

Chapitre paru In *Prévoir et prédire la maladie. De la divination au pronostic*, sous la direction de Ilario Rossi, Aux Lieux d'être, Collections "sous prétexte de médecines", 2007

**Aline Sarradon-Eck**

**Prévoir la maladie cardiovasculaire : le discours médical et le discours profane**  
(pp.153-175)

Dans la pensée médicale et profane en France, la mesure de la pression artérielle au cours de la consultation médicale, quel qu'en soit le motif, est un geste clinique majeur, sans lequel l'examen n'est pas considéré comme pleinement accompli<sup>1</sup>. Moyen simple pour anticiper la maladie cardiovasculaire et la prévenir, elle reste indispensable dans la rencontre clinique malgré la commercialisation des appareils d'automesure tensionnelle<sup>2</sup> pour les particuliers qui permettent un transfert des compétences aux profanes. Nous pouvons expliquer la portée de ce geste par l'apparente simplicité de l'interprétation d'un résultat clinique (deux chiffres qui placent la personne dans le champ de la normalité ou en dehors de celle-ci, en fonction d'une norme scientifiquement établie) en regard de l'opacité de la plupart des observations cliniques pour le profane. Son importance témoigne néanmoins de l'articulation d'un acte médical (diagnostique et/ou pronostique), de paroles, de représentations médicales et populaires autour d'un geste dont le résultat est chargé de significations multiples.

Que dévoile la mesure de la pression artérielle dès lors que celle-ci est élevée, pour le patient comme pour le médecin : un état (santé vs maladie) ? un devenir (longévité vs maladie cardiovasculaire) ? une prise en charge (prévention, traitement, surveillance) ?

Le texte présenté ici tente de répondre à cette question en se centrant sur le traitement de l'hypertension artérielle dont les objectifs ont considérablement évolué au cours des 40 dernières années. D'un traitement transformant le pronostic vital de la maladie hypertensive, il est devenu l'un des divers moyens de modifier un facteur de risque asymptomatique (Kawachi, Wilson, 1990). En effet, l'hypertension artérielle est considérée aujourd'hui par la biomédecine comme un facteur de risque cardiovasculaire et non comme une maladie. Dès lors, les personnes hypertendues (8 millions de personnes traitées en France, sur un total estimé à 14,4 millions<sup>3</sup>) ne sont pas des malades mais des patients asymptomatiques à risque cardiovasculaire qui acceptent de se faire suivre (Postel-Vinay, Corvol, 2000). Ce « suivi », à la fois surveillance des fonctions physiologiques et traitement, est réalisé en France principalement par les médecins généralistes dont le rôle est alors déplacé d'une activité de soins vers une activité de prévention.

Je rappellerai dans un premier temps l'histoire du concept d'hypertension artérielle comme facteur de risque cardiovasculaire, et sa définition en fonction d'une norme statistiquement établie. Ensuite, j'examinerai le rapport que les des médecins généralistes et des patients entretiennent avec cette norme, ainsi que leurs représentations de l'hypertension

---

<sup>1</sup> Ainsi, dans mes observations de consultations, les rencontres cliniques qui ne reposent que sur un dialogue entre le médecin et le malade (conseils, commentaires d'examens paracliniques, entretiens psychothérapeutiques, etc.) s'achèvent souvent – à la demande du patient, ou à l'initiative du médecin - par une mesure de pression artérielle, suivie de la rédaction d'ordonnance ou du paiement de l'acte. Par ailleurs, plusieurs médecins m'ont confié leur gêne, voire leur impossibilité, à conduire une consultation sans réaliser un examen clinique, c'est-à-dire sans « *au moins prendre la tension* ».

<sup>2</sup> Quatre millions d'appareils d'automesure sont utilisés en France (enquête Flash 2004, Mourad J. et coll., *Arch Mal Cœur*, 2005).

