et nunc* lors d'une consultation de médecine générale ne peut se faire qu'en situant celle-ci dans un cadre plus large et multidimensionnel.

La temporalité en est une dimension majeure. Le déroulement d'une consultation s'inscrit dans une histoire passée et à venir entre le patient et le médecin. Elle est fonction des formes de relations que les deux acteurs ont instituées entre eux, qui sont soumises à leur interconnaissance et à la durée de leur histoire commune, ainsi que de celle qu'ils projettent poursuivre entre eux. Le médecin fait aujourd'hui selon ce qu'il a pu obtenir du patient hier et de ce qu'il pense pouvoir obtenir de lui demain.

Ces formes de relation dépendent des attendus que chacun a l'un envers l'autre. Nous avons vu que les valeurs associées à la médecine générale mettent le patient au cœur des pratiques, de manière bien plus sensible que dans le cas d'autres spécialités médicales. Le « bon patient » pour le médecin généraliste est celui avec qui « on peut faire » quelque chose mais ce quelque chose passe par l'obtention et l'acceptation d'un compromis : l'objectif étant d'établir un mode d'agir ensemble satisfaisant de part et d'autre dans lequel le patient va faire preuve à la fois d'autonomie vis-à-vis de sa santé et de délégation envers son médecin et où le médecin va faire preuve de qualités relationnelles et de compétences techniques.

Au fil des échanges et des problèmes de santé partagés, s'instaure entre un médecin et un patient un contrat, pour une part tacite, indicateur de la confiance que chacun accorde à l'autre. Il ne s'agit pas d'un contrat de confiance assurée mais celui d'une confiance décidée (Luhman, 2006). Il a été testé à l'occasion de tel problème de santé ou de telle circonstance de rencontre et permet d'asseoir de manière pragmatique une confiance dans les capacités de l'autre à suivre les règles d'échanges instaurées entre eux dans le temps.

Prendre l'exemple de la prise en charge de l'hypertension artérielle a mis en exergue ces caractéristiques fortes de la relation médecin-patient : l'inscription dans la durée, l'aspect opportuniste de l'action médicale et l'importance du compromis. L'idée de compromis est prise ici dans le sens d'un arrangement entre les acteurs dans lequel chacun accepte de faire des concessions de manière à parvenir à un *modus vivendi* satisfaisant pour l'un et l'autre.

D'après les personnes interrogées, les représentations et étologies profanes de l'hypertension font que le patient hypertendu ne se définit pas comme atteint d'une maladie

grave tant qu'il n'a pas vécu des complications cardiovasculaires. Vivant l'hypertension comme une maladie incorporée, faisant partie de lui-même, le patient ne se considère ni comme responsable de son état de santé ni comme compétent à pouvoir le modifier. Le travail médical de prise en charge de l'hypertension doit intégrer le rapport à la maladie du patient et lui faire prendre conscience de sa réalité pathologique et des risques cardiovasculaires associés.

Les chiffres tensionnels (et la valeur seuil) constituent un appui pour l'action du médecin qui lui permet d'argumenter une initiation ou une modification de traitement ou encore de souligner l'importance de la surveillance de la pression artérielle. Pour qu'ils acquièrent du sens pour le patient, ces chiffres sont situés par le médecin non seulement par rapport à la valeur seuil –repère scientifique- mais aussi par rapport au patient lui-même et à sa singularité. Le recours à l'automesure, fortement préconisée dans les recommandations, est une des solutions mobilisées par le généraliste et qui s'avère contribuer à cette prise de conscience, même si elle est aussi source de discussion sur la valeur des chiffres et de négociation entre médecin et patient ainsi que nous l'avons vu, en particulier dans les consultations où le patient vient avec une demande « outillée ».

Car l'action engagée par le généraliste ce jour-là est sous l'influence de la demande avec laquelle le patient est arrivé. En fonction du type de demande du patient, le travail médical concernera plus ou moins l'hypertension, sera plus ou moins ciblé sur le suivi technique ou élargi à l'approche préventive.

Les médecins généralistes sont amenés à mettre en œuvre des stratégies de prise en charge sous deux contraintes : celle de convaincre malgré tout le patient de suivre ses conseils et prescriptions et celle de maintenir une certaine qualité de relation afin de pouvoir inscrire leur action dans la durée. La solution passe par l'instauration d'une confiance minimale entre eux deux mais aussi par une acceptation minimale de dérogation au contrat thérapeutique.

Ce qui est souligné dans notre travail est la dimension relationnelle et individualisée de l'action en médecine générale. Cette dimension relève pour une part de la médecine dite traditionnelle où « la clinique est un travail sur des cas fortement individualisés, qui ne peut être réduit à l'application codifiée de règles liés au savoir scientifique ». La clinique procède d'une expérience personnelle « au lit du malade » qui s'acquiert par la confrontation à une succession de cas (Dodier, 2003a, *op.cit.*, p40). Nous sommes loin ici du constat de « la mort de la clinique » (Couturier *et al.*) régulièrement annoncée voire dénoncée, notamment en mettant en cause le modèle de la médecine des preuves et de rationalisation des pratiques. Ce qui a été ici observé est plus de l'ordre d'une hybridation des modèles médicaux, intégrant « l'art et la science ».

Quand il s'agit de l'application de recommandations de bonne pratique, médecine basée sur la clinique et médecine basée sur les preuves se font face et interagissent au sein du colloque singulier de la relation médecin-patient. On peut y voir l'introduction, dans le cabinet du médecin, d'une tentative de régulation exogène des pratiques fondées sur des données objectivées, issues notamment de travaux épidémiologiques. Dans cette

perspective, les données définissent des normes de santé collectives qui engendrent une catégorisation des patients sur la base de données physiologiques. A chaque catégorie correspond une réponse définie du médecin et une attitude attendue du patient. La santé est alors définie comme la concordance des données biologiques d'un individu à une norme statistique à laquelle correspond une norme thérapeutique. Un individu est déclaré malade si ce qui est mesuré dans le fonctionnement de son organisme n'entre pas dans la fourchette des valeurs les plus fréquemment relevées chez des individus qualifiés de bien-portants. Or les valeurs biologiques ne sont qu'un des éléments dans l'état de santé d'une personne : « un état pathologique ne peut être dit anormal absolument mais anormal dans la relation à une situation déterminée » (Canguilhem, *op.cit.*).

Autrement dit, selon le point de vue de Canguilhem, le patient est dit hors norme selon son contexte de vie et s'il le juge lui-même ainsi. Ce qui implique que l'action médicale ne peut être efficace et durable qu'en tenant compte non seulement des données physiologiques de référence mais aussi de l'environnement du malade et de sa relation à son état de santé. Et c'est bien ce travail-ci que nous avons observé comme étant opéré en consultation de médecine générale auprès de patients hypertendus.

Conclusion générale

LES DIFFERENTES FIGURES DU PATIENT ET DU MEDECIN GENERALISTE MISES EN SCENE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE

Pour ce travail de thèse, nous sommes partis du constat posé dans les milieux de santé d'un mauvais contrôle de l'hypertension artérielle (HTA), c'est-à-dire de l'existence d'une proportion importante de personnes traitées contre l'hypertension ayant une pression artérielle supérieure aux valeurs biomédicales considérées comme normales.

Pour en effectuer un traitement sociologique, nous avons pris le parti de considérer, en première instance, ce qui se joue entre un médecin et un patient dans la prise en charge de l'hypertension, ici en l'occurrence, entre un médecin généraliste et un patient hypertendu.

La prise en charge de l'HTA étant modélisée sous forme de recommandations de bonne pratique, nous avons tout d'abord cherché à situer ces interactions dans un cadre socio-temporel plus large, celui des fondements du mouvement de la médecine des preuves avec pour question directrice : dans quelle mesure le modèle politico-scientifique de la médecine des preuves et de sa déclinaison en recommandations rencontre-t-il les pratiques et les valeurs de la médecine générale et leurs évolutions ?

Notre posture a donc cherché à considérer plusieurs niveaux d'analyse emboîtés les uns dans les autres et insérés dans un contexte social, économique et politique en mouvement :

- le niveau macro-sociologique des relations entre État et médecins ;
- le niveau méso-sociologique de la profession médicale et notamment de la place de la médecine générale ;
- le niveau micro-sociologique des relations entre médecin et patient.

Dans la première partie à visée socio-historique, nous avons vu que les recommandations de bonne pratique sont un élément récent qui intervient dans les relations complexes entre la profession médicale et État, entre médecin et patient ainsi qu'à l'intérieur de la profession médicale²⁰⁴.

Elles s'insèrent, toutefois, dans un processus professionnel ancien qui vise à asseoir la légitimité médicale sur des bases scientifiques et qui a pris forme au début du XX^{ème} siècle à travers le mouvement de la médecine des preuves ou « Evidence Based-Medicine » (EBM). Elles s'inscrivent dans une longue évolution de la médecine valorisant d'une part, l'approche expérimentale et d'autre part, l'administration de la preuve statistique.

²⁰⁴ Sans compter le rôle de l'industrie pharmaceutique, qui en lui-même mériterait un travail spécifique et que nous n'avons qu'évoqué ici.

Mais si à l'origine ce qui était visé par les partisans d'une médecine dite rationnelle était l'évaluation des médicaments, le champ d'application de l'EBM et ses usages se sont peu à peu étendus. De mouvement scientifico-professionnel de rationalisation du jugement du médecin fondé sur les résultats des essais cliniques randomisés, elle est devenue également un instrument politico-professionnel de rationalisation des pratiques médicales dont le développement des « bonnes pratiques » est une illustration remarquable.

En ce sens, les recommandations de bonne pratique sont révélatrices d'une modification des relations entre Médecine et État. Celui-ci intervient, via des agences publiques chargées d'élaborer et de diffuser des recommandations et autres outils entrant dans le cadre général du « New public management », dans une optique non plus tant d'aide à l'organisation de la profession que d'encadrement gestionnaire des pratiques médicales.

Historiquement la profession médicale s'est constituée avec l'aide de l'État. En contrepartie, ce dernier a bénéficié des progrès médicaux favorable au développement socio-économique. Mais plus les impératifs de contrôle des dépenses de santé se sont fait sentir, entraînant un encadrement des pratiques médicales par un « tiers gestionnaire » dans lequel les recommandations ne sont qu'un des éléments d'un ensemble de mesures comptables et organisationnelles (Bouchayer, 2011), plus les divergences d'objectifs se sont creusées. D'une part, les médecins, aujourd'hui en situation déficitaire en termes d'effectifs, réclament le maintien si ce n'est l'amélioration de leurs conditions d'exercice et revendiquent leur autonomie professionnelle²⁰⁵ ; d'autre part, l'État, soumis à une crise économique persistante, cherche à rationaliser l'allocation des ressources et à endiguer les dépenses de santé. Si tous deux parlent de qualité des soins, les médecins vont traduire cet objectif en termes de formation et de personnel alors que l'État le décline en termes d'efficacité et d'homogénéisation des pratiques, du moins de réduction des écarts non justifiés.

La littérature issue des milieux médicaux, mais aussi une partie de la littérature sociologique sur le sujet tend à présenter les recommandations de bonne pratique comme emblématiques de la rencontre de deux logiques opposées, une logique épidémiogestionnaire et une logique clinique « au lit du patient », à la hauteur d'un « choc des paradigmes » (Castel et Dalgarrondo, 2005). Il y est fait état de prises de positions bien souvent radicales relevant de débats tout autant idéologiques qu'épistémologiques, si ce n'est plus idéologiques qu'épistémologiques, entre :

- les partisans du modèle de la médecine des preuves et d'une « thérapeutique rationnelle », figure d'un certain positivisme scientifique : ceux-ci considèrent les recommandations non seulement comme des outils de légitimité professionnelle et

²⁰⁵ Les réactions des médecins à la loi HPST sont emblématiques : ainsi par exemple, les mesures d'incitation à l'installation dans des zones géographiques qualifiées de « déserts médicaux » ont bien souvent été vécues comme une atteinte à la liberté d'installation.

d'accroissement de l'autorité médicale mais aussi comme permettant d'améliorer la qualité des soins et de réduire les écarts de pratiques ;

- les opposants à ce modèle, fidèles à un fondement traditionnel et charismatique de la médecine : ceux-là perçoivent les recommandations comme une entrave à l'autonomie professionnelle et comme un instrument de contrôle des pratiques par une faction de la profession associée à l'action publique²⁰⁶, visant à réduire le médecin à un rôle d'exécutant de tâches définies par ailleurs et à assimiler le patient à une unité statistique.

En tant que sociologue, il n'était nullement dans notre propos de prendre partie ni de juger de ces prises de positions. Nous les posons à titre d'idéaux-types de pratiques médicales et de valeurs professionnelles que nous avons souhaités mettre en perspective avec nos données empiriques.

Nous retenons également que les travaux s'intéressant plus précisément à la portée des « bonnes pratiques » en fonction des spécialités indiquent que leur réception et leur intégration diffèrent : elles peuvent être perçues comme une contrainte ou au contraire, comme une ressource. Ainsi dans le cas de segments caractérisés par un travail collectif de gestion de la maladie à l'image de la cancérologie, elles sont considérées comme ayant un impact sur les relations intra-professionnelles et pouvant induire un bousculement dans les hiérarchies médicales en délimitant ou en élargissant le champ d'action de certaines spécialités, parfois au détriment d'autres.

La profession médicale n'est pas un groupe homogène, loin de là, ainsi que notre recherche le souligne. C'est pourquoi il nous paraît nécessaire de faire éclater toute vision holiste de la médecine et de multiplier les travaux et analyses sur différents segments médicaux.

Ainsi, la médecine générale, la plus ancienne des pratiques médicale, s'est retrouvée peu à peu déclassée du fait du développement des spécialités. Dans un paysage politico-professionnel en forte mutation, elle est devenue un segment professionnel essentiellement désigné par son statut « en creux », par ce qu'elle n'est pas par rapport aux autres. Le médecin généraliste d'aujourd'hui est bien loin de jouir de la même aura sociale que le spécialiste hospitalier ou même libéral. A écouter les discours les plus récurrents, il serait en position de faiblesse, surtout face au patient informé et exigeant voire revendicateur et procédurier qui est une des figures actuellement dominante et qui va de pair avec la montée des normes d'autonomie et d'individualisation.

La place de la médecine générale dans ce que Marks appelle la « république de la science » (*op cit.*) ne semble pas naturellement acquise dans la mesure où dans cette république « certains sont plus égaux que d'autres » (p320). Ceux qui sont dotés d'un savoir spécialisé sur des maladies spécifiques ou sur des méthodes de recherche acquièrent plus d'autorité que les autres. Et ce sont ceux-là qui sont en première ligne dans l'élaboration des

²⁰⁶ Au sein des instances hybrides que sont des agences de l'État comme l'HAS

recommandations de bonne pratique, même s'ils ne sont pas les plus concernés par leur application.

Aussi, les médecins généralistes se trouvent-ils particulièrement clivés entre les deux positions idéal-typiques ci-dessus. Ils sont bien souvent présentés comme étant tiraillés entre le modèle de la légitimité scientifique et le modèle de la légitimité relationnelle : d'un côté, en tant que membres d'un segment professionnel à la recherche d'une identité forte et socialement reconnue à égalité avec les autres spécialités et qui pourrait gagner à se ranger du côté de la médecine des preuves, de l'autre en étant dans la revendication d'une médecine plus « humaine » et de la reconnaissance de ses spécificités notamment celles liées à la prise en compte du patient dans sa globalité et dans sa singularité.

Les travaux de microsociologie de la santé soulignent que le patient réel est bien plus pluriel que ce que véhicule la figure moderne du patient autonome (Hélaridot et Mulo, 2011). Ajoutons que la relation médecin-patient se définit surtout comme étant une rencontre entre deux individus, multiforme et évolutive.

Nos analyses empiriques, centrées sur le déploiement du travail médical en consultation, soulignent qu'au sein de son cabinet, l'action du médecin généraliste est sous le primat du colloque singulier avec le patient. Les autres acteurs, pouvoirs publics et autres spécialistes, n'interviennent que comme tiers à distance. Ils sont présents bien sûr mais au second plan des interactions médecin-patient. Si l'État intervient dans les politiques de rationalisation des pratiques médicales, il n'a guère d'influence sur les modalités de relation avec le patient.

L'expression qualifiant le plus justement le travail du médecin généraliste est celle d'une pratique « au nom du patient », caractérisée par l'instauration d'une relation de confiance réciproque, qui se construit, se renforce ou se fragilise au fil des rencontres. Cette confiance repose sur un socle composite, fait d'obéissance du patient aux prescriptions médicales mais aussi du respect par le médecin des limites posées plus ou moins explicitement par le patient.

Dans cette relation qui peut à tout moment être remise en cause, le patient va faire preuve à la fois d'autonomie et de délégation vis-à-vis de son médecin et le médecin, quant à lui, mobilise non seulement les références scientifiques mais aussi ce qu'il connaît du patient. Pour instaurer leur relation et pour la maintenir, appliquer les recommandations ne se conçoit en pratique pour le généraliste, qu'en s'adaptant à la situation passée et actuelle voire projetée du patient, d'un point de vue de sa santé mais aussi au niveau familial ou professionnel. Pour agir ensemble, il s'agit pour le médecin de s'ajuster, de trouver l'équilibre entre les données de la science et les données personnelles, quitte à déroger en partie aux recommandations aujourd'hui pour pouvoir continuer à faire demain, en confiance avec le patient. Cet ajustement s'effectue par négociations et compromis, par un partage du contrôle de la consultation et par le tissage de liens de proximité.

Il y a bien « différentes façons d'être généraliste » (Schweyer, 2010). Et même si elles se déclinent d'un médecin à l'autre à travers ce que l'on peut repérer comme un éthos dominant, elles se déclinent aussi chez un même médecin d'un patient à l'autre (Rolland *et al.*, 2008). Cette caractéristique de double variabilité mériterait d'être davantage prise en compte dans les approches typologiques de la relation médecin-patient afin de renforcer leur portée heuristique et théorique.