<sup>3</sup> Selon le Comité français de lutte contre l'hypertension artérielle (CFLHTA), 2005.

artérielle comme « maladie » ou comme « facteur de risque ». Enfin, j'analyserai les formes de l'anticipation de la maladie cardiovasculaire et les enjeux qu'elles mobilisent dans la pratique médicale, comme dans les pratiques médicamenteuses ou préventives des personnes hypertendues. Ces analyses sont conduites à partir des données d'une enquête ethnographique réalisée de 2002 à 2004 dans le sud-est de la France<sup>4</sup>.

### **De l'hypertension-maladie au risque cardiovasculaire absolu**

Au début du XXe siècle, la mesure de la pression artérielle était encore expérimentale. Elle n'appartenait pas à la pratique clinique courante, d'une part parce que les appareils n'étaient pas d'utilisation aisée, d'autre part parce que les médecins n'en connaissaient pas l'utilité. Nous devons aux médecins américains des assurances-vie les premières tables de prédiction de la mortalité prématurée, ainsi qu'une nouvelle mission pour le médecin, celle d'établir des « diagnostics prévisionnels ». Ces médecins se sont interrogés sur la valeur pronostique des chiffres de la pression artérielle, et l'ont établie comme un indicateur prédictif de la longévité humaine. Ceci eut pour conséquence d'exclure du système d'assurance-vie les personnes ayant un seuil de pression artérielle trop élevé (Levenson, Simon, 2004). Leurs statistiques furent publiées dès 1920 dans la presse médicale, mais à cette époque, les médecins cliniciens ne mesuraient pas encore systématiquement la pression artérielle (Postel-Vinay, 1996).

En 1949, dans un contexte de forte mortalité cardiovasculaire aux États-Unis, le National Health Service lança une vaste étude appelée « Framingham », qui marqua les débuts de l'épidémiologie moderne (Aronowitz, 1998). À Framingham, petite ville près de Boston jugée représentative du mode de vie américain, environ 6 000 personnes non atteintes de maladie cardiovasculaire ont été examinées par des médecins tous les deux ans pendant 20 ans. Cette étude permit d'établir une relation positive entre l'élévation de la pression artérielle et la survenue de maladies cardiovasculaires. Elle donna naissance à la notion de facteur de risque cardiovasculaire qui exprime de manière statistique la probabilité élevée de maladie cardiovasculaire, associée à des caractéristiques biologiques de l'individu ou des conditions environnementales. Le concept de facteur de risque a une connotation différente selon les médecins. Pour les épidémiologistes, un facteur de risque a la capacité de prédire une maladie, tandis que pour les physiopathologistes, il est considéré comme une des causes de cette maladie et, à ce titre, il doit être traité (Levenson, Simon, 2004). Ainsi, d'une probabilité, le « risque » devient un « risque absolu », selon que l'on raisonne au niveau du collectif ou au niveau de l'individu.

Mais jusque dans les années 1960, lors de la publication des premiers résultats de l'étude Framingham, l'hypertension artérielle essentielle (c'est-à-dire sans cause connue) resta une entité mal définie dans la nosologie médicale. Les médecins s'interrogèrent alors : est-elle un symptôme, le témoin d'une maladie, ou est-elle une maladie véritable ? Ce questionnement s'inscrivait soit dans le paradigme médical de l'anatomo-clinique (recherche d'une lésion), soit dans celui de la médecine expérimentale (recherche du mécanisme physiopathologique). Le normal et le pathologique ne se définissaient pas encore à l'aide de tables statistiques, mais avec des microscopes (Postel-Vinay, 1996).

---

<sup>4</sup> J'ai coordonné cette étude, qui a été confiée au Programme Anthropologie de la Santé du CreCSS de l'Université Paul Cézanne d'Aix-en Provence et financée par la CNAMT. L'étude a été menée par M. Faure (PAS/CreCSS), M.-A. Blanc (LAMES) et moi-même, avec la participation de M. Egrot (PAS/CreCSS). L'enquête a associé des entretiens avec des personnes hypertendues (68 entretiens), l'observation de la pratique médicale de 11 médecins généralistes pendant une à deux semaines (consultations et visites à domicile), l'étude de la presse médicale, l'observation-participante de formations médicales continues destinées à des généralistes (Sarradon-Eck *et al.*, 2004 a).