Dans le contexte général de reconfiguration des liens entre État et médecine, entre spécialités médicales et entre médecins et patients, prendre le cas d'analyse du suivi de l'hypertension en médecine générale permet de mettre en exergue l'intérêt et les limites en pratique des recommandations.

L'histoire de la mise en recommandations de la prise en charge de l'HTA sur la base de données mesurables et objet de nombreux essais cliniques randomisés est emblématique du mouvement de la médecine des preuves. Mais elle est aussi emblématique de l'extension du champ de cette médecine des preuves, quand ce qui est visé n'est plus seulement l'évaluation de l'efficacité des médicaments et l'aide à la prescription médicamenteuse mais aussi la détermination des facteurs de risque dont plusieurs relèvent, en l'occurrence ici, des comportements hygiéno-diététiques (consommation de tabac et d'alcool, activité physique, alimentation) et dont la responsabilité tend à être imputée à l'individu, en minimisant ou en écartant l'influence des éléments sociaux et politiques.

Ainsi dans le cas de l'HTA, des figures sont mises sur le devant de la scène publique auxquelles les personnes hypertendues et les médecins généralistes sont confrontés sans qu'elles correspondent forcément à leur propre identité et à leurs valeurs. Il s'agit :

- du « patient à risque », potentiellement malade et tenu responsable de son état du fait d'un comportement déviant d'un point de vue des normes médicales de santé ;
- du médecin « entrepreneur de morale » et non plus seulement « contrôleur social » ou non pas simple prestataire de soins.

C'est pourquoi nous nous sommes attachés à un niveau empirique à saisir comment et dans quelle mesure, dans l'exemple de la prise en charge de l'hypertension, ces différentes figures exogènes apparaissent et s'intègrent dans le travail médical en train de se dérouler et dans les points de vue des acteurs observés.

Notre analyse souligne l'importance de deux dimensions intervenant dans les interactions médecin-patient et le suivi de l'HTA : la dimension sociale et la dimension temporelle. La prise en charge de l'HTA en médecine générale s'inscrit dans une trajectoire médicale mais aussi relationnelle.

Si le contrôle de l'hypertension n'est pas atteint aujourd'hui, c'est-à-dire si la valeur seuil de la pression artérielle n'est pas respectée aujourd'hui, elle le sera peut être demain et de manière plus durable. Elle peut être considérée acceptable compte tenu de la situation du patient et de ce qu'il est possible de négocier avec lui sans rompre le lien ni la possibilité d'agir avec lui. Le médecin peut ainsi opter, ainsi que nous l'avons vu, pour s'en tenir au suivi technique de l'hypertension (prescriptions de médicaments et d'exams complémentaires) s'il juge les conseils hygiéno-diététiques ne seront pas suivis d'effets positifs, voire s'il craint qu'ils suscitent une attitude d'opposition de la part du patient. Cette perspective temporelle n'apparaît pas dans les statistiques de patients hypertendus non contrôlés. Pour savoir si cette stratégie médicale est pertinente, il faudrait effectuer un recueil longitudinal auprès d'une cohorte de personnes sur un temps suffisamment long pour pouvoir en certifier les effets et sur un ensemble de données, non seulement biologiques mais aussi faisant état des actions médicales et de la relation médecin-patient.

De plus, la prise en charge de l'HTA s'effectue dans un contexte de décalage entre les savoirs profanes et les définitions professionnelles, qui elles-mêmes naviguent entre pathologie et facteur de risque. Les personnes hypertendues ne perçoivent l'hypertension ni comme une maladie à haut risque (comme peut l'être le cancer) ni comme une maladie contraignante (comme peut l'être le diabète). Elle est vécue sur le mode d'une maladie « incorporée », que l'on porte en soi parce que liée à son caractère ou du fait d'une hérédité, et dont, par conséquent, on n'est pas responsable, ce qui limite l'adoption d'habitudes de vie favorables à la baisse du niveau de risque cardio-vasculaire.

Finalement, les recommandations de bonne pratique, du fait de leur mode d'élaboration, se réfèrent essentiellement à un modèle scientifique de la médecine dans lequel la figure dominante est celle du patient moyen statistique. Elles constituent une aide pour le médecin généraliste dans l'élaboration du diagnostic et dans le choix du traitement en matière d'hypertension. Mais elles ne peuvent être réalisées effectivement qu'après ajustement à la singularité du patient et l'obtention de son accord.

Nos observations des interactions médecin-patient ne font pas état de pratiques médicales qui seraient sous contrôle externe à l'instar des discours généraux faisant preuve de réticence voire d'opposition vis-à-vis de la médecine des preuves. L'intégration des recommandations de prise en charge de l'hypertension ne s'effectue pas sur le mode d'un « choc des paradigmes » professionnels mais à travers la construction d'un modèle de relation médecin-patient hybride et consensuel basé sur un mélange de données scientifiques et de données individuelles et insérant la norme d'autonomie contemporaine à celle plus traditionnelle de délégation de sa santé au médecin.

POUR POURSUIVRE LE PRESENT TRAVAIL

Nous avons bien conscience de la modestie du travail réalisé ici face à l'ampleur des questions soulevées. Certains thèmes n'ont pas été approfondis, notamment le rôle de l'industrie pharmaceutique et ses transformations depuis les débuts de la médecine des preuves à la surveillance étroite des conflits d'intérêts, ou encore les différents canaux de diffusion et les modalités de réception des recommandations en médecine générale. Nous aurions pu également compléter notre analyse par des mises en perspective avec des données recueillies pour d'autres recommandations ou auprès d'autres segments professionnels.

A défaut, nous espérons que la présente thèse ouvrira les portes à d'autres investigations. Nous avons ici fait certains choix, de posture scientifique mais aussi compte tenu du contexte dans lequel elle a été réalisée.

Ainsi que nous l'avons exposé dans le chapitre consacré à la démarche et méthodologie de recueil des données, notre analyse a été effectuée sur un matériau collecté dans le cadre de deux projets de recherche antérieurs à notre travail de thèse.

L'intérêt de disposer d'un corpus déjà constitué est évident en termes de gain de temps. Mais cela représente aussi un certain nombre de contraintes et de limites. Il s'agit de faire avec un matériau recueilli avec des objectifs spécifiques et de composer avec ses défauts.

Nous avons travaillé sur un échantillon non homogène à plusieurs niveaux, issu de deux projets ciblés sur les interactions médecin-patient mais dont aucun ne portait précisément sur les recommandations et dont l'un ne concernait pas l'hypertension. Ce qui fait que tous les entretiens n'ont pas abordé la question de la prise en charge médicale et de la gestion profane de l'hypertension. Du moins, cela n'a pas été fait de manière régulière et systématique.

Ce qui fait que nous avons construit notre corpus à partir des personnes hypertendues observées en consultation, en les incluant même si un entretien avec le patient et/ou avec le médecin n'avait pas été réalisé. Nous n'avons donc pas travaillé sur un ensemble de monographies « consultation- double entretien » complètes.

Si les profils des patients sont assez diversifiés et conformes aux profils épidémiologiques, ceux des médecins ne sont pas représentatifs de la population. Ont participé des médecins ayant déjà une certaine expérience du métier, plusieurs sont à quelques années de l'arrêt d'activité. Ce sont en très grande majorité des hommes. Presque tous sont affiliés à un

département de médecine générale, au moins en tant que maître de stage sinon en tant que maître de conférences ou professeur associé.

Il serait intéressant d'observer et d'interroger des médecins plus jeunes, ayant des modes d'exercice plus diversifiés avec des pratiques non allopathiques comme l'homéopathie ou l'acupuncture ou encore des spécialisations informelles (Giami, 2010), c'est-à-dire prenant en charge plus spécifiquement certains problèmes de santé ou s'occupant plus particulièrement de certaines populations... Ceci afin de voir si leurs pratiques, notamment dans le recours aux références de la médecine des preuves et dans le mode de relation avec les patients, diffèrent avec les médecins généralistes observés et sur quels éléments.

Afin de mieux saisir la dimension temporelle de la prise en charge médicale et de la relation médecin-patient, il serait intéressant de mettre en place un recueil de données longitudinal, avec des observations de consultations et des entretiens répétés. La méthode s'avère complexe et mérite une réflexion préalable afin d'en assurer la faisabilité et la pertinence.

Enfin, ce travail pourrait ouvrir sur la question des inégalités sociales de santé : présentées comme allant dans le sens d'une homogénéisation et d'une rationalisation des pratiques, les recommandations sont-elles ou non un outil de réduction des inégalités sociales de santé ? A quel moment des pratiques s'écartant des recommandations s'avèrent-elles inappropriées ou au contraire, justement adaptées à la situation du patient ? Autrement dit, dans quelle mesure et dans quelles configurations, la variation des pratiques, même lorsqu'elles s'écartent des « bonnes pratiques », peut-elle être favorable au patient en tant qu'adaptation à sa singularité ou au contraire est-elle signe de discrimination et source d'inégalités de soins ?

« La fin est dans le commencement et cependant on continue ».

S. Beckett (1957), *Fin de partie*, Paris : Les Editions de Minuit, p89.

Références bibliographiques

- Abbot, A. (1988). *The system of professions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Abbot, A. (2003). Ecologies liées, à propos du système des professions. In P. Menger (Ed.), *Les professions et leurs sociologies, modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. Paris: Editions de la Maison des sciences de l'Homme, 29-50.
- Abdoul, H., Askevis, M., Bachimont, J., Demongeot, A., Falcoff, H., Florès, P., et al. (2008). *Facteurs limitant la mise en oeuvre des recommandations de prévention en médecine générale. Enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes franciliens et de leurs patients*. Paris: Inserm Unité 149.
- Adam, P., & Herzlich, C. (2003). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Nathan.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation pour le Santé. (1999). *Les recommandations pour la pratique clinique. Base méthodologique pour leur réalisation en France*. Paris: ANAES.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation pour le Santé. (2000). *Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations*. Paris: ANAES.
- Aïach, P. (1980). Peur et images de la maladie : l'opposition cancer/maladies cardiaques. *Bulletin du Cancer*, 67(2), 183-190.
- Aïach, P., & Fassin, D. (Eds.). (1994). *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos.
- Aïach, P., Fassin, D., & Saliba, J. (1994). Crise, pouvoir et légitimité. In P. Aïach & D. Fassin (Eds.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos.
- Allemand, H., & Jourdan, N. (2000). Sécurité sociale et références médicales opposables. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* (3), 47-53.
- Amar, L., & Minvielle, E. (2000). L'action publique en faveur de l'usager : de la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. *Sociologie du Travail* (42), 69-89.
- Arliaud, M. (1987). *Les médecins*. Paris: La Découverte.
- Armstrong, D. (1984). The patient's view. *Social Sciences and Medicine*, 18(9), 734-744.
- Armstrong, D. (1990). Use of the Genealogical Method in the Exploration of Chronic Illness : A Research Note. *Social Science and Medicine*, 30(11), 1225-1227.
- Arnaud-Battiston, A. (2007). *Les déterminants de la décision des médecins généralistes peuvent-ils se retrouver dans un modèle de type evidence based-medicine ?*, Thèse d'exercice de médecine générale. Université Paul Sabatier, Toulouse, soutenue le 2 octobre 2007.
- Aronowitz, R. (1999). *Les maladies ont-elles un sens ?* Paris: Institut Synthélabo.
- Bachimont, J., Cogneau, J., & Letourmy, A. (2006). Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences Sociales et Santé*, 24(2), 75-103.
- Baszanger, I. (1981). Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en

- médecine futurs généralistes. *Revue Française de Sociologie*, 22(2), 223-245.
- Baszanger, I. (1983). La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale. *Sociologie du Travail*, (3), 275-294.
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue Française de Sociologie*, XXVII(1), 13-27.
- Baszanger, I. (1991). Déchiffrer la douleur chronique. Deux figures de la problématique médicale. *Sciences Sociales et Santé*, 9(2), 31-78.
- Baszanger, I., Bungener, M., & Paillet, A. (Eds.). (2002). *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris: La Dispute.
- Battista, R., Hodge, M., & Vineis, P. (1995). Medicine, practice and guidelines : the uneasy juncture of science and art. *Journal of Clinical Epidemiology* (7), 875-880.
- Beck, U. (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Aubier.
- Becker, H. S. (2002). *Les Ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris: La Découverte.
- Bélorgey, N. (2009). *Réformer l'hôpital, soigner les patients. Une sociologie ethnographique du nouveau management public*. Thèse de sociologie. EHESS, Paris, sous la direction de F. Weber.
- Bélorgey, N. (2010). *L'Hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*. Paris: La Découverte.
- Benamouzig, D. (2010). L'évaluation des aspects sociaux en santé. La formation d'une expertise sociologique à la Haute Autorité en Santé. *Revue française de sociologie*, 1(2), 187-211.
- Benamouzig, D., & Besançon, J. (2005). Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France. *Sociologie du Travail*, 47, 301-322.
- Benamouzig, D & Pierru, F. (*in press*). L'intégration institutionnelle du monde médical. *Sociologie du Travail*.
- Bensa, A. (1992). Sociologie et histoire des sentiments. *Genèses* (9), 150-163.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separates words of evidence-based medicine and patient-centered-medicine. *Patient education counselling* (39), 17-25.
- Bensing, J., Tromp, F., Van Dulmen, S., Van Den Brink-Muinen, A., Verheul, W., & Schellevis, F. (2006). Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped general practice consultations with hypertension patients *BMC Family Practice*, 7(62), 1-7.
- Berger, & Luckmann. (1986). *La construction sociale de la réalité*. Paris: Méridiens Klincksieck.
- Berger, J., & Mohr, J. (2009). *Un métier idéal. Histoire d'un médecin de campagne*. Paris: Editions de l'Olivier.
- Berlivet, L. (1995). *Controverses en épidémiologie. Production et circulation des statistiques médicales*.

Rennes: CNRS URA-984.

- Bernard, C. (1996, 1865 pour la première édition). *Introduction à la médecine expérimentale*. Paris: Garnier Flammarion.
- Bessin, M., Bidart, C. & Grossetti, M. (2010). Les bifurcations, un état de la question en sociologie. In M. Bessin, C. Bidard & M. Grossetti (Eds). *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'évènement*. Paris: La Découverte.
- Bessy, C., & Chateauraynaud, F. (1995). *Experts et faussaires. Pour une sociologie de la perception*. Paris: Métailié.
- Bezes, P. (2005). Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management. *Informations Sociales*, 6(126), 26-37.
- Bizouarn, P. (2007). Evidence based-medicine : méthodes et critiques. *Annales Françaises d'anesthésie et de réanimation*, 26(4), 334-343.
- Bloy, G. (2008). L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sciences Sociales et Santé*, 26(1), 67-89.
- Bloy, G. (2010). La constitution paradoxale d'un groupe professionnel. In G. Bloy & F. Schweyer (Eds.), *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*. Paris: Presses de l'EHESP, 23-40.
- Bloy, G. (2011). Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas. Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). Document de travail. *DREES, Série Etudes et Résultats*, n°104, février 2011.
- Bloy, G., & Schweyer, F. (Eds.). (2010). *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes: Presses de l'EHESP.
- Blumhagen, D. (1980). Hypertension: a folk illness with a medical name. *Culture, Medicine, Psychiatry* (4), 197-227.
- Boissel, J. (2006). Ce ne sont plus des hypertendus ou des hypercholestérolémiques, ce sont des patients à risque cardiovasculaire. *Médecine*, 2(3), 100-101.
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard.
- Bouchayer, F. (2006). Soigner des personnes âgées : quels effets sur les professionnels de santé? *Swiss Journal of Sociology*, 32(3), 457-474.
- Bouchayer, F. (1994). Les voies du réenchantement professionnel. In P. Aiäch & D. Fassin (Eds.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos.
- Bouée, S. (2010). Diabète de type 2 : pratiques d'intensification thérapeutique chez les médecins généralistes en France en 2008-2009. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* (42-43), 436-440.
- Bourdieu, P. (1975). La spécificité du champ scientifique et les conditions sociales du progrès de la raison. *Sociologie et sociétés*, 7(1), 91-118.

- Bourret, P., & Rabeharisoa, V. (2008). Décision et jugement médicaux en situation de forte incertitude : l'exemple de deux pratiques cliniques à l'épreuve de la génétique. *Sciences Sociales et Santé*, 26(1), 83-114.
- Breuil-Genier, P., & Goffette, C. (2006). La durée des séances des médecins généralistes. *Drees, Études et résultats*, 481.
- Broclain, D. (1994). La médecine générale en crise ?. In P. Aiäch & D. Fassin (Eds.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos/Economica, 121-160.
- Broom, A., Adams, J., & Tovey, P. (2009). Evidence-based healthcare in practice : a study of clinician resistance, professional de-skilling, and inter-specialty differentiation in oncology. *Social Sciences and Medicine*, 68(1), 192-200.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2003). *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.
- Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. (2008). Numéro thématique - Surveillance de l'hypertension artérielle en France, (49-50).
- Bungener, M., & Baszanger, I. (2002). La médecine générale. Le temps des redéfinitions. In I. Baszanger, M. Bungener & I. Paillet (Eds.), *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris: Editions La Dispute.
- Bury, M. (1982). Chronic Illness: A Biographical Disruption. *Sociology of Health and Illness* 4(4), 167-182.
- Canguilhem, G. (1972). *Le normal et le pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Carricaburu, D., & Ménoret, M. (2004). *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris: Armand Colin.
- Castel, P. (2005). Le médecin, son patient, ses pairs : une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Revue Française de Sociologie*, 46(3), 443-467.
- Castel, P. (2005). Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales. *Sciences Sociales et Santé*, 23(4), 5-40.
- Castel, P. (2006). Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine (Commentaire). *Sciences Sociales et Santé*, 24(2), 105-112.
- Castel, P. (2008). La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie. *Sciences Sociales et Santé*, 26(1), 9-32.
- Castel, P., & Robelet, M. (2009). Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques. *Journal d'économie médicale*, 27(3), 98-115.
- Chamontin, B. (2005). Les recommandations HAS-2005 sur la prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle (éditorial). *HTA-info* (18), 1.
- Chapoulié, J. (1985). La profession médicale, E Freidson (commentaire). *Revue Française de Sociologie*, (26)4, 720-722.

- Chene, G., & Salmi, L. (2007). *Médecine fondée sur les faits. Evidence-Based Medicine (traduction)*. Issy les Moulineaux Elsevier-Masson.
- Clément, S., Lévi-Prévot, L., Mantovani, J., Membrado, M., & Pous, J. (1996). L'hôpital "généraliste" et la médecine générale. In A. P. Contandriopoulos & Y. Souteyrand (Eds.), *L'Hôpital stratège, Dynamiques locales et offre de soins*. Montrouge: Editions John Libbey, 235-256.
- CNAMTS. (2007). Hypertension artérielle et facteurs de risque associés. Une nouvelle étude de l'Assurance maladie sur les évolutions entre 2000 et 2006. *Point d'information mensuel*, 1-10.
- Cochrane, A. (1972). *Effectiveness and Efficiency - Random Reflections on Health Services*: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Collet, M., Menahem, G., & Picard, H. (2006). *Motifs médicaux de recours aux centres de soins gratuits et logiques de recours aux soins des consultants*, rapport n° 1627. Paris: IRDES.
- Collins, S., Drew, P., Watt, I., & Entwistle, V. (2005). Unilateral' and 'bilateral' practitioner approaches in decision-making about treatment *Social Science and Medicine*, 61(12), 2611-2627.
- Conrad, P. (1987). The Experience of Illness: Recent and New Directions. *Research in the Sociology of Health Care* (6), 1-31.
- Corvol, P., & Postel-Vinay, N. (2000). *Le retour du docteur Knock. Essai sur le risque cardiovasculaire*. Paris: Odile Jacob.
- Cosnier, J., Grosjean, M., & Lacoste, M. (Eds.). (1993). *Approche interactionniste des relations de soins*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Couturier, D., David, G., Lecourt, D., Sraer, JD., Sureau, C. (Eds.). (2009). *La mort de la clinique ?* Paris : PUF.
- Couturier, Y., & Carrier, S. (2003). Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 16(2), 68-79.
- Couturier, Y., Gagnon, D., & Carrier, S. (2009). Management des conduites professionnelles par les résultats probants de la recherche. Une analyse critique. *Criminologie*, 42(1), 185-199.
- Crawford, R. (1997). You are dangerous to your health : the ideology et politics of victims-blaming. *International Journal of health services*, 7(4), 663-680.
- Davison, C., Davey Smith, G., & Frankel, S. (1991). Lay Epidemiology and the Prevention Paradox : The Implications of Coronary Candidacy for Health Education. *Sociology of Health and Illness*, 13 (1), 1-19.
- Deveugele, M., Derese, A., & De Maeseneer, J. (2002). Is GP-patient communication related to their perceptions of illness severity, coping and social support?. *Social Science and Medicine*, 55(7), 1245-1253.
- Dodier, N. (1993). Les appuis conventionnels de l'action. Eléments de pragmatique sociologique. *Réseaux* (62).

- Dodier, N. (1993). *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris: Métailié.
- Dodier, N. (2003). *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris: Editions de l'EHESS.
- Dodier, N. (2005). L'espace et le mouvement de sens critique. *Annales HSS*, 1, 7-31.
- Dodier, N. (2005). S'en remettre à un spécialiste. Contribution à une histoire politique de la délégation des soins. *Handicap - revue des sciences humaines et sociales*, 104, 9-20.
- Dodier, N. (2007). Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients. In V. Tournay (Ed.), *La gouvernance des innovations médicales* (pp. 127-154). Paris: PUF.
- Dodier, N., & Baszanger, I. (1995). Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique. *Revue Française de Sociologie*, XXXVIII (1).
- Dodier, N., & Baszanger, I. (1995). Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique. *Revue Française de Sociologie*, XXXVIII(1), 37-66.
- Drulhe, M., & Sicot, F. (Eds). (2011). *La santé à coeur ouvert : Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin* Toulouse: Presses Universitaires du Mirail.
- Ducournau, P. (2010). *Mettre en banque l'ADN. Enquête sur une biopolitique du consentement*. Paris: L'Harmattan.
- Ducournau, P., Gourraud, P. A., Rial-Sebbag, E., Bulle, A., & Cambon-Thomsen, A. (2011). Tests génétiques en accès libre sur Internet : stratégies commerciales et enjeux éthiques et sociétaux. *Revue Médecine/Sciences*, 27(1), 95-102.
- Durkheim, E. (1967, 8ème édition). *De la division du travail social*. Paris: Les Presses universitaires de France.
- Ehrenberg, A. (1995). *L'individu incertain*. Paris: Calmann.
- Ettorchi-Tardy, A. (2011). Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé. Synthèse. *Pratiques et Organisations des Soins*, 42(1), 35-46.
- Eveillard, J., & Huchet, P. (2006). *Il y a un siècle... une médecine si étrange*. Rennes: Editions Ouest France.
- Evidence based-medicine working group. Evidence based-medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268(17), 2420-2425.
- Ezzati, M., Lopez, A., & Rodgers, A. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 360, 1347-1360. .
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris: PUF.
- Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé*. Paris: PUF.
- Fassin, D. (2008, 2ème édition revisitée). *Faire de la santé publique*. Paris: EHESS.
- Faure, Y. (2010). D'une périlleuse victoire à un triomphe sans gloire : la construction sociale du « risque anesthésique » In D. Carricaburu, M. Castra & P. Cohen (Eds.), *Risques et pratiques médicales*. Rennes: Presses de l'EHESS, 21-33.

- Feldman, R., Campbell, N., Larochelle, P., Bolli, P., Burgess, E., & Carruthers, G. e. a. (1999). Recommandation de 1999 pour le traitement de l'hypertension artérielle au Canada *Canadian Medical Association Journal*, 161(12), SF1-20.
- Fernandez, G., & Levasseur, G. (2010). Les médecins généralistes et les personnes âgées. Quelles recompositions de la relation de soins ? In G. Bloy & F. Schweyer (Eds.), *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*. Rennes: Presses de l'EHESP, 221-236.
- Ferroni, I. (2004). La substitution au Subutex en médecine de ville : tensions des normes et hétérogénéité des pratiques. In F. Schweyer, F. Pennec, G. Cresson & F. Bouchayer (Eds.), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. Rennes: ENSP, 197-208.
- Fervers, B. (2007). Evidence-based medicine et Recommandations : traduire les résultats de la recherche clinique dans leur contexte d'utilisation. *Douleur et Analgésie*, 20(2), 73-77.
- Fillion, E. (2009). *A l'épreuve du sang contaminé Pour une sociologie des affaires médicales*. Paris: EHESS.
- Flick, U. (1992). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*. Paris: L'Harmattan.
- Ford, S., Fallowfield, L., & Lewis, S. (1996). Doctor-patient interactions in oncology. *Social Science and Medicine*, 42(11), 1511-1519.
- Foucault, M. (2005, 1963 pour la première édition). *Naissance de la clinique*. Paris: PUF.
- Fournier, C., & Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-patient et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*, 19(5), 413-425.
- Fox, R. (1988). *L'incertitude médicale*. Paris: L'harmattan.
- Freidson, E. (1961). *Patients' Views of Medical Practice*. New. York: Russel Sage.
- Freidson, E. (1970). Influence du patient sur l'exercice de la médecine. In C. Herzlich (Ed.), *Médecine, Maladie, Société*. Paris: Mouton-EHESS.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris: Payot.
- Frérot, L., Le Fur, P., Le Pape, A., & Sermer, C. (1999). L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique. *Questions d'économie de la santé. Credes* (22).
- Gagnon, E. (1998). L'avènement médical du sujet, les avatars de l'autonomie en santé. *Sciences Sociales et Santé*, 16(1), 49-80.
- Gaudillière, J. (2007). Comment l'hypertension est devenue une maladie ? *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique* (37-38).
- Génolini, J., Roca, R., Rolland, C., & Membrado, M. (*in press*). « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique dans la relation de soin. *Sciences Sociales et Santé*.

- Ghisolfi, J. (2002). Médecine basée sur les preuves et médecine basée sur le bon sens : s'agit-il de deux notions antinomiques ? *XXVIIème JTA*, [en ligne] www.lesjta.com.
- Giami, A. (2004). De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins et médicalisation de la santé. In D. Fassin & D. Memmi D. (Eds). *Le gouvernement des corps*. Paris: EHESP.
- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris: L'Harmattan.
- Gimbert, V., & Lemoine, A. (2010). Médecine de ville : nouvelles pratiques pour quels gains d'efficacité ? *La note d'analyse. Questions sociales. Centre d'analyse stratégique* (204).
- Glaser, B., & Strauss, A. L. (2010). *La découverte de la théorie ancrée, Stratégies pour la recherche qualitative* Paris: Armand Colin.
- Godet-Thobie, H., Vernay, M., Noukpoape, A., Salanave, B., Malon, A., Castetbon, C., et al. (2008). Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007. *BEH* (n°49-50).
- Goffman, E. (1973). *La Mise en scène de la vie quotidienne*. Paris: Editions de Minuit.
- Goffman, E. (1977, 1ère édition en 1963). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Les Editions de Minuit.
- Goffman, E. (1991). *Les cadres de l'expérience*. Paris: Editions de Minuit.
- Grimschaw, G. a. (2003). From best evidence to best practice ; effective implementation of change in patients'care. *Lancet*. 362: 1225-1230.
- Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communications et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris: PUF.
- Guillaume-Hofnung, M. (2003). *Droits des malades. Vers une démocratie sanitaire ?* Paris: La Documentation Française.
- Hacking, I. (2001). *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?* Paris: La Découverte.
- Hammer, R. (2010). Confiance et risque en médecine générale : entre contradiction et intégration. In D. Carricaburu, M. Castra & P. Cohen (Eds.), *Risques et pratiques médicales*. Rennes: Presses de l'EHESP.
- Hammer, R. (2010). *Expériences ordinaires de la médecine. Confiances, croyances et critiques profanes*. Zurich et Genève: Séismo.
- Hassenteufel, P. (1997). *Les médecins face à l'état. Une comparaison européenne*. . Paris: Presses de Sciences Po.
- Hatzfelt, H. (1963). *Le grand tournant de la médecine libérale*. Paris: Éditions Ouvrières.
- Haute Autorité en Santé. (2005). *Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle, actualisation 2005*. Paris: HAS.
- Haute Autorité en Santé. (2005). *Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle, actualisation 2005. Argumentaire*. Paris : HAS.
- Haynes, R., Straus, S., Glasziou, P., & Richardson, W. (2007, 3ème édition). *Médecine fondée*

sur les faits, *Evidence-Based Medicine*. Issy les Moulineaux: Elsevier-Masson.

- Hélaridot, V. & Mulot, S. (2011). Les relations de soin : du colloque singulier au pluralisme médical. In M. Drulhe & F. Sicot (Eds), *La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*. Toulouse: Presses Universitaires du Mirail, 185-206.
- Heritage, J., & Maynard, D. (2006). Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology* (32), 351-374.
- Herzlich, C. (Ed.). (1969). *Médecine, maladie et société*. Paris-la Haye: Mouton-EHESS.
- Herzlich, C. (1985). Malades et clients dans les discours des syndicats médicaux. *Prévenir* (11), 111-120.
- Herzlich, C. (1996). *Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale*. Paris: École Pratique des Hautes Études et Mouton.
- Herzlich, C., Bungener, M., Paicheler, G., Roussin, P., & Zuber, M. (1993). *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France, Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*. Paris: Editions INSERM/Doin.
- Herzlich, C., & Pierret, J. (2010). Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985). *Revue française de sociologie*, 51(1), 121-145.
- Heurtin-Roberts, S., & Reisen, E. (1990). Health Beliefs, Compliance — Hypertension. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 39(40), 701-704.
- Hubert, E. (2010). *Rapport sur la médecine de proximité*. Paris: rapport remis au Président de la République.
- Hutin, J. (2006). *L'examen clinique à travers l'histoire*. Paris: Glyphe.
- Illich, I. (1975). *Némésis médicale. Expropriation de la santé*. Paris: Seuil.
- Jackson, S., & Scambler, G. (2007). Perceptions of evidence-based medicine: traditional acupuncturists in the UK and resistance to biomedical modes of evaluation. *sociology of Health and Illness*, 29(3), 412-429.
- Jacques, B., Pouchadon, M., & Saillour-Glénisson, F. (2007). Les recommandations de pratique clinique à l'épreuve de la pratique hospitalière. *Sociologie Santé*, 26, 187-202.
- Jamous, H. (1967). *Contribution à une sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*. Paris: Editions du CNRS.
- Jaunait, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, 3(11), 59-79.
- Jaunait, A. (2007). La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient (commentaire). *Sciences Sociales et Santé*, 25(2), 67-72.
- Kelly-Irving, M., Rolland, C., Afrite, C., Cases, C., Dourgnon, P., Lombrail, P., et al. (2009). Patient-physician interaction in general practice and health inequalities in a multidisciplinary study: design, methods and feasibility in the French INTERMEDE study. *BMC Health Services*. [en ligne]

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/66>.

- Kentish-Barnes, N. (2007). Mourir à l'heure du médecin. Décisions de fin de vie en réanimation. *Revue Française de Sociologie*, 48(3), 449-475.
- Kerleau, M. (1998). L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise de dépenses de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 16(4), 5-34.
- Krzesinski, J. (2010). Inertie thérapeutique en hypertension artérielle: pourquoi et comment combattre cette attitude? *Revue Médicale de Liège*, 65(5-6), 273-277.
- Kusnik-Joinville, O., Weil, I. A., Salavane, B., Ricordeau, P., & Allemand, H. (2007). Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005 ? *Pratiques et Organisation des Soins*, 38(1), 1-12.
- Labov. (1976). *Sociolinguistique*. Paris: Minuit.
- Lafortune, D. (2009). Introduction. *Criminologie*, 42(1), 3-12.
- Lafortune, D., Meilleur, D., & Blanchard, B. (2009). L'intervention de type criminologique à l'aune de la collaboration Cochrane. *Criminologie*, 42(1), 143-183.
- Lambert, H. (2006). Accounting for EBM : notions of evidence in medicine. *Social Science and Medicine*, 62, 2633-2645.
- Lang, T., Rolland, C., Membrado, M., Clément, S., Drulhe, M., Mantovani, J., et al. (2007). *La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville. Analyse pour l'amélioration de la prise en charge de l'hypertension artérielle et la réduction des facteurs de risque*. Paris: Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). INSERM UMR 558, LISST-CIEU UMR 5193, ORSMIP.
- Lang, T. (dir), Kelly Irving, M., Membrado, M., Rolland, C., Clément, S., Mantovani, J., Dourgon, P., Lombrail, P., et al. (2008). *L'interaction entre médecins et malades, productrice d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité. Etude pilote*. Paris: Institut Virtuel de la Recherche en Santé Publique (IVRSP). LISST CIEU- UMR CNRS 5193, IRDES, PIMESP CHU Nantes.
- Lang, T. (dir), Kelly Irving, M., Membrado, M., Rolland, C., Génolini, JP., Fabre, C., Marchand, P. et al. (2011). *Interactions médecin-patient en médecine générale et inégalités sociales de santé. Analyses interdisciplinaires* Paris: Institut de Recherche en Santé Publique (IRES). INSERM UMR 558, LISST CIEU- UMR CNRS 5193, CLLE-ERS UMR CNRS 5263, LERASS EA 827.
- Langeard, C. (2010). Préserver la singularité de la relation face aux recommandations. Le cas de l'annonce du diagnostic de la mucoviscidose. 78ème congrès annuel de l'ACFAS : *Mutations des systèmes de santé et communication entre organisations, professionnels, patients et société civile*, Université de Montréal, 10 mai 2010.
- Langlois, E. (2006). *L'épreuve du sida. Pour une sociologie du sujet fragile*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Lascoumes, P., & Le Gales, P. (Eds.). (2004). *Gouverner par les instruments*. Paris: Presses de Sciences Po.