En 1967, les résultats de l'étude américaine dite « des vétérans », première étude randomisée contre placebo, démontrèrent le bénéfice du traitement de l'hypertension artérielle « légère » à « modérée » dans la prévention des maladies cardiovasculaires. Ils marquèrent les débuts des traitements antihypertenseurs dans les hypertensions légères à modérées, c'est-à-dire asymptomatiques. En effet, dans la première partie du XXe siècle, seules les hypertensions artérielles sévères, avec des chiffres très élevés et accompagnées de symptômes cliniques ou de complications, bénéficiaient d'un traitement. Les hypertensions asymptomatiques étaient alors considérées comme « bénignes » (Postel-Vinay, 1996). Depuis, l'industrie pharmaceutique s'est focalisée sur le traitement de l'hypertension artérielle en produisant de nouvelles molécules<sup>5</sup> qui ont transformé le pronostic de l'hypertension artérielle et réduit considérablement les accidents vasculaires cérébraux et les accidents coronariens<sup>6</sup>.

Parallèlement à ces progrès pharmacologiques, c'est aussi la définition de la normalité de la pression artérielle qui va évoluer au fil des années, en fonction des résultats des vastes études lancées par l'industrie pharmaceutique. Les nombreux essais cliniques ont permis de redéfinir le seuil d'intervention thérapeutique non pas pour soulager ou guérir, mais pour réduire la morbidité et la mortalité cardiovasculaire. Ainsi, plus que de normalité, ces études ont défini un seuil entre « normotension » et « hypertension » autour duquel va s'articuler l'acte médical. Ce seuil s'est progressivement abaissé depuis les 20 dernières années (actuellement 140/90 mm Hg, soit « 14/9 »), et il est reconnu comme « arbitraire » (ANAES, 1997), des études récentes montrant que le risque cardiovasculaire commence pour une pression artérielle de 115/70 et double à chaque augmentation de 10 mm Hg (Lewington et al., 2002). En d'autres termes, il n'est pas possible de donner une valeur absolue pour une pression artérielle « normale » (Chobanian et al., 2003), le seuil d'intervention thérapeutique pouvant encore être abaissé dans les années qui viennent. Des logiques parfois contradictoires entre progrès scientifique et calcul de rentabilité économique s'affrontent dans l'instauration d'un consensus professionnel sur la définition d'un seuil d'intervention thérapeutique (Kawachi, Wilson, 1990). De plus, ce seuil s'est complexifié avec le concept de « Risque cardiovasculaire absolu » (RCVA) dans lequel les médecins sont invités aujourd'hui à penser l'hypertension artérielle, ainsi que l'hypercholestérolémie. Le RCVA est la probabilité individuelle de survenue d'un événement cardiovasculaire pour un patient sur une période de temps donnée (de 5 à 10 ans), en fonction de l'ensemble des facteurs de risque identifiés par l'étude Framingham. La stratégie de suivi du patient hypertendu, avec des « stratégies non médicamenteuses »<sup>7</sup> et des « stratégies médicamenteuses », ainsi que le niveau optimal de la pression artérielle recherché sous traitement, ne sont donc plus fondés sur la valeur anormale d'un paramètre, mais sur la notion de risque cardiovasculaire « faible », « moyen » ou « élevé » (ANAES, 2000).

Les pratiques médicales, l'éducation du patient<sup>8</sup>, la prévention (santé publique) et les pratiques préventives individuelles des personnes (style de vie et observance) doivent

<sup>5</sup> En France, 150 produits sont disponibles pour traiter l'hypertension artérielle (Levenson, Simon, 2004).

<sup>6</sup> Le traitement a réduit de 46% le risque d'accidents vasculaires cérébraux chez les sujets de plus de 60 ans et de 54% chez les sujets de moins de 60 ans. Il a aussi permis de réduire de 26 % le risque d'accidents coronaires (ANAES, 1997).

<sup>7</sup> Par « stratégie non médicamenteuse », on entend : réduction du poids, réduction de la consommation d'alcool, réduction des apports sodés, augmentation de l'activité physique, réduction de la consommation de lipides saturés (ANAES, 2000).