- Latour, B. (1994). Une sociologie sans objet ? Remarques sur l'intersubjectivité. *Sociologie du Travail*, 4, 587-607.
- Le Pape, A., & Sermet, C. (1998). Les références médicales opposables sur le médicament : bilan de trois années d'application. *Questions d'économie de la santé. Irdes*, 14(10).
- Le Pen, C. (1999). *Les habits neufs d'Hippocrate, "du médecin artisan au médecin ingénieur"*. Paris: Calmann-Lévy.
- Lé chopier, N. (2004). L'émergence des normes pour la recherche biomédicale. A l'origine de la loi Huriet (1975-1988). *Médecine Sciences*, 20(3), 377-381.
- Lemiengre, M. (2008). Preuve adaptée : reconnaître les limites de l'Evidence Based Medicine (éditorial). *Minerva*, 7(5), 65-65.
- Léonard, J. (1981). *La médecine : entre les savoirs et les pouvoirs. Histoire intellectuel et politique de la médecine française au XIXème siècle*. Paris: Aubier.
- Marks, H. (1999, 1997 pour l'édition originale). *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques [1900-1990]*. Paris: Institut Synthélabo.
- Marks, H. (2000). Confiance et méfiance dans le marché : les statistiques et la recherche clinique (1945-1960). *Sciences Sociales et Santé*, 18(4), 9-25.
- Massé, R. (2007). Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale *Sociologie et sociétés*, 39(1).
- May, C., Dowrick, C., & Richardson, M. (1996). The confidential patient : the social construction of therapeutic relationships in general medical practice. *Sociological review*, 44(2), 187-203.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine* (51), 1087-1110.
- Mebtoul, M. (2000). La médecine comme processus social : la déconstruction d'une logique professionnelle. *Santé publique et Sciences Sociales*, 6, 8-24.
- Membrado, M. (1993). La construction médicale de la relation thérapeutique. Pour une définition des enjeux. *Ethnologie Française*, XXIII(4), 623-628.
- Memmi, D. (1996). *Les Gardiens du corps. Dix ans de magistère bio-éthique*. Paris: Editions de l'EHESS.
- Ménard, J. (2008). Editorial. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* (49-50), 1-2.
- Merrien, F. (1999). La nouvelle gestion publique : un concept mythique. *Lien social et politiques – RLAC* (41), 95-103.
- Morelle, A. (1996). *La défaite de la santé publique*, Paris: Flammarion.
- Moulin, A. (2004). Ordre et Désordre dans le champ de la santé. In F. Schweyer, F. Pennec, G. Cresson & F. Bouchayer (Eds.), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. Rennes: ENSP.
- Moumjid-Ferdjaoui, N., & Carrère, M. (2000). La relation médecin-patient, l'information et

la participation des patients à la décision médicale: les enseignements de la littérature internationale *Revue Française des Affaires Sociales*, 54(2), 73-88.

- Nicodème, R., Albessard, A., Amar, J., Chamontin, B., Lang, T. (2009). Poor blood pressure control in general practice : in search of explanations. *Archives of Cardiovascular Diseases*, 102, 477-483.
- Ogien, A. (2001). Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle. *Revue française des Affaires sociales*, 4, 51-57
- Ogien, A., & Toledo, M. (1994). Les métiers de la psychiatrie. Notes sur la notion d'autonomie professionnelle In P. Aiäch & D. Fassin (Eds.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos.
- Okonofua, E., Simpson, K., & Jesri, A. e. a. (2006). Therapeutic inertia is an impediment to achieve the healthy people. 2010 Blood people pressure control goals. *Hypertension* (47), 345-351.
- Oliveria, S., Lapuerta, P., McCarthy, B., L'Italien, G., Berlowitz, D., & Asch, S. (2000). Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *Archives of Internal Medicine*, 162(4), 413-420.
- Olivier de Sardan, J. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête* (1), 73-74.
- Ong, L. M., de Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40(7), 903-918.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1996). *Lutte contre l'hypertension. Rapport d'un groupe OMS d'experts*. Genève: OMS.
- Paicheler, G. (2007). La gestion d'un risque insaisissable entre expertise scientifique et vécu intime : la prophylaxie des accidents d'exposition sexuelle au VIH. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 197-216.
- Panda, S. (2006). Medicine : science or art ? *Mens Sana Monographs*, 4(1), 127-138.
- Papoz, L. (2001). Prévention des maladies cardio-vasculaires. Revue des données de la littérature. *Annales d'endocrinologie*, 62(3).
- Parsons, T. (1955). *Eléments pour une sociologie de l'action*. Paris: Plon.
- Pédinelli, J. (1996). Les théories étiologiques des maladies. *Psychologie Française*, 41(2), 137-145.
- Peneff, J. (1992). *L'hôpital en urgence. Etude par observation participante*. Paris: Ed Métailié.
- Peneff, J. (1997). Le travail du chirurgien : les opérations à coeur ouvert. *Sociologie du Travail*, 3(97), 265-296.
- Peretti-Watel, P. (2004). Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque. *Revue Française de Sociologie*, 45(1), 103-132.
- Persu, A., Krzesinski, J., & Van de Borne, P. (2003). *Recommandations de l'ESH-ESC 2003 pour la prise en charge de l'hypertension artérielle en médecine générale*. Comité belge de lutte

contre l'hypertension.

- Pierron, J. (2007). Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences Sociales et Santé*, 25(2), 43-65.
- Pierru, F. (2010). Décrypter les débats publics sur la santé. In *La santé. Un enjeu de société*, Auxerre: Editions Sciences Humaines.
- Pignarre, P. (2004). *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*. Paris: La Découverte.
- Poirier, J. (2004). *La médecine est-elle un art ou une science ?* Paris: Académie des Sciences.
- Postel-Vinay, N. (2010). Seuils et cibles de pression artérielle : Chiffres sous influences. *HTA-info*, 29, 4-9.
- Postel-Vinay, N., & Corvol, P. (2000). *Le retour du Dr Knock. Essai sur le risque cardio-vasculaire*. Paris: Odile Jacob.
- Proulx, M. (2007). Du discours savant à l'expérience subjective de la maladie hypertensive ou lorsque le sens est mis à risque. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 79-98.
- Richards, D., & Lawrence, A. (1995). Evidence based dentistry. *British Dental Journal*, 179(7), 270-300.
- Riou, S., & Herzberg Martino, R. (1998). Ces hypertendus qui s'ignorent. *Impact médecin*, (420), 6-17.
- Robelet, M. (2002). *Les figures de la qualité des soins. Rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*. Thèse de sociologie, Université Aix-Marseille II, Marseille.
- Robelet, M. (2010). La médecine générale : heurs et malheurs d'une profession. In *La santé. Un enjeu de société*. Auxerre: Editions Sciences Humaines.
- Roberts, C., & Aruguete, M. (2000). Task and socioemotional behaviors of physicians : a test of reciprocity and social interaction theories in analogue physician- patient encounters. *Social Science and Medicine*, 50, 309-315.
- Rolland, C. (2007). Le processus de diagnostic de maladie d'Alzheimer : l'annonce et la relation médecin-malade. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 3(57), 137-144.
- Rolland, C. (2010). Enjeux et risques du diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer. In D. Carricaburu, M. Castra & P. Cohen (Eds.), *Risques et pratiques médicales*. Rennes: Presses de l'EHESP.
- Rolland, C., & Lang, T. (2007). *La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville*. Saint-Denis: INPES [en ligne] http://www.inpes.sante.fr/evaluation/pdf/evaluation-sante_2008_10.pdf.
- Rolland, C., Mantovani, J., Pascal, J., Afrite, A., Membrado, M., Lang, T. et le Groupe Intermède. (2008). Comment l'étude sociologique des interactions médecin-patient peut-elle éclairer la question des inégalités sociales de santé ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 56 : S376-377.
- Rolland-Dubreuil, C. (2003). Se définir et être défini comme « malade Alzheimer » : les figures de la maladie chez les personnes atteintes et leurs aidants. In F. Héritier

- (Ed.), *L'aide aux aidants : l'apport de la recherche médico-sociale*. Paris: Fondation Médéric Alzheimer.
- Rolland-Dubreuil, C. (2004). Constructions du malade Alzheimer et expériences de la maladie. In F. Bouchayer, G. Cresson, S. Pennec & F. Schweyer (Eds.), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. Rennes: Ecole Nationale de Santé Publique.
- Rosenberg, C. (1982). *The framing disease*. Edimburg: Edimburg University Press.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (1989). Studies of doctor-patient interaction. *Annual Review of Public Health* (10), 163-180.
- Ryan, W. (1971). *Blaming the victims*. New York: Pantheon Books.
- Sackett, D., & Haynes, B. (1996). De la nécessité d'une médecine basée sur les faits prouvés. *EBM Journal*(1), 5-6.
- Saillour-Glénisson, F., Domecq, S., Pouchadon, M., Jacques, B., & Sibé, M. (2008). Analyse qualitative et quantitative des déterminants à l'application de recommandations professionnelles par les médecins. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* (56S), S207-219.
- Saillour-Glénisson, F., & Michel, P. (2003). Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical : revue de la littérature. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 51, 65-80.
- Salmi, L. (1998). *Lecture critique et rédaction médicale scientifique. Comment lire, rédiger et publier une étude clinique ou épidémiologique ?* Paris: Elsevier.
- Samson, S., Ricordeau, P., Pépin, S., Tilly, B., Weill, A., & Allemand, H. (2007). Hypertension artérielle et facteurs de risque associés : évolution des traitements entre 2000 et 2006. *Points de repère* (10), 8p.
- Sarradon-Eck, A., Egrot, M., Blanc, M., & Faure, M. (2008). Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. *Pratiques et Organisation des Soins* 39(1), 3-12.
- Sarradon-Eck, A., Faure, M., & Blanc, M. (2004). *Evaluation des déterminants culturels et sociaux dans les niveaux de l'observance des traitements hypotenseurs : étude socio-anthropologique*. Laboratoire d'Ecologie Humaine et d'Anthropologie/ CReCSS, ADDRESS.
- Schmitt, D., Mallion, J., & Baguet, J. (2006). Observance et hypertension artérielle. *EMC (Elsevier Masson SAS), Cardiologie*, 11(302), A-25.
- Schnappers, D. (1999). *La compréhension sociologique*. Paris: PUF.
- Schneider, J., & Conrad, P. (1983). *Having epilepsy. The experience and control of illness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Schwartz, O. (1993). L'empirisme irréductible (postface) In N. Anderson (Ed.), *Le Hobo*. Paris: Nathan, 265-305.
- Schweyer, F.X. (2004). La transformation des normes professionnelles des médecins hospitaliers. In F. Bouchayer, G. Cresson, S. Pennec & F. Schweyer (Eds.), *Normes*

et valeurs dans le champ de la santé. Rennes: ENSP, 119-134.

- Schweyer F.X. (2010). Activités et pratiques en médecine générale. In G. Bloy & F. Schweyer (Eds.), *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*. Paris: Presses de l'EHESP, 23-40.
- Smallwood, O. (2006). La normalisation des règles de l'art médical : une nouvelle source de responsabilité pour les professionnels de santé ? *Médecine et Droit*, (79-80),121-126.
- Société Européenne d'Hypertension, & Société Européenne de Cardiologie. (2007). *Recommandations 2007 ESH/ESC pour la prise en charge de l'hypertension artérielle - traduction française*: ESH, ESC.
- Sprumont, D. (dir.) (2003). *La relation patient-médecin: état des lieux*. Genève: Institut de Droit de la santé.
- Star, S. (2010). Ceci n'est pas un objet-frontière ! *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(1), 18-35.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme. Textes réunis par Bazsanger I*. Paris: L'Harmattan.
- Strauss, A., & Bucher, R. (1961). La dynamique des professions. In A. Strauss (Ed.), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste (1992, textes réunis par I Bazsanger)*, Paris: L'Harmattan, 67-86.
- Szasz, T., & Hollander, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine* (97), 585-592.
- Taze, S., & Ferrand, A. (2007). Les savoirs profanes sur le sida : des incertitudes rationnelles aux certitudes relationnelles. *Sociologie Santé* (26), 31-48.
- Thévenot, L. (1997). Un gouvernement par les normes. Pratiques et politiques des formats d'information. In B. Conein & L. Thévenot (Eds.), *Cognition et information en société* (Vol. Raisons Pratiques n°8). Paris: Ed. de l'EHESS.
- Thomas, J. P. (2008). *La plume et le scalpel. La médecine au prisme de la littérature*. Paris: PUF.
- Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The gold standard. The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Philadelphie: Temple University Press.
- Tonglet, R. (2003). La "médecine basée sur les preuves" peut-elle servir un projet de santé publique ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* (51), 543-551.
- Tournay, V. (2007). Produire l'objectivité médicale: un système expérimental répliatif de standardisation. *Sociologie du travail*, 49(2), 253-267
- Trépos, J., & Laure, P. (2008). Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* (56S), S221-S.
- Trompette, P., & Vinck, D. (2010). Retour sur la notion d'objet-frontière. *Revue d'Anthropologie des Connaissances*, 4(1), 11-15.
- Trostle, J. A. (1988). Medical compliance as an ideology. *Social Science and Medicine*, 27(12),

1299-1308.

- Urfalino, P., Bonetti, E., Bourgeois, I., Dalgalarondo, S., & Hauray, B. (2001). *Les recommandations à l'aune de la pratiques. Les cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein*: Centre de Sociologie des Organisations CNRS-FNSP, Union Régionale des Médecins Libéraux du Poitou-Charente.
- van Wijk, BLG., Shrank, WH., Klungel, OH., Schneeweiss, S., Brookhart, M A., Avorn, J., (2008). A cross-national study of the persistence of antihypertensive medication use in the elderly. *Journal of Hypertension* (26), 145-153.
- Vega, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*: Paris: Edition des Archives contemporaines.
- Wagner, A., Arveiler, D., Ruidavets, J., Cottel, D., Bongard, V., Dallongeville, J., et al. (2008). État des lieux sur l'hypertension artérielle en France en 2007 : l'étude Mona Lisa. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* (49-50).
- Watier, P. (2000). *Le savoir sociologique*. Bruges: Desclée De Brouwers.
- Weisbein, J. (en cours). *L'action publique au détour de l'inspiré. Engagements et savoirs "profanes" autour de l'environnement*. Institut d'Etudes Politiques, Toulouse (Habilitation à Diriger des recherches)
- Weiss, G. (2006). *A comparative history of medical specialization*. Oxford: Oxford University Press.
- Wiles, R., & Higgins, J. (1996). Doctor-patient relationships in the private sector: patients' perceptions. *Sociology of Health and Illness*, 18(3), 341-356.
- Winckler, M. (2000). *En soignant, en écrivant*, Paris: J'ai Lu.
- Winckler, M. (2006). *Les trois médecins*. Paris : Folio.
- Winefield, H., Murrell, T., & Clifford, J. (1995). Process and outcomes in general practice consultations : problems in defining high quality care. *Social Science and Medicine*, 41(7), 969-975.

Liste des tableaux et encadrés

Tableau- encadré 1 : Etapes de la méthode de lecture critique

Tableau- encadré 2 : Les niveaux de preuves scientifiques

Tableau- encadré 3 : Les étapes d'élaboration des recommandations de bonne pratique

Tableau- encadré 4 : Gradation des recommandations selon l'ANAES

Tableau- encadré 5 : Texte du scénario

Tableau- encadré 6 : Classification de l'HTA selon les valeurs de pression artérielle

Tableau- encadré 7 : Facteurs de risque utilisés pour estimer le risque cardio-vasculaire global

Tableau- encadré 8 : Stratification des niveaux de risque cardio-vasculaire

Tableau- encadré 9 : A propos de l'observation ethnographique

Tableau- encadré 10 : Récapitulatif du corpus de thèse

Tableau- encadré 11 : Répartition des situations et types de données recueillis

Tableau- encadré 12 : Présentation des patients selon leur sexe, âge, indice de masse corporelle et catégorie socioprofessionnelle

Tableau- encadré 13 : Présentation des médecins inclus

Tableau- encadré 14 : Question posée concernant le motif de consultation

Tableau- encadré 15 : Réponses par patient au sujet du motif de consultation

Tableau- encadré 16 : Méthodes préconisées de mesure de la pression artérielle

Tableau- encadré 17 : Chiffres tensionnels relevés en consultation

Tableau- encadré 18 : Nombre de prises de tension en fonction de la valeur seuil

Tableau- encadré 19 : Stratification du risque cardiovasculaire.

Tableau- encadré 20 : Répartition des patients selon leur niveau de risque

Liste des sigles

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

EBM : Evidence Based-Medicine

ECR : Essai Clinique Randomisé

ESH : Société Européenne d'Hypertension

ESC : Société Européenne de Cardiologie

HAS : Haute Autorité en Santé

HTA : Hypertension Artérielle

(loi) HPST : (loi) Hôpital Patient Santé Territoire

MG : médecine générale/ médecin généraliste

RMO : Références Médicales Opposables

RBP : Recommandations de Bonne Pratique

T2A : Tarification à l'Activité

Annexes

- Questionnaire pré-consultation
- Grille entretien patient
- Grille entretien médecin
- Recommandations de prise en charge de l'hypertension artérielle de la HAS, 2005

Grille entretien médecins²⁰⁷

Informations individuelles

- âge
- année de thèse
- année d'installation dans ce cabinet
- mode d'exercice
- autres diplômes que thèse de médecine générale
- autres fonctions médicales
- profession du conjoint, des parents et des frères/sœurs
- qu'est ce qu'un bon médecin généraliste pour vous ?
- avez-vous le sentiment d'être un tel médecin ?

Concernant le patient étudié

- âge
- situation familiale (conjugale et parentale)
- sa profession et celle de son conjoint
- a-t-il des liens avec le monde médical (amis, parents dans le milieu, proximité professionnelle)
- ancienneté de son suivi
- diagnostic HTA : circonstances, ancienneté, niveau PA alors
- état de santé : bon/fragile... ? autres pathologies ?
- comment le qualifieriez-vous en tant que personne ? en tant que malade ?
- comment qualifieriez-vous vos relations ?

Concernant la consultation observée

- cette consultation avait elle un objectif général précis ? a-t-il été atteint pour vous ?

²⁰⁷ Pour le projet Intermède, les mêmes grilles d'entretien ont été utilisées, sauf pour les questions concernant l'hypertension

- quelles informations vouliez-vous transmettre ? avez-vous pu les transmettre comme vous le souhaitiez ? avez vous le sentiment quelles ont été comprises/entendues par votre patients ? si non, expliquez lesquelles, pourquoi
- la prescription d'examen, traitements
- quelles informations avez vous retenues de votre patient ?
- reprendre des éléments de la consultation idem qu'avec le patient (sujets de négociation, de malentendus...)
- est-elle à l'image des autres consultations ? si non, quelles différences ?

Grille d'entretien patients

Recueillir des éléments d'identification de la personne :

Genre, âge, profession actuelle/ la plus longtemps exercée, idem pour le conjoint, niveau d'étude, situation familiale : statut matrimonial, nombre et âge des enfants, lieu de vie : maison/ appartement, rural/semi urbain/ urbain

La consultation : faire raconter de manière détaillée ce qui s'est passé

Relancer sur des éléments qui ont fait l'objet de discussion, négociation, malentendu, silence... (de même avec le médecin).

Questions complémentaires :

- prise de rendez-vous : quand, par qui, motif aviez vous quelque chose à dire en particulier à votre médecin ? avez-vous pu le dire ? êtes-vous satisfait de sa réponse ?
- que reprenez-vous de cette consultation ? informations, conseils, prescription. Allez-vous les suivre ?
- est-elle à l'image des autres consultations ? sinon, quelles différences ?

Faire resituer la consultation dans l'univers de santé de la personne :

Son état de santé

- comment qualifiez-vous votre état de santé général ?
- le diagnostic hypertension : quand ? par qui ? dans quelles circonstances ? niveau de PA alors ?
- le suivi : traitement (stable, observé, lourd...) conseils (lesquels, suivis ?)
- le niveau de pression artérielle, stable ou non
- quel impact l'HTA a-t-elle sur votre quotidien ?

La relation avec son MG

- depuis quand êtes vous suivi par lui ?
- comment l'avez-vous « choisi » ?
- à quelle fréquence consultez-vous ?
- comment qualifieriez-vous votre médecin ?
- vous sentez-vous à l'aise avec lui ? si non, pourquoi, sur quels points ?
- êtes-vous suivi par des spécialistes ? préciser

Son rapport à la médecine et à la santé

- avez-vous des amis ou des parents travaillant dans le monde médical ?
- vous informez vous en matière de santé (livres, revues, émissions...)
- y a-t-il des antécédents familiaux d'HTA ? de maladies cardio-vasculaires ?
- qu'est ce qu'un bon médecin pour vous ?



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS
D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE ESSENTIELLE**

ACTUALISATION 2005

Recommandations

SERVICE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de la HAS est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été finalisé en Juillet 2005.

Haute Autorité de santé (HAS)

Service communication

2, avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex – Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© 2005. Haute Autorité de santé (HAS)

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées par la Haute Autorité de santé à la demande de la Société française d'HTA.

La méthode de travail a été celle décrite dans le guide « Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France en 1999 » publié par l'Anaes.

Les sociétés savantes dont les noms suivent ont été sollicitées pour participer à ce travail :

- Société française d'hypertension artérielle
- Société française neuro-vasculaire
- Société française de médecine générale
- Fédération française de neurologie
- Société de néphrologie
- Collège national des généralistes enseignants
- Société de formation thérapeutique du généraliste
- Société française de gériatrie et de gérontologie
- Société française de cardiologie
- Alfediam- Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques
- Société française de neurologie
- Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique.

L'ensemble du travail a été coordonné par le D^r Christine REVEL, chef de projet, sous la direction du D^r Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles.

Le P^r Jean-Michel HALIMI a rédigé l'argumentaire scientifique faisant la synthèse des données publiées sur le thème.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{me} Emmanuelle BLONDET, documentaliste, sous la direction de M^{me} Rabia BAZI et de M^{me} Frédérique PAGÈS. L'assistance documentaire a été assurée par M^{me} Laurence FRIGÈRE.

Le secrétariat a été assuré par M^{me} Isabelle LE PUIL.

La HAS tient à remercier les membres du groupe de travail, du groupe de lecture et de la commission « Recommandations pour l'amélioration des pratiques » qui ont participé à ce travail et dont les noms suivent.

COMITÉ D'ORGANISATION

D^r Valérie ASSUERUS, neurologue, Aix-en-Provence
D^r Philippe BOISNAULT, généraliste, Magny-en-Vexin
P^r Jean-Pierre FAUVEL, néphrologue et thérapeutique, Lyon
P^r Hector FALCOFF, généraliste, Paris
D^r Marc FRARIER, généraliste, Garges-lès-Gonesse

P^r Maurice LAVILLE, néphrologue et thérapeutique, Lyon
P^r Dider LEYS, neurologue, Lille
P^r Jean-Louis MAS, neurologue, Paris
P^r Hugues MILON, cardiologue, Lyon
P^r Gérard SLAMA, diabétologue et nutritionniste, Paris

GROUPE DE TRAVAIL

P^r Bernard CHAMONTIN, cardiologie et thérapeutique, président du groupe de travail, Toulouse
P^r Jean-Michel HALIMI, néphrologie et thérapeutique, chargé de projet, Tours
D^r Christine REVEL, chef de projet, HAS, Saint-Denis

P^r Bernard BAUDUCEAU, endocrinologue, Saint-Mandé
P^r Gilles CHATELLIER, épidémiologiste, Paris
D^r Yvon CLAUDEL, généraliste et gériatre, Bort-les-Orgues
D^r Thierry DENOLLE, cardiologue, Dinard
P^r Jean-Pierre FAUVEL, néphrologie et thérapeutique, Lyon
P^r Bernard GAY, généraliste, Rions
D^r Gersende GEORG, ingénieur en informatique médicale, Paris

D^r Marielle GOUTON, cardiologue, Lyon
D^r Olivier HANON, gériatre, Paris
P^r Jean-Michel MALLION, cardiologue, Grenoble
D^r Gilles MOREL, généraliste, Dijon
D^r Didier ROUGEMONT, neurologue, Paris
D^r Florence SCHECK, généraliste, Afssaps, Saint-Denis
D^r Brigitte SEROUSSI, informatique médicale, Paris
D^r Alain SIMAVONIAN, généraliste, Paris
D^r Bernard VAISSE, cardiologue, Marseille

GROUPE DE LECTURE

P^r Roland ASMAR, cardiologue, Paris
P^r Arnaud BASDEVANT, médecin nutritionniste, Paris
D^r Michel BEAUFILS, néphrologue, Paris
P^r Joël BELMIN, gériatre, Ivry-sur-Seine
P^r Athanase BÉNÉTOS, gériatre, Vandœuvre-lès-Nancy
D^r Christophe BERKHOUT, généraliste, Dunkerque
D^r Guillaume BOBRIE, néphrologue, Paris
P^r Éric BRUCKERT, endocrinologue, Paris
P^r Max BUDOWSKI, généraliste, Paris
P^r Alain CASTAIGNE, cardiologue, Créteil
D^r Jean-Pierre CLAVEL, biologiste, Nogent-sur-Mame

D^r Jean-Pierre COURRÈGES, endocrinologue, Narbonne
P^r Thierry DANTOINE, médecin interniste gériatre, Limoges
D^r François DANY, cardiologue, Limoges
D^r Philippe DE CHAZOURNES, généraliste, Saint-Denis La Réunion
P^r Xavier GIRERD, cardiologie et thérapeutique, Paris
P^r Maurice GIROUD, neurologue, Dijon
P^r Michel GODIN, néphrologue, Rouen
P^r Régis GONTHIER, gériatre, Saint-Étienne
D^r Philippe GOSSE, cardiologue, Bordeaux

P^f François GUEYFFIER, pharmacologue clinicien, Lyon
D^r Jean-Christophe GUILLERM, généraliste, pharmacologie cardiovasculaire, Paris
P^f Louis GUIZE, cardiologue, Paris
P^f Thierry HANNEDOUCHE, néphrologue, Strasbourg
P^f Daniel HERPIN, cardiologue, Poitiers
D^r Jacques JULIEN, cardiologue et médecine interne, Paris
D^r Dominique LAMBERT, généraliste, Saint-Mesmin
P^f Thierry LANG, épidémiologiste, Toulouse
P^f Pierre LANTELME, cardiologue, Lyon
P^f Marie-France LE GOAZIOU, généraliste, Lyon
P^f Didier LEYS, neurologue, Lille
D^r François MOUNIER-VEHIER, neurologue, Lens

P^f Jean-Philippe NEAU, neurologue, Poitiers
P^f Robert NICODÈME, généraliste, Toulouse
D^r Alexandre PERSU, néphrologue, Bruxelles
P^f Pierre-François PLOUIN, médecin interniste, Paris
P^f Muriel RAINFRAY, gériatre, Bordeaux
D^r Gilles RODIER, neurologue, Mulhouse
P^f Claude ROUGERON, généraliste enseignant, Anet
P^f Michel SAFAR, médecin interniste et thérapeutique, Paris
P^f Alain SIMON, cardiologie et thérapeutique
D^r Paul STROUMZA, néphrologue, Marseille
P^f Armelle TILLY-GENTRIC, gériatre, Brest
P^f Paul VALENSI, endocrinologue, Paris
P^f Jacques WAGNER-BALLON, généraliste, Tours
P^f Faiez ZANNAD, cardiologie et thérapeutique

SOMMAIRE

RECOMMANDATIONS	7
I. INTRODUCTION	7
I.1. <i>Thème des recommandations et définitions</i>	7
I.2. <i>Aspect méthodologique</i>	7
II. NIVEAU DE PRESSION ARTÉRIELLE ET RISQUE CARDIO-VASCULAIRE	7
III. MESURE DE LA PA	8
III.1. <i>Technique et appareils de mesure au cabinet médical</i>	8
III.2. <i>Auto-mesure tensionnelle et mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24 heures (MAPA)</i>	8
III.3. <i>L'HTA blouse blanche</i>	9
III.4. <i>Mesure de la pression artérielle à l'effort</i>	10
IV. ÉVALUATION DU PATIENT HYPERTENDU	10
IV.1. <i>Évaluation initiale</i>	10
IV.2. <i>Facteurs de risque cardio-vasculaire</i>	10
IV.3. <i>Atteinte des organes cibles</i>	11
IV.4. <i>Maladies cardio-vasculaires et rénales</i>	11
IV.5. <i>Stratification des niveaux de risque cardio-vasculaire</i>	11
IV.6. <i>Recherche d'une HTA secondaire</i>	12
V. TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE	12
VI. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE	13
VI.1. <i>Choix des antihypertenseurs</i>	13
VI.2. <i>Stratégie d'adaptation du traitement médicamenteux</i>	14
VI.3. <i>Choix d'une association thérapeutique</i>	16
VII. STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE	16
VII.1. <i>Objectifs tensionnels</i>	16
VII.2. <i>Décision de traitement (Cf. algorithme)</i>	17
VII.2.1. <i>Décision rapide</i>	17
VII.2.2. <i>Décision différée de traitement médicamenteux</i>	17
VII.3. <i>Autres traitements pharmacologiques du risque cardio-vasculaire</i>	18
VII.3.1. <i>Hypolipidémiant</i>	18
VII.3.2. <i>Antiagrégant plaquettaire</i>	18
VIII. SITUATIONS PARTICULIÈRES	18
VIII.1. <i>Sujet âgé</i>	18
VIII.2. <i>Antécédents d'AVC</i>	19
VIII.3. <i>HTA et pathologie cardiaque</i>	20
VIII.4. <i>Patient diabétique</i>	20
VIII.5. <i>HTA et atteinte rénale</i>	21
IX. HTA RÉSISTANTE	22
X. FRÉQUENCE DE SUIVI	22
ANNEXES	26

RECOMMANDATIONS

I. INTRODUCTION

I.1. Thème des recommandations et définitions

Ces recommandations actualisent les recommandations pour la pratique clinique publiées par l'Anaes en 2000 sur le thème de la « Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle », à la demande de la Société française d'HTA.

Elles s'adressent à tous les professionnels de santé amenés à prendre en charge un patient hypertendu, et plus particulièrement les médecins généralistes, les gériatres, les cardiologues, les néphrologues, les endocrinologues-diabétologues, les neurologues.

L'objectif de ce travail est de préciser les modalités de prise en charge d'un patient atteint d'HTA essentielle. Il actualise les précédentes recommandations déjà publiées par l'Anaes en 1997 et 2000 sur le thème de l'HTA, en s'appuyant sur les dernières données de la littérature et sur les recommandations internationales, de bonne qualité méthodologique.

Les questions auxquelles répondent ces recommandations sont les suivantes :

- Comment est définie l'HTA essentielle et quelles sont les cibles tensionnelles ?
- Quelles sont les techniques de mesure de la pression artérielle et leurs indications ?
- Quels sont les objectifs de l'évaluation d'un patient hypertendu ?
- Quelle est la stratégie de prise en charge non médicamenteuse et médicamenteuse ?
- Quelles sont les approches thérapeutiques recommandées dans des situations particulières ?
- Quelle est la fréquence de suivi du patient hypertendu ?

Sont exclues du cadre de ces recommandations les urgences hypertensives, la prise en charge de l'HTA chez le sujet de moins de 18 ans, chez la femme enceinte, chez la femme sous contraceptif oral ou sous traitement hormonal substitutif.

I.2. Aspect méthodologique

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées selon la méthode des recommandations pour la pratique clinique, publiée par l'Anaes.

Les recommandations sont classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve.

En l'absence de littérature, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel au sein des groupes de travail et de lecture.

II. NIVEAU DE PRESSION ARTÉRIELLE ET RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

La décision de la prise en charge du patient hypertendu repose à la fois sur les valeurs de la pression artérielle (PA), et sur le niveau de risque cardio-vasculaire global (RCV).

L'augmentation du risque de morbidité-mortalité cardio-vasculaire est directement liée à l'élévation de pression artérielle selon une relation continue, à partir de 115/75 mmHg (grade B).

Au-delà de 50 ans, la pression artérielle systolique (PAS) est un facteur pronostique du risque cardio-vasculaire plus important que la pression artérielle diastolique (PAD), d'autant plus chez les sujets les plus âgés (grade B). Cette relation continue entre le niveau de PA et le risque cardio-vasculaire ne permet pas de déterminer un seuil précis d'HTA.

L'HTA est définie de façon consensuelle par une PAS \geq 140 mmHg et/ou une PAD \geq 90 mmHg, mesurées au cabinet médical et confirmées au minimum par 2 mesures par consultation, au cours de 3 consultations successives, sur une période de 3 à 6 mois. En cas de PA \geq 180/110 mmHg, il est recommandé de confirmer l'HTA par 2 mesures par consultation, au cours de 2 consultations rapprochées.

III. MESURE DE LA PA

III.1. Technique et appareils de mesure au cabinet médical

La mesure de la PA au cabinet médical est effectuée au moyen d'un appareil validé, avec un brassard adapté à la taille du bras, chez un patient en position couchée ou en position assise depuis plusieurs minutes et en veillant à placer le brassard sur le plan du cœur.

Au minimum 2 mesures doivent être faites, à quelques minutes d'intervalle, au cours de la même consultation. Le chiffre de PA retenu est la moyenne des mesures effectuées.

Il est recommandé d'effectuer une mesure à chaque bras lors de la première consultation. Si une asymétrie tensionnelle (différence de plus de 20 mmHg pour la PAS) est constatée, les mesures de PA ultérieures seront effectuées sur le bras où la valeur tensionnelle la plus élevée a été observée.

La recherche d'une hypotension orthostatique (chute de la PAS de plus de 20 mmHg et/ou de la PAD de plus de 10 mmHg, lors du passage en position debout) est conseillée chez tout hypertendu, en particulier chez le sujet de plus de 65 ans et le patient diabétique.

Pour la mesure au cabinet, les appareils à mercure sont considérés comme les appareils de référence, cependant ils sont amenés à disparaître progressivement.

Dans l'attente de la validation des appareils anaéroïdes de deuxième génération à usage professionnel, il est recommandé d'utiliser un appareil électronique validé avec un brassard huméral (une liste d'appareils d'automesure tensionnelle validés est régulièrement mise à jour sur le site de l'Afssaps).

III.2. Auto-mesure tensionnelle et mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24 heures (MAPA)

À titre diagnostique, l'automesure et la MAPA permettent de corriger les erreurs de diagnostic par excès (HTA blouse blanche) ou par défaut, plus rares (HTA masquée ou ambulatoire isolée).

Leur valeur pronostique apparaît supérieure à celle de la mesure effectuée au cabinet médical (grade B).

Il est recommandé de mesurer la pression artérielle en dehors du cabinet médical (automesure tensionnelle ou MAPA), afin de s'assurer de la permanence de l'HTA et pour

rechercher une « HTA blouse blanche », avant de débiter un traitement antihypertenseur médicamenteux :

- en cas de chiffres de PA compris entre 140-179/90-109 mmHg et en l'absence d'une atteinte des organes cibles, de diabète, d'antécédent cardio ou cérébro-vasculaire, ou d'insuffisance rénale lors du bilan initial ;
- chez le sujet âgé dont la variabilité tensionnelle est augmentée, et chez qui la fréquence de l'effet blouse blanche est importante. Chez ces patients, la mesure de la pression artérielle en dehors du cabinet médical est recommandée, après s'être assuré de sa faisabilité (grade B).

Dans les autres situations, les alternatives à la mesure de la PA au cabinet médical ont un intérêt en cas d'HTA résistante et dans l'évaluation thérapeutique.

La MAPA est plus particulièrement indiquée pour évaluer le mode de variation de la PA nocturne, pour rechercher une variabilité inhabituelle, par exemple au cours d'une dysautonomie diabétique ou primitive, chez les patients atteints d'un syndrome d'apnée du sommeil ou chez les patients insuffisants rénaux chroniques et dans les cas où l'automesure n'est pas réalisable.

L'utilisation de l'automesure est encouragée pour son intérêt dans l'éducation thérapeutique du patient.

L'interprétation de l'automesure tensionnelle demeure un acte médical. Mais il est recommandé que le patient soit éduqué à l'utilisation de cette technique, par son médecin ou un professionnel de santé entraîné. Elle constitue un facteur d'amélioration de l'observance au traitement (grade C).

Les conditions optimales d'utilisation de l'automesure tensionnelle ont été proposées par le Comité français de lutte contre l'HTA : elles constituent la règle dite « des 3 » : 3 mesures consécutives en position assise le matin et le soir, pendant 3 jours, en période d'activité habituelle.