<sup>8</sup> L'éducation du patient est un terme générique qui recouvre trois niveaux d'activités qui sont de la compétence des soignants : l'éducation pour la santé du patient (qui concerne les comportements de santé du patient et son mode de vie, en amont de la maladie), l'éducation du patient à sa maladie (qui concerne les comportements de santé du patient liés à la maladie, au traitement, à la prévention des complications et des rechutes), l'éducation

désormais s'inscrire dans cette nouvelle approche multifactorielle de la prévention cardiovasculaire<sup>9</sup>. Une large campagne de sensibilisation de la population générale est menée dans ce sens depuis le début de l'année 2005 dans la presse grand public, financée par un laboratoire pharmaceutique leader dans le domaine des hypotenseurs et des hypocholestérolémiantes. Parallèlement, une campagne d'information auprès des médecins tente de les former au nouveau concept de RCVA. Le calcul du RCVA à l'échelle de l'individu est réalisé à l'aide d'équations de risque établies à partir de l'enquête Framingham, et d'autres études de cohortes réalisées en Europe<sup>10</sup>. Des outils, des logiciels ou des « tables de risque » (tableau SCORE) permettent au médecin de calculer pour chaque personne son RCVA, exprimé sous la forme d'une probabilité statistique de présenter un accident coronarien ou un accident vasculaire cérébral dans les 5 ou 10 années à venir. Ces outils sont présentés comme une aide à la décision en permettant au médecin de se focaliser sur les patients à haut risque pour lesquels le rapport coût/bénéfice sera important, et de ne pas traiter inutilement les sujets à risque faible. Outre cette fonction, ils offrent une visualisation du risque (courbe ou échelle visuelle allant du vert au rouge) et l'estimation du bénéfice d'une intervention thérapeutique, qui leur confère une fonction de « motivation, de facilitation » des patients à la prévention primaire<sup>11</sup>, celle-ci concernant les sujets n'ayant jamais eu de maladie cardiovasculaire. Ainsi, un cardiologue qui présentait cet outil lors d'un congrès en 2003<sup>12</sup> expliquait comment il utilisait cette visualisation du risque afin de convaincre ses patients hésitants, ou insuffisamment observant à ses yeux, en leur disant : « *on voit qu'en réduisant le risque de 2 à 3% on gagne 5 à 10 ans d'espérance de vie. Si vos patients ont besoin d'un discours plus imagé, vous pouvez grâce à cela leur dire : "vous perdez 5 à 10 ans de vie si vous ne réduisez pas votre risque"* ». Il ne s'agit plus d'un calcul probabiliste du risque, mais d'une transformation des tables du risque en instrument de prédiction de la maladie, voire de la mort. Au niveau individuel, la prévention par l'anticipation d'un événement probable devient alors prédiction de cet événement, déniait l'incertitude confinée dans l'opacité des statistiques.

### « Prendre la tension »

Au cours des consultations médicales, les patients comme les praticiens n'utilisent pas les termes de « mesure de la pression artérielle » en usage dans les pays anglo-saxons, ou dans la littérature médicale. Ils ont recours à l'expression « *prendre la tension* ». Le verbe « prendre » a ici le sens de mesurer, évaluer, mais c'est un verbe polysémique qui signifie aussi « inscrire ». La « prise de tension », au même titre que l'imagerie médicale (Le Breton, 1990), permet alors de saisir, de visualiser un espace corporel intérieur. Dans le langage

---

thérapeutique (qui concerne l'éducation directement liée aux traitements curatifs ou préventifs). (Deccache, 1999).

<sup>9</sup> « On ne traite pas le taux de LDL-Cholestérol d'un sujet, mais on prend en charge son risque cardiovasculaire global » déclarait le Dr Cocaul-André dans une revue médicale (« Le dépistage des dyslipidémies est insuffisant », *Impact Médecine*, n°99, 3 décembre 2004 : 16).