Il est recommandé d'utiliser préférentiellement un appareil de mesure huméral, à choisir parmi la liste des appareils validés (disponible sur le site de l'Afssaps).

Les seuils de PAS et PAD définissant une HTA par l'automesure tensionnelle et la MAPA sont plus bas que ceux fixés pour la mesure au cabinet médical. L'équivalent pour un seuil de 140/90 mmHg au cabinet médical est (moyenne des mesures) :

- automesure = 135/85 mmHg ;
- MAPA éveil : = 135/85 mmHg ;
- MAPA sommeil : = 120/70 mmHg ;
- MAPA 24 h : = 130/80 mmHg.

III.3. L'HTA blouse blanche

« L'HTA blouse blanche » se définit par une PA \geq 140 mmHg et/ou \geq 90 mmHg au cabinet lors de mesures répétées, alors que la PA mesurée à domicile (automesure ou MAPA lors d'activités usuelles) est inférieure à 135/85 mmHg.

Il est recommandé de suivre tous les ans les patients ayant une « HTA blouse blanche », par des mesures de la PA en dehors du cabinet médical, car des études suggèrent que leur risque de devenir hypertendus serait supérieur à celui de la population générale.

III.4. Mesure de la pression artérielle à l'effort

La valeur diagnostique ou pronostique isolée de la mesure de la pression artérielle à l'effort n'est pas suffisamment démontrée : il n'est donc pas recommandé de la rechercher de façon systématique.

IV. ÉVALUATION DU PATIENT HYPERTENDU

IV.1. Évaluation initiale

L'évaluation initiale d'un patient hypertendu a pour objectif de rechercher les facteurs de risque associés, une atteinte des organes cibles, une maladie cardio-vasculaire associée et de ne pas méconnaître une HTA secondaire.

Les examens complémentaires recommandés dans le cadre du bilan initial sont :

- créatininémie et estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG : formule de Cockcroft et Gault¹) ;
- bandelette réactive urinaire (protéinurie, hématurie) et quantification si positivité ;
- kaliémie (sans garrot) ;
- prélèvements à jeun : glycémie, cholestérol total et HDL-cholestérol, triglycérides, calcul du LDL-cholestérol (formule de Friedewald²) ;
- ECG de repos.

La décision et la stratégie thérapeutique sont fondées sur le niveau de pression artérielle et le risque cardio-vasculaire global, évalués à partir de l'anamnèse (antécédents personnels et familiaux), de l'examen clinique et du bilan complémentaire. Cette évaluation permet d'identifier les facteurs de risque, une atteinte des organes cibles et/ou une maladie cardio-vasculaire, cérébro-vasculaire ou rénale associée.

IV.2. Facteurs de risque cardio-vasculaire

Facteurs de risque utilisés pour estimer le risque cardio-vasculaire global

- Âge (> 50 ans chez l'homme et > 60 ans chez la femme)
 - Tabagisme (tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans)
 - Antécédents familiaux d'accident cardio-vasculaire précoce
 - infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou chez un parent du premier degré de sexe masculin
 - infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 65 ans chez la mère ou chez un parent du premier degré de sexe féminin
 - AVC précoce (< 45 ans)
 - Diabète (diabète traité ou non traité)
 - Dyslipidémie
 - LDL-cholestérol $\geq 1,60$ g/l (4,1 mmol/l)
 - HDL-cholestérol $\leq 0,40$ g/l (1 mmol/l) quel que soit le sexe
-

¹ Formule de Cockcroft et Gault (ml/min) : $DFG = [(140 - \text{âge}) \times \text{poids}/\text{créatininémie}] \times K$

Âge en années, poids en kg, créatininémie en $\mu\text{mol/l}$ et $K = 1,23$ pour les hommes et $1,04$ pour les femmes

² Formule de Friedewald : si la triglycémie est inférieure à 4 g/l (4,6 mmol/l) : $LDL (g/l) = \text{cholestérol total (g/l)} - HDL (g/l) - \text{triglycérides}/5 (g/l)$

Autres paramètres à prendre en compte lors de la prise en charge du patient hypertendu

- Obésité abdominale³ (périmètre abdominal > 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme) ou obésité (IMC \geq 30 kg/m²)
 - Sédentarité (absence d'activité physique régulière, soit environ 30 min, 3 fois/sem) ;
 - Consommation excessive d'alcool (plus de 3 verres de vin/j chez l'homme et 2 verres/j chez la femme)
-

IV.3. Atteinte des organes cibles

- Hypertrophie ventriculaire gauche
- Microalbuminurie : 30 à 300 mg/j ou 20 à 200 mg/l.

L'évaluation à la recherche d'une atteinte d'organe cible infraclinique (microalbuminurie chez le patient non diabétique, HVG échographique, etc.) n'est pas recommandée de façon systématique. Cette recherche peut être effectuée dans des cas spécifiques, par des cliniciens ou des équipes spécialisées.

La place réelle de ces marqueurs dans le bilan initial devra être précisée dans l'avenir, notamment par des études médico-économiques.

L'échocardiographie est indiquée chez les patients hypertendus symptomatiques (douleur thoracique, dyspnée d'effort, etc.) ou ayant un souffle cardiaque, ou en cas d'anomalie de l'électrocardiogramme (troubles de la repolarisation, bloc de branche gauche).

IV.4. Maladies cardio-vasculaires et rénales

- Insuffisance rénale (DFG < 60 ml/min) ou protéinurie > 500 mg/j.
- Accident ischémique transitoire (AIT) et accident vasculaire cérébral (AVC)
- Insuffisance coronarienne
- Artériopathie des membres inférieurs et aorto-iliaque

Au terme de cette analyse prenant en compte les facteurs de risque cardio-vasculaire, l'atteinte des organes cibles et les maladies cardio-vasculaires et rénales associées, on est en mesure de déterminer si le patient présente un niveau de risque faible, moyen ou élevé.

IV.5. Stratification des niveaux de risque cardio-vasculaire

Le niveau de **risque faible** est défini par :

- PA comprise entre 140-159 mmHg (PAS) et/ou 90-99 mmHg (PAD) sans autre facteur de risque cardio-vasculaire associé.

Le niveau de **risque moyen** est défini par :

- PA comprise entre 140-159 mmHg (PAS) et/ou 90-99 mmHg (PAD) associée à 1 ou 2 autres facteurs de risque cardio-vasculaire ;
- PA comprise entre 160-179 mmHg (PAS) et/ou 100-109 mmHg (PAD) associée à aucun, 1 ou 2 autres facteurs de risque cardio-vasculaire.

Le niveau de **risque élevé** est défini par :

- PA supérieure ou égale à 180 mmHg (PAS) et/ou 110 mmHg (PAD) ;
- PA comprise entre 140-179 mmHg (PAS) et/ou 90-109 mmHg (PAD) associée à :
 - nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire (hormis l'HTA) \geq 3, et/ou
 - un diabète, et/ou,
 - une atteinte des organes cibles ;
- quel que soit le niveau de PA si présence de :
 - maladie cardio-vasculaire (prévention secondaire) et rénale.

³ La mesure de la circonférence abdominale est un élément du diagnostic du syndrome métabolique (cf. définition en annexe)

Stratification des niveaux de risque cardio-vasculaire

	PA 140-159/90-99	PA 160-179/100-109	PA ≥ 180/110
0 FdR associé	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
1 à 2 FdR associés	Risque moyen		
≥ 3 FdR et/ou AOC et/ou diabète	Risque élevé	Risque élevé	
Maladie cardio-vasculaire/rénale			

IV.6. Recherche d'une HTA secondaire

La recherche d'une HTA secondaire (par des tests biologiques spécifiques ou d'imagerie) sera envisagée :

- si l'interrogatoire, l'examen clinique ou les examens systématiques recommandés ont fourni une orientation étiologique ;
- en cas d'hypertension chez le patient jeune (< 30 ans) ;
- en cas d'HTA sévère d'emblée (≥ 180/110 mmHg) ou s'aggravant rapidement ;
- en cas d'HTA résistante.

Principales causes d'HTA secondaire (liste non exhaustive)

- Alcool
- HTA iatrogène (AINS, contraception œstro-progestative, corticoïdes, ciclosporine, tacrolimus, vasoconstricteurs nasaux, etc.)
- HTA toxique (régliste, ecstasy, amphétamines, cocaïne, etc.)
- Maladies rénales, insuffisance rénale
- Sténose de l'artère rénale
- Syndrome d'apnée du sommeil
- Hyperaldostérionisme primaire
- Phéochromocytome
- Coarctation de l'aorte (passée inaperçue dans l'enfance)
- Formes monogéniques d'HTA qui sont rares

V. TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE

Des mesures hygiéno-diététiques sont recommandées chez tous les patients hypertendus quel que soit le niveau tensionnel, avec ou sans traitement pharmacologique associé.

Ces mesures sont d'autant plus efficaces si elles sont proposées dans le cadre d'une éducation thérapeutique destinée à informer le patient sur son HTA et les risques cardio vasculaires associés, et à définir des objectifs précis et réalistes adaptés à chaque patient.

Au niveau individuel, ces mesures peuvent être hiérarchisées et étalées dans le temps.

Ces mesures seront mises en place lors de l'instauration de la prise en charge et leur application sera réévaluée tout au long du suivi.

Ces mesures hygiéno-diététiques comprennent :

- la limitation de la consommation en sel (NaCl) jusqu'à 6 g/j (*cf. table de composition des aliments éditée par l'Afssa*) ;

- une réduction du poids en cas de surcharge pondérale, afin de maintenir l'IMC⁴ (indice de masse corporelle) en dessous de 25 kg/m², ou, à défaut, afin d'obtenir une baisse de 10 % du poids initial ;
- la pratique d'une activité physique régulière, adaptée à l'état clinique du patient, d'au moins 30 min environ, 3 fois par semaine ;
- la limitation de la consommation d'alcool à moins de 3 verres de vin ou équivalent par jour chez l'homme et 2 verres de vin ou équivalent par jour chez la femme ;
- l'arrêt du tabac, associé si besoin à un accompagnement du sevrage tabagique ;
- un régime alimentaire riche en légumes, en fruits et pauvre en graisses saturées (graisse d'origine animale).

La mise en œuvre de ces mesures ne doit pas retarder l'initiation d'un traitement pharmacologique s'il est nécessaire, en particulier chez les patients dont le risque cardio vasculaire est élevé.

VI. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

VI.1. Choix des antihypertenseurs

La réduction du risque cardio-vasculaire est avant tout dépendante de la baisse de la pression artérielle, quelle que soit la classe d'antihypertenseur utilisée (grade A).

Dans l'HTA essentielle non compliquée, les 5 classes d'antihypertenseurs majeurs [les diurétiques thiazidiques, les bêta-bloquants, les inhibiteurs calciques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA-II)] ont montré un bénéfice sur la morbi-mortalité cardio-vasculaire, dans les essais cliniques.

Ces 5 classes d'antihypertenseurs peuvent donc être proposées en première intention dans la prise en charge d'un hypertendu essentiel non compliqué (grade A).

Le choix d'un traitement médicamenteux sera adapté à chaque patient en fonction :

- des indications préférentielles de certaines classes dans des situations cliniques particulières (cf. infra) (en accord avec les études cliniques) ;
- de l'efficacité et de la tolérance des médicaments déjà pris par le patient ;
- de l'existence de comorbidités pouvant justifier ou contre-indiquer certains anti-hypertenseurs ;
- et du coût du traitement et de sa surveillance, en sachant que le diurétique thiazidique fait partie des classes dont le coût journalier est le plus faible.

En cas de prescription d'un traitement par IEC ou ARA-II, il est recommandé de prescrire un bilan associant kaliémie et créatininémie dans un délai de 7 à 15 jours, après le début du traitement.

Si la créatininémie s'élève de plus de 20 à 30 %, il est recommandé d'arrêter l'IEC ou l'ARA-II et de demander un avis spécialisé.

Pour favoriser l'observance, une prise unique quotidienne (monoprise) utilisant un médicament de longue durée d'action sera préférée.

A partir d'études menées chez des patients afro-américains et africains des Caraïbes, il apparaît que l'HTA chez ces patients, est plus sensible aux diurétiques et aux inhibiteurs

⁴ IMC = P (kg)/T² (m)

calciques qu'aux classes thérapeutiques agissant sur le système rénine-angiotensine (IEC, ARA-II) ou qu'aux bêta-bloquants.

VI.2. Stratégie d'adaptation du traitement médicamenteux

Il est recommandé de débiter par une monothérapie. Une association fixe d'antihypertenseurs à doses faibles, ayant l'AMM en première intention pour l'indication HTA, peut également être proposée.

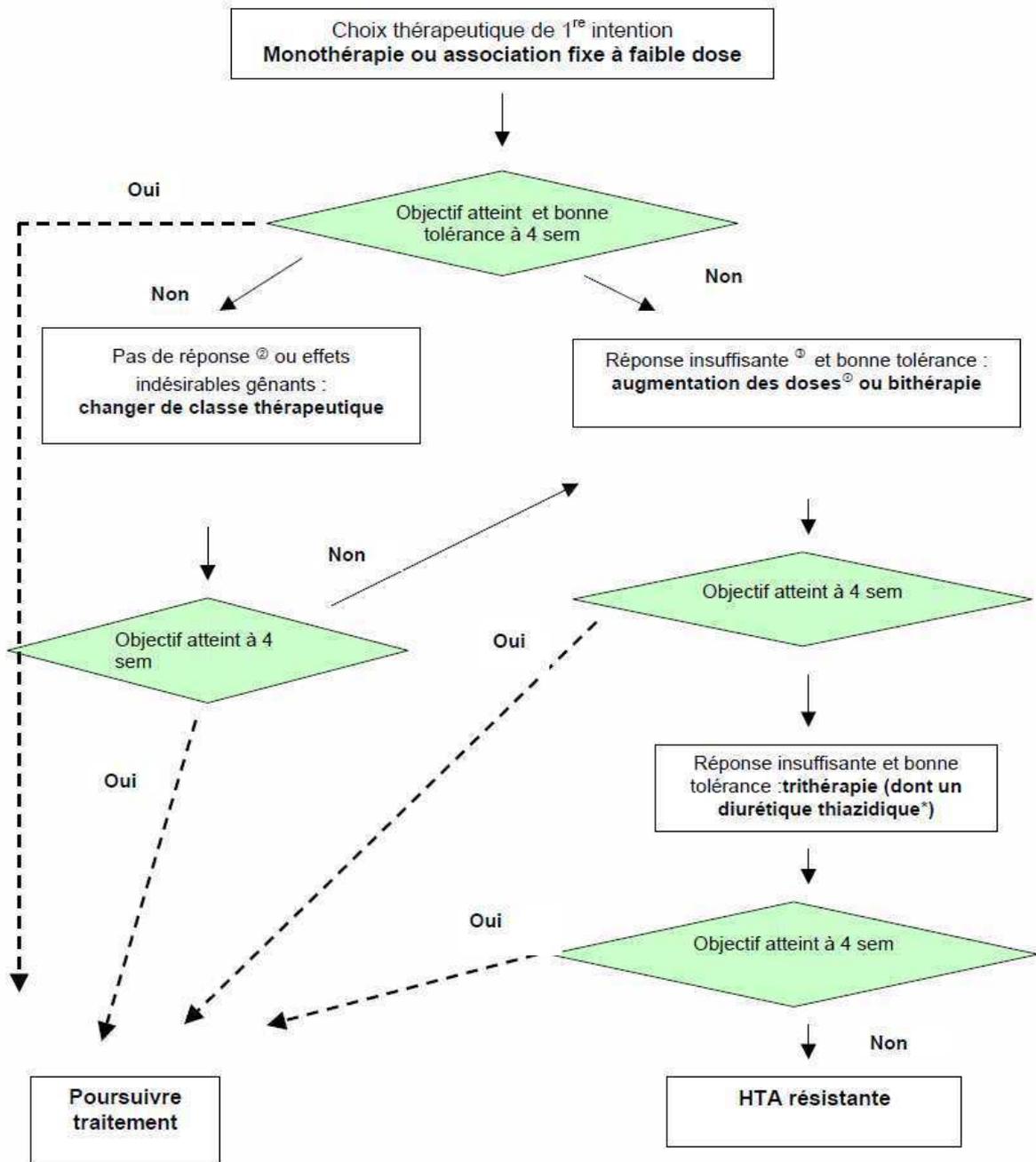
En deuxième intention, une bithérapie sera instaurée dans un délai d'au moins 4 semaines, en cas de réponse tensionnelle insuffisante au traitement initial.

Une bithérapie pourra être instaurée dans un délai plus court, dans les cas suivants :

- chez le patient ayant une PA $\geq 180/110$ mmHg quel que soit le nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire associés ;
- chez le patient ayant une PA de 140-179/90-109 mmHg et à risque cardio-vasculaire élevé.

Après 4 semaines d'un traitement initial, en cas d'absence totale de réponse à ce traitement ou en cas d'effets indésirables, il est recommandé de changer de classe thérapeutique.

Figure 1. Stratégie d'adaptation du traitement médicamenteux.



① Augmentation des doses : recommandée en fonction du profil de tolérance du traitement et sachant que selon les classes thérapeutiques, l'augmentation des doses n'aboutit pas systématiquement à une augmentation de l'efficacité.
 ② Absence de réponse : baisse de la PAS < 10 % de la PAS initiale.
 ③ Réponse insuffisante : baisse de PAS > 10 % de la PAS initiale mais persistance de la PA au-dessus des objectifs tensionnels.
 *sauf en cas d'insuffisance rénale

VI.3. Choix d'une association thérapeutique

Lors de l'instauration d'une association médicamenteuse, il est recommandé de choisir des associations qui se sont révélées efficaces (effet additif ou potentialisation), bien tolérées d'un point de vue pharmacologique et qui ont été validées par les études cliniques.

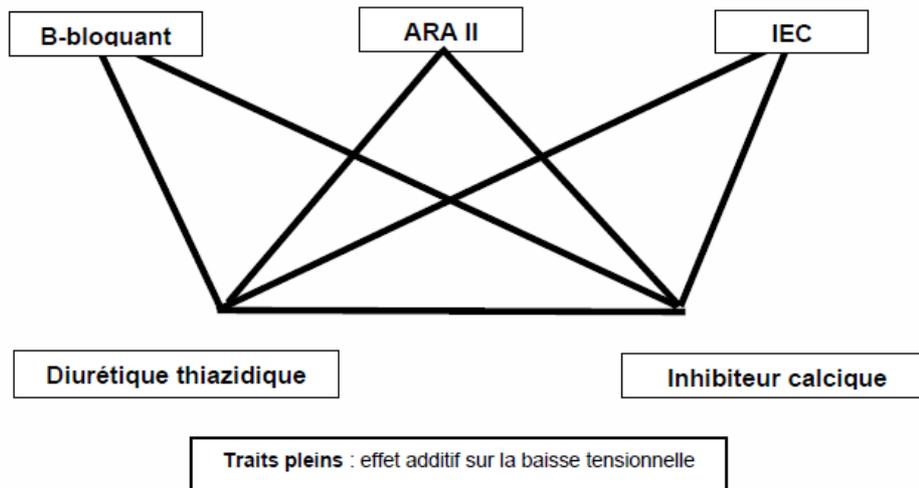
En pratique, les associations préférentielles suivantes sont recommandées :

- bêta-bloquant et diurétique thiazidique ;
- diurétique thiazidique et IEC (ou diurétique thiazidique et ARA-II) ;
- bêta-bloquant et inhibiteur calcique de type dihydropiridine ;
- inhibiteur calcique et IEC (ou inhibiteur calcique et ARA-II) ;
- inhibiteur calcique et diurétique thiazidique.

L'étape ultérieure est le recours à une trithérapie antihypertensive devant comprendre un diurétique thiazidique.

Les autres classes d'antihypertenseurs (alpha-bloquants et antihypertenseurs centraux) n'ayant pas démontré leur efficacité sur la morbidité et la mortalité cardio-vasculaire, ne sont pas recommandées mais peuvent aider à atteindre l'objectif tensionnel en cas d'effets indésirables ou à compter du stade de trithérapie.

Figure 2. Association des classes thérapeutiques favorisant la baisse tensionnelle.



VII. STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

L'objectif principal de la prise en charge du patient hypertendu est de réduire sa morbidité et sa mortalité cardio-vasculaire à long terme.

La stratégie thérapeutique est adaptée en fonction du niveau de PA et du niveau de risque cardio-vasculaire du patient.

VII.1. Objectifs tensionnels

Le bénéfice du traitement antihypertenseur est corrélé à la baisse des chiffres tensionnels. (grade A).

Dans le cas d'une HTA (hormis en cas de diabète ou d'atteinte rénale) il est recommandé de faire baisser les chiffres tensionnels en dessous de 140 mmHg pour la PAS et 90 mmHg pour la PAD.

Chez le patient diabétique, l'objectif tensionnel est une PA < 130/80 mmHg.

Chez le patient insuffisant rénal, l'objectif est une PA < 130/80 mmHg et une protéinurie < 0,5 g/j.

VII.2. Décision de traitement (Cf. algorithme)

VII.2.1. Décision rapide

Le traitement médicamenteux antihypertenseur se justifie d'emblée en association avec des mesures hygiéno-diététiques mais sans attendre les éventuels bénéfices de ces mesures, en cas de risque élevé :

- lorsque la PA est \geq 180 (PAS) et/ou 110 (PAD) mmHg (dans un délai rapide \leq 15 jours) ;
- lorsque la PA est comprise entre 140-179 (PAS) et/ou 90-109 (PAD) mmHg associée à 3 ou plus facteurs de risque (hormis l'HTA) et/ou une atteinte des organes cibles et/ou un diabète ;
- quelle que soit la PA, en cas d'insuffisance rénale ou de maladie cardio ou cérébro-vasculaire avérée, pour atteindre l'objectif tensionnel (prévention secondaire).

VII.2.2. Décision différée de traitement médicamenteux

Chez les patients dont la PA est comprise entre 140-179/90-109 mmHg et qui n'ont pas un risque élevé, il est nécessaire de confirmer cette HTA au moyen de l'automesure ou de la MAPA.

Si l'HTA est confirmée, il est recommandé d'instaurer des mesures hygiéno-diététiques et de réévaluer le patient.

Dans un délai de 6 mois :

- en cas de PA comprise entre 140-159/90-99 mmHg et en l'absence de facteur de risque cardio-vasculaire (hormis l'HTA).

Si l'objectif tensionnel n'est pas atteint dans ce délai de 6 mois, il est recommandé de débiter un traitement médicamenteux.

Dans un délai de 1 à 3 mois :

- en cas de PA entre 140-159/90-99 mmHg et en présence de 1 à 2 facteurs de risque cardio-vasculaire (hormis l'HTA) ;
- en cas de PA comprise entre 160-179/100-109 mmHg et en l'absence d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire ;
- en cas de PA comprise entre 160-179/100-109 mmHg et en présence de 1 à 2 facteurs de risque cardio-vasculaire (hormis l'HTA).

Si l'objectif tensionnel n'est pas atteint dans ce délai, il est recommandé de débiter un traitement médicamenteux.

Si l'HTA n'est pas confirmée, une surveillance de la PA s'impose et le traitement des autres facteurs de risque cardio-vasculaire est indiqué.

VII.3. Autres traitements pharmacologiques du risque cardio-vasculaire

VII.3.1. Hypolipidémiant

Chez l'hypertendu non diabétique, en prévention primaire, une statine ayant montré son efficacité sur le risque coronarien est proposée :

- pour atteindre un taux de LDL-cholestérol < 1,6 g/l (4,1 mmol/l), si le patient présente un autre facteur de risque cardio-vasculaire en plus de l'HTA ;
- pour atteindre un taux de LDL-cholestérol < 1,3 g/l (3,4 mmol/l), si le patient présente 2 autres facteurs de risque cardio-vasculaire en plus de l'HTA.

Chez l'hypertendu diabétique, une statine est proposée en prévention primaire :

- pour atteindre un taux de LDL-cholestérol < 1,3 g/l (3,4 mmol/l) ;
- pour atteindre un taux de LDL-cholestérol < 1 g/l (2,6 mmol/l), si le patient présente un autre facteur de risque cardio-vasculaire en plus de l'HTA et du diabète, et/ou une atteinte rénale et/ou une microalbuminurie.

Ce traitement ne sera débuté que si les taux de LDL-cholestérol recommandés ne sont pas atteints après 3 mois de mesures hygiéno-diététiques.

En prévention secondaire, un traitement par statine est proposé en cas de maladie coronarienne avérée pour atteindre un taux de LDL-cholestérol < 1 g/l.

VII.3.2. Antiagrégant plaquettaire

En prévention primaire :

- chez le patient hypertendu à risque faible ou moyen, le traitement par aspirine n'est pas recommandé ;
- chez le patient hypertendu non diabétique ayant un risque cardio-vasculaire élevé, un traitement systématique par aspirine à dose faible (75 mg/j) n'est pas recommandé en raison d'un bénéfice limité par le risque hémorragique.

En prévention secondaire (maladie cardio-vasculaire, cérébro-vasculaire ou rénale associée) et chez les patients diabétiques, un traitement par aspirine à dose faible (75 mg/j) est recommandé après avoir vérifié l'absence de contre-indication.

Ce traitement par l'aspirine ne doit être initié que lorsque la PA est contrôlée car le risque d'hémorragie cérébrale est augmenté chez le patient hypertendu non contrôlé (grade C).

VIII. SITUATIONS PARTICULIÈRES

VIII.1. Sujet âgé

L'HTA systolique isolée⁵ est plus fréquente chez le sujet âgé. Il est recommandé de la prendre en charge au même titre que l'HTA systolo-diastolique (grade A).

Il a été démontré que la réduction de la pression artérielle diminuait l'incidence des événements cardio-vasculaires, l'insuffisance cardiaque, les AVC et le risque de démence chez le patient âgé de plus de 60 ans et ce jusqu'à l'âge de 80 ans, dans l'HTA systolique isolée et l'HTA systolo-diastolique (grade A).

Au-delà de 80 ans, les bénéfices du traitement antihypertenseur sont en cours d'évaluation. Cependant, les données actuelles justifient l'intervention thérapeutique chez ces patients, en raison d'un bénéfice sur la prévention des AVC (grade B).

⁵ Appelée aussi HTA systolique pure : définie par une PAS \geq 140 et une PAD < 90.

En pratique, il est recommandé d'adapter la prise en charge tensionnelle en fonction de la sévérité des comorbidités, de l'atteinte des organes cibles, du risque iatrogène, de la tolérance, de l'espérance de vie et de la qualité de vie du patient.

L'objectif théorique du traitement chez l'hypertendu âgé, jusqu'à 80 ans, est d'obtenir une PAS/PAD < 140/90 mmHg.

Toutefois, cet objectif doit être modulé en fonction du niveau de pression artérielle initiale, si cette PA est très élevée (PAS > 180 mmHg), une diminution de 20 à 30 mmHg est déjà un résultat acceptable.

En pratique au-delà de 80 ans, l'objectif thérapeutique est d'atteindre une PAS < 150 mmHg, en l'absence d'hypotension orthostatique (grade B).

Le traitement non médicamenteux a fait la preuve de son efficacité. Toutefois, chez le sujet très âgé (> 80 ans), il est souvent difficile à mettre en œuvre. Il est recommandé de ne pas proposer de restriction sodée.

Il est recommandé d'initier un traitement antihypertenseur, dans un premier temps, par une monothérapie à faible dose, en particulier après 80 ans.

La baisse de la pression artérielle chez le patient âgé hypertendu de plus de 65 ans sera progressive.

La tolérance clinique (en particulier la recherche d'une hypotension orthostatique) et la tolérance biologique (créatinine, kaliémie, natrémie notamment) seront régulièrement vérifiées (lors de l'initiation du traitement, puis au minimum 2 fois par an et à l'occasion de pathologies intercurrentes).

Chez ces patients âgés, le maniement de certaines classes thérapeutiques, dont les diurétiques, les IEC et les ARA-II, justifie une surveillance régulière de la fonction rénale (créatinine sérique et DFG : notamment en cas de prescription conjointe de médicaments à potentiel néphrotoxique (ex. : AINS sur une courte durée).

Au-delà de 80 ans, il est recommandé de ne pas dépasser la prescription de plus de 3 antihypertenseurs et de se contenter de la baisse tensionnelle obtenue avec ces thérapeutiques.

En dehors des cas particuliers, les classes thérapeutiques recommandées en première intention chez le patient âgé sont les diurétiques thiazidiques ou les inhibiteurs calciques de type dihydropyridine de longue durée d'action (grade A).

Une évaluation de la fonction cognitive est recommandée chez l'hypertendu de plus de 75 ans au moyen d'une échelle MMSE en raison du risque de survenue de démence et afin d'évaluer le risque de mauvaise observance du traitement.

En cas de score < 24 au MMSE⁶ il est recommandé d'adresser le patient à un spécialiste.

Chez le sujet âgé et chez le sujet athéroscléreux, lorsqu'un examen échographique a été prescrit pour un autre motif que l'HTA, il est souhaitable de profiter de cet examen pour vérifier l'absence d'anévrisme de l'aorte compte tenu de la prévalence élevée de cette lésion chez le sujet âgé.

VIII.2. Antécédents d'AVC

En cas d'antécédent d'AVC et à distance de la phase aiguë, le bénéfice de la baisse de PA sur le risque de récurrence d'AVC a été démontré à partir d'études publiées, utilisant un diurétique thiazidique ou une association diurétique thiazidique et IEC (grade A).

⁶ Voir MMSE en annexe.

VIII.3. HTA et pathologie cardiaque

Chez le patient hypertendu coronarien stable, les classes thérapeutiques recommandées en première intention sont les bêta-bloquants et les inhibiteurs calciques de longue durée d'action (grade B).

Chez le patient hypertendu coronarien en post-infarctus du myocarde, il est recommandé d'utiliser en première intention un IEC ou un bêta-bloquant (grade B).

En cas d'insuffisance cardiaque par dysfonction systolique, les IEC ou en cas d'intolérance, un ARA-II (ayant l'AMM pour cette indication) (grade A), les diurétiques (diurétiques de l'anse ou thiazidiques) (grade B), et les bêta-bloquants (grade A) (ayant l'AMM dans cette indication) se sont avérés bénéfiques.

Les antialdostérones à faible dose peuvent être proposés en association avec ces traitements, dans le cadre d'une insuffisance cardiaque par dysfonction systolique de grade NYHA III et IV, en l'absence d'insuffisance rénale et d'hyperkaliémie (grade A).

La conduite de ces traitements nécessite une surveillance étroite de la fonction rénale et de la kaliémie (grade B).

VIII.4. Patient diabétique

Chez les patients diabétiques, le choix du traitement antihypertenseur est guidé par deux objectifs principaux :

- la prévention cardio-vasculaire ;
- la néphroprotection.

Chez les patients diabétiques, la baisse de la PA associée à un contrôle strict de la glycémie permet de réduire le risque de survenue de complications micro- et macrovasculaires ou leur aggravation (grade A).

Chez les patients hypertendus diabétiques il est recommandé d'effectuer tous les ans un dosage de la microalbuminurie et un examen du fond d'œil.

L'objectif tensionnel chez le patient diabétique est une PA < 130/80 mmHg.

Chez ces patients, une polythérapie est souvent nécessaire, pour atteindre cet objectif.

Les 5 classes thérapeutiques (IEC, ARA II, diurétique thiazidique, bêta-bloquant cardiosélectif, inhibiteur calcique) peuvent être utilisées en première intention dans l'hypertension artérielle du diabète de type 2 (grade B).

Cependant, les IEC chez les patients diabétiques de type 1 et les ARA-II chez les patients diabétiques de type 2 ont montré un effet néphroprotecteur, à partir du stade de microalbuminurie (grade B).

Pour cette raison, chez le patient diabétique, il est recommandé de prescrire en première intention un IEC ou un ARA-II, à partir du stade de microalbuminurie.

Chez les diabétiques de type 2 ayant d'autres facteurs de risque, les IEC à dose suffisante pourraient apporter une protection cardio-vasculaire spécifique (grade B).

VIII.5. HTA et atteinte rénale

En cas de maladie rénale ou d'insuffisance rénale, définie par une estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) ⁷ < 60 ml/min, un contrôle tensionnel strict est recommandé afin de prévenir ou de ralentir l'évolution vers une insuffisance rénale terminale et d'assurer la prévention des complications cardio-vasculaires (grade B).

Chez le sujet de plus de 75 ans, la performance de la formule de Cockcroft et Gault pour l'estimation du DFG est à pondérer pour l'évaluation du retentissement rénal, en particulier lorsque le poids est faible.

Les cibles thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique (seuils consensuels établis à partir d'essais randomisés) sont à la fois :

- une pression artérielle < 130/80 mmHg ;
- une protéinurie < 0,5 g/j.

Chez ces patients, la réduction de la protéinurie est aussi un objectif thérapeutique.

En cas de maladie rénale ou d'insuffisance rénale, le contrôle de la pression artérielle nécessite le plus souvent une association thérapeutique.

Après avoir éliminé une sténose de l'artère rénale, les classes thérapeutiques recommandées en première intention sont celles qui agissent sur le système rénine-angiotensine, soit les IEC ou en cas d'intolérance les ARA-II, associés en première intention à un diurétique thiazidique ou à un diurétique de l'anse en fonction de la sévérité de l'atteinte rénale.

Un diurétique de l'anse est recommandé en cas d'insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/mn) (grade A).

Choix du traitement antihypertenseur basé sur des essais contrôlés, en cas de situations particulières.

Indications spécifiques	Classes thérapeutiques préférentielles
Sujet âgé, hypertension systolique	Diurétique thiazidique Inhibiteur calcique dihydropyridine de longue durée d'action
Néphropathie diabétique (type 1) à partir du stade de microalbuminurie	IEC ou ARA-II Diurétique thiazidique Diurétique de l'anse (si IR sévère)
Néphropathie diabétique (type 2) à partir du stade de microalbuminurie	ARA-II ou IEC Diurétique thiazidique Diurétique de l'anse (si IR sévère)
Néphropathie non diabétique	IEC ou ARA-II Diurétique thiazidique Diurétique de l'anse (si IR sévère)
Cardiopathie post IDM	IEC Bêta-bloquant

⁷ Formule de Cockcroft et Gault (ml/min) : $DFG = [(140 - \text{âge}) \times \text{poids}/\text{créatininémie}] \times K$
 Âge en années, poids en kg, créatininémie en $\mu\text{mol/l}$ et $K = 1,23$ pour les hommes et $1,04$ pour les femmes.
 Cette formule est mal validée chez le sujet de plus de 75 ans.

Maladie coronarienne	Bêta-bloquant ICA de longue durée d'action
Insuffisance cardiaque systolique	Diurétique thiazidique Diurétique de l'anse IEC (1 ^{re} intention) ou ARA-II (en cas d'intolérance IEC) Bêta-bloquant Antialdostérone (aux stades III et IV de la NYHA)
Hypertrophie ventriculaire gauche	ARA-II Diurétique thiazidique
Antécédents d'accident vasculaire cérébral	Diurétique thiazidique Diurétique thiazidique et IEC

IX. HTA RÉSISTANTE

Une HTA est résistante en cas de persistance de la PA au-dessus de l'objectif tensionnel (> 140/90 mmHg ou 130/80 mmHg, suivant la situation considérée) malgré un traitement pharmacologique associant au moins 3 classes thérapeutiques à doses adéquates dont un diurétique thiazidique⁸, et des mesures hygiéno-diététiques.