<sup>10</sup> Ces formules tiennent compte du gradient européen décroissant du nord au sud sur l'incidence des infarctus du myocarde. Ce même gradient s'observe entre les villes du nord de la France et celles du sud. L'incidence des infarctus du myocarde est plus élevée dans les pays d'Amérique du Nord que dans ceux de l'Europe du Sud et qu'au Japon.

<sup>11</sup> Dr Druais, Risque cardiovasculaire absolu, Journée nationale de la médecine générale, *Revue du Praticien. Médecine générale*, 2003, 17, 626, p.1230.

<sup>12</sup> Pr Paganelli F., *Conférence régionale sur la maladie artérielle*, Avignon, 20 septembre 2003. Dans la suite du texte, les discours des médecins, comme ceux des patients, recueillis au cours de l'enquête, seront écrits en italique.

commun, le verbe prendre s'utilise aussi pour signifier la mesure des pulsations cardiaques (« prendre le pouls »). Dans les médecines galéniques, néo-hippocratiques et vitalistes, la palpation du pouls de la personne malade était un temps fort de l'art médical, permettant au médecin de décrypter les signes par lesquels la nature lui dévoilait<sup>13</sup> le pronostic de la maladie et la conduite thérapeutique (Beauchamp, 2000). Si dans les médecines hippocratiques et galéniques, les tempéraments et la mauvaise qualité du sang expliquaient la survenue des maladies, celles-ci s'expliquent ensuite dans la doctrine mécaniste par un dérèglement de la circulation du sang (Rousseau, 2005). Selon Beauchamp, le discours médical aux XVIIIe et XIXe siècles était un système dans lequel « le sang y figure l'organisme tout entier, la circulation y est prise comme l'équivalent de l'ensemble des fonctions physiologiques » (Beauchamp, 2000 : 250). Aujourd'hui encore, dans le sud-est de la France, la fluidité du sang, son abondance et son débit ont une fonction essentielle dans la physiologie populaire de maintien de la santé (Eck-Sarradon, 2002).

Le réseau sémantique de l'hypertension artérielle des personnes interviewées montre que la « tension » est appréhendée au travers d'un système de pensée dans lequel le sang a une valeur symbolique forte. Fluide vital et principal liquide corporel, le sang dans la pensée populaire véhicule, au sens physiologique comme au sens métaphorique, les caractéristiques de l'individu : pureté, force, tempérament, hérédité (Roux, 1988 ; Dos Santos, 1988 ; Gleize, 1994 ; Rousseau, 2005). La « prise de tension », plus qu'une mesure mécanique de la pression du sang dans les vaisseaux sanguins, est alors chargée symboliquement du pouvoir de révélation à l'individu de la « qualité » de son sang et de son avenir physiologique. La médiation du médecin est ici essentielle car les personnes hypertendues rencontrées n'accordent pas la même confiance à la mesure de la pression artérielle lorsque celle-ci est effectuée par un auxiliaire médical ou par eux-mêmes.

D'un point de vue clinique, la mesure de la pression artérielle indique si la personne se situe dans une norme physiologique ou non. Dans le premier cas, soit le patient est considéré comme exempt d'hypertension artérielle, soit, s'il est déjà traité, son hypertension artérielle est envisagée comme « équilibrée ». Revenons au registre sémantique utilisé par chaque partenaire de l'interaction. Les chiffres de la pression artérielle sont, dans certains cas, annoncés au patient, souvent assortis d'un commentaire de la part du médecin (« *c'est bien* », « *c'est bon* », « *ça va bien* », « *excellent* », « *c'est parfait* », « *ça peut pas être mieux* », « *vous avez une bonne tension* »<sup>14</sup>). Dans d'autres cas, l'appréciation du médecin se substitue à l'annonce du chiffre : « *elle est bonne* ». Rassurant le patient en réduisant l'incertitude, cette parole médicale est un énoncé performatif qui efface le danger. À la fonction de prévention de la mesure tensionnelle (dépistage d'un facteur de risque cardiovasculaire), s'ajoute alors une fonction de protection symbolique du risque de maladie. Ce processus d'exorcisme de la maladie par le dépistage a été déjà décrit, dans un autre registre de la pathologie, parmi les mécanismes psychosociaux de gestion du risque de contamination par le VIH (Mendès-Leite, 1995). Cette dimension conjuratoire contribue ainsi à faire de la mesure tensionnelle un des temps forts de la rencontre clinique.

## Interpréter les chiffres

<sup>13</sup> « On peut dire que l'état du pouls habituellement saisi met à découvert tout l'intérieur de l'homme, et les mouvements secrets de ses organes. Initié à la connaissance du pouls, on peut annoncer avec sagacité les évacuations critiques, et suspendre l'emploi de tous les remèdes capables de les troubler » (Bouchut E., « De la thérapeutique au XIXe siècle », Introduction au *Dictionnaire de Thérapeutique médicale et chirurgicale*, Paris, Baillière, 1867, cité par Beauchamp, 2000 : 205).

<sup>14</sup> Paroles de médecins entendues lors de l'observation des consultations réalisées au cours de l'enquête citée (Sarradon-Eck et al, 2004 a).

Néanmoins, la charge symbolique du geste n'explique pas à elle seule son importance aux yeux des patients et des médecins. J'ai évoqué en introduction l'apparente simplicité de son interprétation, alors qu'elle repose sur des données scientifiques complexes et en évolution constante. Ces nouvelles données scientifiques vont souvent à l'encontre des connaissances acquises par les médecins lors de leur formation initiale. Par exemple, les médecins ont appris au cours de leurs études qu'il n'était pas utile, voire dangereux, de traiter les hypertensions du sujet âgé, attitude contestée depuis par des travaux publiés en 1990 montrant l'opportunité de normaliser la pression artérielle chez les personnes de plus de 70 ans (Postel-Vinay, Corvol, 2000). Les généralistes ne cachent pas leur perplexité face à ces savoirs mal stabilisés (« *le médecin généraliste est confronté à un tas de recommandations, françaises, européennes ou américaines, parfois contradictoires, et qui en plus évoluent. Il faut s'y retrouver* »<sup>15</sup>) qui remettent en cause leurs connaissances et leurs pratiques, transformant en « erreurs d'aujourd'hui » des « bonnes pratiques d'hier » dans le registre de l'hypertension, comme dans celui de l'hyperlipidémie ou du diabète. Leurs doutes sont renforcés par leur méfiance envers la normalisation et la médicalisation croissante de la prévention cardiovasculaire dont les enjeux économiques sont très importants<sup>16</sup>. Ils l'expriment lors de conversations informelles entre professionnels, dans leurs publications (en particulier Postel-Vinay et Corvol, 2000, ou Kawachi et Wilson, 1990), voire au cours de leurs consultations (« *Alors, cholestérol 2 grammes 30... Quand, j'ai fait mes études de médecine, on disait « on accepte jusqu'à deux grammes plus l'âge » (...) puis après on a dit « ah il faut que tout le monde ait moins de 2 gr 40 », après on a dit « il faut que tout le monde ait moins de 2 gr 20 », et maintenant « il faut que tout le monde ait moins de 2 gr », alors est-ce que c'est tout à fait réel ou est-ce qu'il y a du commercial dessous ?(...)* », homme généraliste, 47 ans, s'adressant à un patient).

Dans mes observations, les généralistes sont souvent moins rigoureux sur l'abaissement des chiffres de la pression artérielle que les spécialistes, ce que confirment les discours des hypertendus (« *Mon généraliste est moins strict que le cardiologue* », femme, 66 ans, postière), et peut donner lieu à des négociations (« patient : *Alors combien j'ai exactement de tension ?* médecin : *Pareil que l'autre jour, 16 et demi, et j'aimerais bien que vous ayez 14, en dessous de 15 quoi !* patient : *15, ça irait ?* » ). Les généralistes soulignent également la différence d'exigence normative entre eux et les cardiologues. Ils justifient leur pratique par l'ajustement permanent auquel ils procèdent entre leur connaissance contextualisée du patient (biographie et environnement) et les données validées de la science. Ainsi, en présence d'une hypertension artérielle non contrôlée, la plupart des médecins observés utilisent très souvent la causalité « stress » (« *composante émotionnelle* », difficultés familiales ou professionnelles, suractivité professionnelle, tempérament « *speedé* ») pour expliquer un déséquilibre tensionnel. L'utilisation de la causalité « stress » permet alors de trouver rapidement un facteur déclenchant, en accord avec les patients qui partagent, voire proposent, cette explication, le « stress » étant l'étiologie prédominante de l'hypertension artérielle dans la pensée populaire<sup>17</sup>. Ce modèle explicatif dédramatise la hausse tensionnelle