Il est recommandé de confirmer le diagnostic par une MAPA ou une automesure, qui est le préalable nécessaire au diagnostic de résistance.

Des facteurs de résistance pouvant être corrigés seront recherchés :

- observance insuffisante (traitement pharmacologique ou mesures hygiéno-diététiques non suivis) ;
- erreurs de mesure de la PA (ex. brassard non adapté à la taille du bras du patient) ;
- cause iatrogène (stéroïdes, anti-inflammatoires, contraceptifs oraux, traitement antidépresseur, etc.) ;
- consommation excessive d'alcool ;
- apnée du sommeil ;
- surcharge volémique (rétention hydrique liée à une insuffisance rénale, consommation de sel excessive, doses des diurétiques inadaptées) ;
- doses des antihypertenseurs non adaptées.

Si, malgré la correction de ces facteurs, l'objectif tensionnel n'est pas atteint il est recommandé d'adresser le patient à une équipe spécialisée afin de compléter l'enquête étiologique à la recherche d'une cause d'HTA secondaire et/ou d'adapter le protocole thérapeutique.

X. FRÉQUENCE DE SUIVI

Chez un patient équilibré, la fréquence des consultations dépendra avant tout de la PA initiale et du niveau de risque cardio-vasculaire selon une approche globale (ex. : équilibre du diabète, dyslipidémie corrigée, etc.).

Chez le patient équilibré, il est recommandé d'effectuer une consultation tous les 3 mois environ en cas de risque cardio-vasculaire élevé et une consultation tous les 6 mois dans les autres cas.

⁸ Sauf en cas d'insuffisance rénale

Chez les patients appartenant aux catégories sociales les plus défavorisées, un suivi plus rapproché est recommandé, quel que soit le niveau de risque.

La fréquence des visites sera adaptée au patient, en fonction de la surveillance des facteurs de risque et des comorbidités associées, de la qualité de l'observance du patient et du niveau tensionnel.

L'objectif de ces consultations est de surveiller :

- le niveau tensionnel et d'adapter le traitement en fonction de la PA ;
- la tolérance au traitement (recherche d'effets indésirables) ;
- l'observance (traitement pharmacologique et mesures hygiéno-diététiques) ;
- l'apparition ou l'aggravation de nouveaux facteurs de risque ;
- l'apparition ou l'aggravation de complications cardio-vasculaires (coronaropathie, rénale, vasculaire).

Un suivi des patients les plus à risque, dans le cadre d'un programme éducatif et/ou d'un réseau de soins incluant d'autres acteurs de soins (pharmaciens, infirmier(e)s, diététicien(e)s) constitue une perspective à encourager.

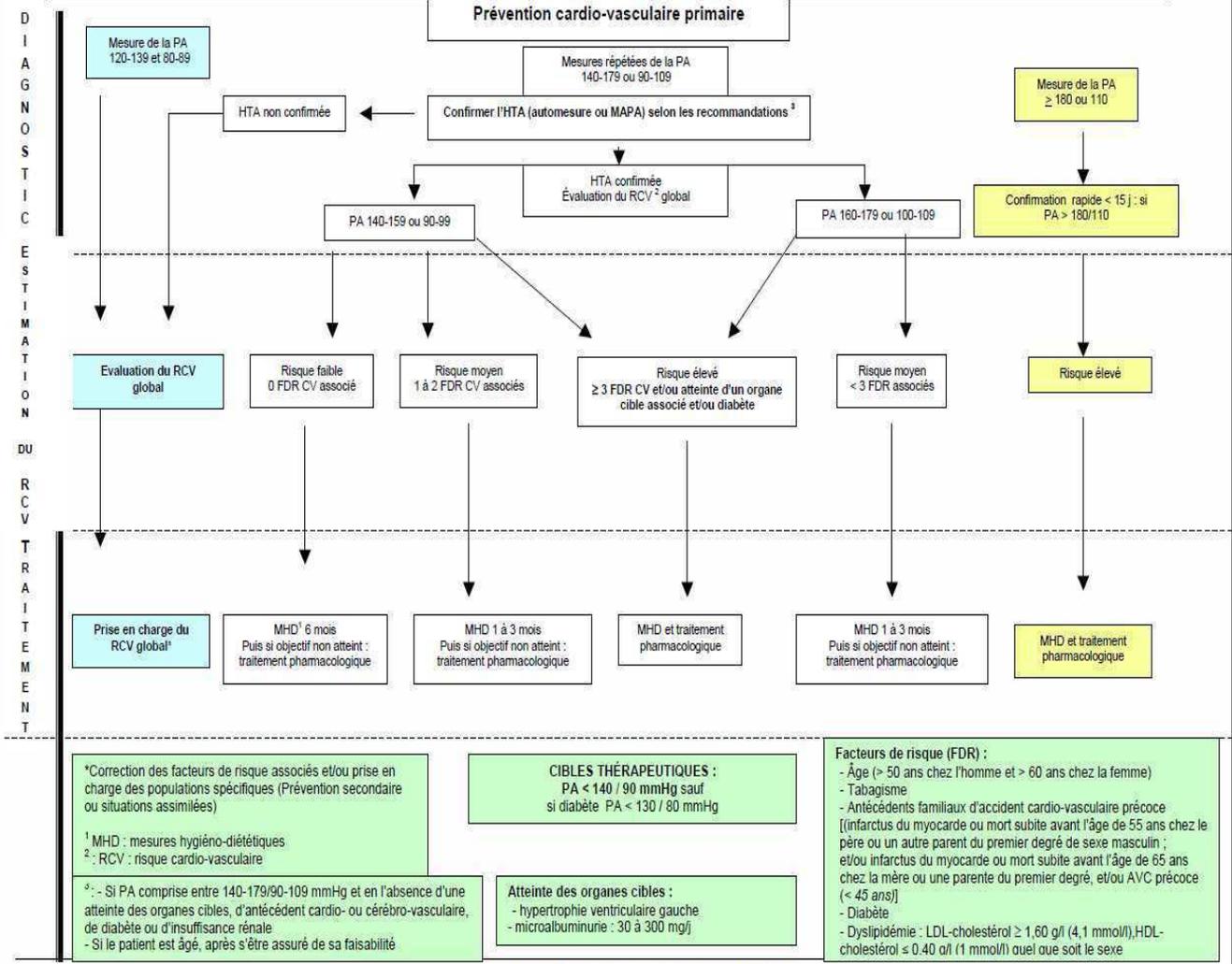
Paramètres et périodicité de la surveillance du patient hypertendu.

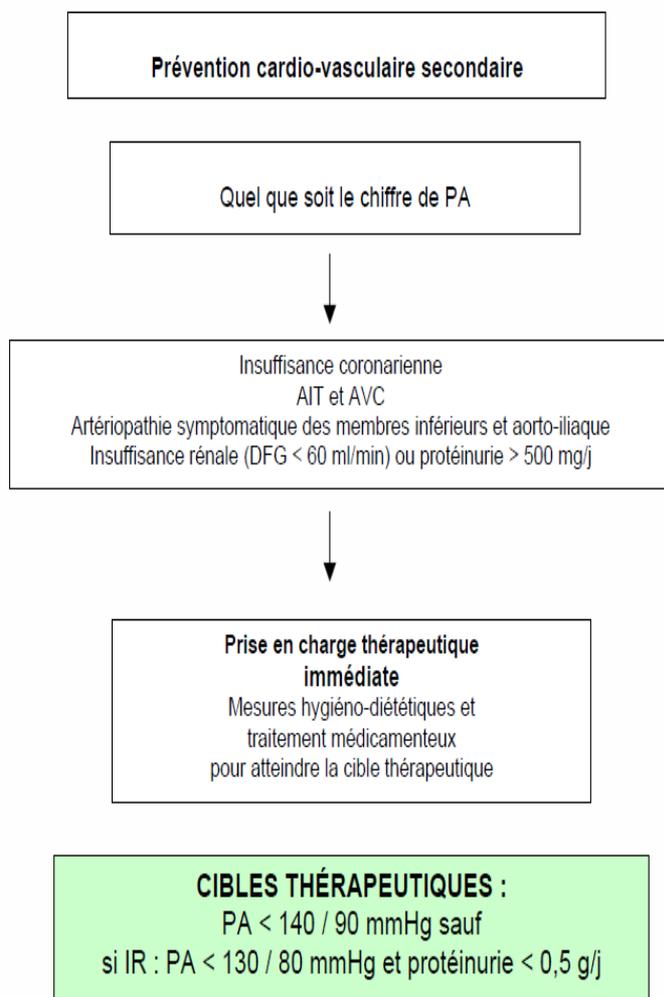
Paramètres	Périodicité de la surveillance dans le cas d'une HTA contrôlée non compliquée	Périodicité de la surveillance dans les situations particulières
Pression artérielle	3 à 6 mois	Plus souvent si l'objectif tensionnel n'est pas atteint.
Interrogatoire et examen cardio-vasculaire	3 à 6 mois	Plus souvent en cas de symptôme cardio-vasculaire.
Bandelettes urinaires (protéinurie)	12 mois	
Kaliémie, créatinémie et calcul du DFG	1 à 2 ans	Si fonction rénale normale : avant et 7 à 15 j après l'instauration d'un traitement diurétique ou inhibiteur du système rénine-angiotensine (avec une mesure de kaliémie) ou en cas d'événements intercurrents. Si fonction rénale altérée : la périodicité (en mois) de la surveillance est adaptée en fonction du niveau de progression de l'IRC : en divisant le DFG estimé par 10 (ex. pour un DFG à 40 ml/min, la surveillance sera tous les 4 mois). ⁹
Glycémie	3 ans, si initialement normale	Plus souvent en cas d'hyperglycémie modérée à jeun, de modification du poids ou du mode de vie.
Exploration d'anomalie lipidique (EAL) ¹⁰	3 ans, si lipides initialement normaux	Plus souvent si les lipides sont initialement anormaux, en cas de traitement hypolipidémiant, de modification du poids ou du mode de vie.
ECG	3 ans	Plus souvent en cas de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen clinique.

⁹ Recommandations pour la pratique clinique Anaes septembre 2004 : « Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte ».

¹⁰ EAL : cholestérol total, triglycérides, HDL-C et calcul du LDL-C.

Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle - Actualisation 2005





ANNEXES

ANNEXE I. MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) (1) VERSION GRECO (2).

Orientation

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
(si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle région est situé ce département ?
10. À quel étage sommes-nous ici ?

Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare
12. Fleur
13. Porte

Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare
20. Fleur
21. Porte

Langage

22. Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet ?
23. Montrer votre montre. Quel est le nom de cet objet ?
24. Ecoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et"
25. Posez une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : *Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :*
Prenez cette feuille de papier avec la main droite
26. Pliez-la en deux
27. Et jetez-la par terre
28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : "**Fermez les yeux**" et dire au sujet : *Faites ce qui est écrit*
29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant : *Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.* Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe et avoir un sens

Praxies constructives

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : *"Voulez-vous recopier ce dessin ?"*



Compter 1 point pour chaque bonne réponse.

SCORE GLOBAL/30 (score < 24 suspicion de démence, proposer un bilan spécialisé).

1. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR « Mini-Mental TEST ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiat Res. 1975 ; 12 :189-98. 2. Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B Le Mental-State Examination(MMSE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitive des patient par le clinicien. Presse Med. 1999 ;28:1141-8. *© Masson Editeur. Nous remercions les Editions Masson qui ont accepté à titre gracieux la reproduction de ce texte issue de leur fonds éditorial (www.masson.fr/revues/pm) Pour en savoir plus sur La Presse Médicale)

ANNEXE II. SYNDROME MÉTABOLIQUE DÉFINI PAR AU MOINS 3 FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (NCEP-ATP III) adapté de *Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP)*. JAMA 2001;285(19):2486-97

Facteur de risque	Niveau seuil
Obésité abdominale*	Tour de taille
- Homme	> 102 cm
- Femme	> 88 cm
Triglycérides	≥ 1,5 g/l
HDL-cholestérol	
- Homme	< 0,4 g/l
- Femme	< 0,5 g/l
Pression artérielle	≥ 130/ ≥ 85 mmHg
Glycémie à jeun	≥ 1,10 g/l

* Le surpoids et l'obésité sont associés à l'insulinorésistance et au syndrome métabolique. Cependant, l'obésité androïde est mieux corrélée au syndrome que l'indice de masse corporelle (IMC). La mesure du tour de taille est recommandée pour identifier le syndrome métabolique.

ANNEXE III. TABLE DE COMPOSITION DES ALIMENTS : ALIMENTS RICHES EN SODIUM.

Le sodium joue un rôle capital dans la régulation de la pression osmotique, de l'équilibre hydro-électrolytique et de la masse hydrique de l'organisme. C'est le principal ion des liquides extra-cellulaires. (disponible sur le site de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments : www.afssa.fr)

Teneur en sodium (mg/100 g)	Lait et produits laitiers	Céréales et dérivés	Produits carnés	Fruits, légumes et autres végétaux	Oufs et ovoproduits	Poissons, mollusques et crustacés	Autres
38 850							Sel fin
35 000							Sel de mer
15 000							Cube pour bouillon
5 000 - 6 000						Anchois à l'huile	Sauce de soja
3 000 - 4 000				Olive noire en saumure			
2 000 - 3 000			Jambon sec Saucisson sec Jambon cru			Oufs de lompe en semi-conserve	Moutarde
1 500 - 2 000	Roquefort		Bacon fumé cuit Filet de bacon cuit Salami Jambon fumé	Olive verte en saumure		Caviar en semi-conserve Crevette cuite	
1 200 - 1 500	Feta Sainte-Maure Bleu d'Auvergne Fourme d'Ambert		Poitrine de porc fumée			Saumon fumé	Amuse-gueule Vinaigrette Riz cantonais
1 100 - 1 200	Carré de l'Est						Ketchup Biscuits apéritif
1 000 - 1 100	Edam Maroilles Fromage fondu	Biscuit sec	Cervelas Saucisson à l'ail Mortadelle Saucisse de Strasbourg Saucisse cocktail			Pâté à base de poisson ou de crustacés Bigarneau cuit	Sauce vinaigrette allégée
900 - 1 000	Marbrier Cantal Munster Parmesan	Céréales de petit déjeuner	Fromage de tête Jambon cuit Marguez Saucisse de Francfort				
800 - 900	Beurre demi-sel Reblochon Tomme Fromage des Pyrénées Camembert Chaource	Pop-corn salé	Boudin noir			Hareng saur Haddock fumé	Pomme de terre dauphine Hot-dog à la moutarde Biscuit apéritif au fromage Friand à la viande

Attention ! Ce tableau n'est pas exhaustif, il est réalisé à partir des données disponibles à ce jour

Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique. Application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle.

Les recommandations de bonne pratique, issues de la médecine des preuves, s'insèrent dans un processus ancien visant à asseoir la légitimité médicale sur la science et se sont déployées en tant qu'instrument politique de rationalisation des pratiques.

Comment rencontrent-elles les valeurs professionnelles et l'exercice de la médecine ?

La question est traitée dans le cadre de la médecine générale et de l'hypertension artérielle (HTA) dont la mise en recommandations est exemplaire de la construction d'un risque en santé publique.

La première partie s'intéresse à l'origine de la médecine des preuves et en quoi ce mouvement est porteur de continuité et de modification dans les relations entre Médecine et État, au sein de la profession, entre médecin et patient.

La seconde partie, centrée sur une microsociologie des consultations de patients hypertendus, montre que les recommandations constituent un appui pour le travail médical de prise de conscience par le patient de la réalité pathologique de l'HTA et des risques cardiovasculaires associés. Mais le généraliste inscrit son action dans la durée et, sous influence du patient, négocie et fait des compromis voire déroge aux « bonnes pratiques », considérant que ce qui n'est pas réalisable aujourd'hui le sera demain.

Les recommandations sont intégrées dans les pratiques sous forme d'un modèle hybride associant la référence aux données scientifiques et l'adaptation à la singularité de la situation. La figure du patient statistique porté par la médecine des preuves est confrontée à la réalité sociale de l'individu plus ou moins doté d'autonomie et de ressources dont il s'agit pour le médecin d'acquiescer la confiance et de la conserver.

Mots clés : sociologie, médecine générale, recommandations de bonne pratique, médecine des preuves, relation médecin-patient, hypertension artérielle

Challenges in the use of best practice recommendations. Implementation in general medicine and arterial hypertension.

Best practice recommendations, stemming from evidence based medicine, are part of a well versed process aiming to claim medical legitimacy based on science and are used as policy tools in practice.

How do they relate to professional values, and to the practice of medicine?

This question is examined within the framework of recommendations regarding the treatment, control and prevention of arterial hypertension (AH) in general practice which can be said to exemplify the construction of a public health risk.

The first part of this work is centred on the origins of evidence based medicine, and the way in which it brings continuity as well as change to the relationships between: medical professionals; the institution of medicine and the state; doctors and patients.

The second part, a microsociological study of GP consultations with hypertensive patients, shows that recommendations are used to reinforce the doctor's efforts to increase patients' awareness of AH and the ensuing cardiovascular risks. However, GPs use their influence over a long time period and, influenced by their patients, they negotiate, compromise and even disregard some of the best practice recommendations, considering that what may not be achievable in the present, may be achievable in the long term.

Recommendations are therefore used in practice in hybrid form, where science is merged with an adaptation to each unique situation. The 'average patient' as the basic unit of evidence based medicine is opposed with the social reality of an individual with a certain level of autonomy and resources whose trust the doctor needs to gain and maintain.

Key words : sociology, best practice recommendations, evidence based medicine, general practice, patient-physician interaction, arterial hypertension.