<sup>15</sup> Interview du Dr Becq, généraliste à Toulouse, in « Prévention : une arme efficace mais difficile à manier », *Impact médecine*, n°111, 10 mars 2005).

<sup>16</sup> Le nombre de sujets hypercholestérolémiques susceptibles de recevoir un traitement selon les recommandations a progressé de 140% entre 1993 et 2001, ce qui représente 40 % du marché du médicament en France (Levenson, Simon, 2004). Les dépenses pharmaceutiques pour traiter l'hypertension artérielle en France s'élevaient en 1996 à 12% de l'ensemble des dépenses pharmaceutiques (Frérot et al, 1999).

<sup>17</sup> Dans mon étude, le « stress » comme pression sociale ou comme choc émotionnel a été évoqué comme cause de l'hypertension artérielle par 31 personnes sur les 59 qui se sont exprimées sur ce thème. La « tension nerveuse » (tempérament) a été évoquée par 25 personnes sur 59. Les résultats d'un sondage réalisé en 2001 par

(« c'est un tout petit peu trop (...) d'habitude c'est 13/7 ce qui est très bien... depuis un mois vous êtes très très énervée (...) c'est un peu plus, mais bon, il y a des raisons », homme généraliste, 47 ans). Il permet aussi au médecin d'éluider d'autres causalités (surcharge pondérale, consommation d'alcool, consommation de sel) culpabilisantes pour le patient dans une société qui valorise le contrôle de soi, l'hyperactivité (professionnelle ou de loisirs), la performance et la réussite sociale (Ehrenberg, 1991), et considère la consommation d'alcool et le surpoids comme des déviations médicales et sociales. La causalité « stress » conduit alors soit à une abstention thérapeutique (« Vous surveillez votre tension, je ne vous change pas le traitement, bon si jamais c'est les contrariétés qui vous font monter la tension je ne vais pas vous changer le traitement pour ça, je ne vais pas vous augmenter pour ça », homme généraliste, 35 ans), soit à une augmentation du traitement hypotenseur assortie ou non d'autres mesures (anxiolytiques, phytothérapie).

Ces pratiques s'inscrivent dans une représentation culturelle du rôle et des missions du médecin généraliste. En effet, les généralistes sont socialisés dans un idéal relationnel qui leur fait revendiquer une proximité avec leur patient et des relations privilégiées avec eux (Sarradon-Eck et al, 2004 b). Les médecins qui se définissent comme des « *médecins de famille* » valorisent les « *relations humaines* » et une connaissance approfondie et intime de la vie de leur patient (être un « *confident* » au point de « *faire partie de la famille* »). Dès lors, mettre en avant des événements de vie du patient, ou sa personnalité « *bien connue* » du médecin, renforce cette identité professionnelle et la spécificité de leur démarche théorisée par une partie de la profession comme une approche « bio-psycho-sociale », centré sur le patient et non sur la maladie<sup>18</sup>. Mais surtout, quand ils ne modifient pas un traitement lorsque la pression sanguine est élevée, parce qu'ils pensent que pour ce patient en particulier ce n'est pas nécessaire ni souhaitable, ils procèdent à une interprétation du risque qui les confirme dans un rôle d'expert contrôlant toutes les informations (les informations scientifiques comme celles qui leur viennent du patient) et guidant le patient dans une certaine direction. Dans ce rôle, ils sont face à un individu pour lequel ils ne peuvent appréhender le risque en termes de probabilité, ni anticiper la maladie cardiovasculaire en se basant sur un chiffre moyen extrapolé à partir d'un groupe. L'expertise médicale - comme a pu l'observer N. Dodier (1993) auprès des médecins du travail - procède par singularisation clinique, rompant l'assimilation - et la « réduction » - de l'individu à une population définie par un facteur de risque. Le médecin adapte alors les règles et les normes biomédicales à l'individu dont il reconnaît la capacité de créer des normes idiosyncrasiques (Dodier, 1993 : 101).

---

la SOFRES à la demande du Comité Français de Lutte contre l'Hypertension artérielle, ainsi que des études américaines (Blumaghen, 1980 ; Heurtin-Roberts; 1993 ; Schoenberg, 1997) celle de Dressler (1982) aux Antilles (Ste-Lucie), corroborent ces résultats. Les deux modèles étiologiques populaires « stress » et « tension nerveuse » font écho aux modèles explicatifs savants issus des théories de la psychosomatique. Le premier de ces modèles repose sur les théories de l'adaptation au stress et donne lieu à de nombreux travaux épidémiologiques à la recherche des déterminants psychosociaux de l'hypertension artérielle. Le deuxième, d'inspiration psychanalytique, s'appuie sur le concept de « personnalité hypertensive » associant anxiété et répression de l'agressivité, dérivé des anciens « profils de personnalité » d'Alexander et Dubar aujourd'hui contestés.

<sup>18</sup> Cette approche que Georges Valingot a nommé « médecine de l'homme total » dans ses articles publiés dans le *Concours Médical* dès 1947 (Broclain, 1994 : 140) sera théorisée quelques années plus tard par les *general practitioners* anglais comme *whole person medicine*, ou « médecine de la personne globale » dont la pratique est centrée sur le patient et non sur la maladie (Van Dormael, 2001). La WONCA Europe (Société européenne de médecine générale-médecine de famille) définit ainsi l'approche « bio-psycho-sociale » : « Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils (les généralistes) intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés » (extrait de la *Définition européenne de la médecine de famille-Médecine générale*, WONCA Europe 2002, consultable sur le site [www.woncaeurope.org](http://www.woncaeurope.org)).

## Appréhender le risque cardiovasculaire

Aronowitz (1998) a montré que les médecins américains ont eu longtemps une antipathie à l'égard du raisonnement statistique et probabiliste qui a limité l'acceptation de données de population comme base de la médecine clinique. Ils ne sont devenus des « modificateurs de risque » qu'en échange d'un nombre accru de patients et de visites. Nous retrouvons aussi en France le facteur économique, les généralistes français pointant l'organisation de leur travail et du système de soins français dans lequel l'activité de prévention effectuée par le généraliste n'est pas suffisamment rémunérée. Ils soulignent la durée d'une consultation de prévention primaire (« *une demi heure à une heure* » déclare un médecin<sup>19</sup>), et ils négocient depuis plusieurs années avec les caisses d'Assurance Maladie un tarif spécifique pour ces consultations « *chronophages* ».

Cependant, les médecins français que nous avons observés, préfèrent en général traiter les « vraies maladies » que les questions de style de vie, se rapprochant en cela de leurs collègues américains. Ils se sentent plus efficaces dans la délivrance de soins et sont ambivalents à l'égard du rôle qu'ils perçoivent comme moralisateur lorsqu'ils conseillent les patients sur leur choix de vie. Certains vivent « *péniblement* » d'avoir à questionner les patients, de devoir entrer dans leur intimité pour connaître leur mode de vie. Dès lors, leur interrogatoire sur les facteurs de risque est souvent rapide et succinct. Acceptant d'être des conseillers en éducation à la santé et en prévention, ceux-là ne veulent pas être des « éducateurs » ou des « entrepreneurs moraux » (au sens de Friedson, 1984) de patients qui ne sont pas « malades » et qui sont libres de choisir leur style de vie. D'autres médecins expriment un découragement face aux échecs qu'ils ont rencontrés à faire adopter par leurs patients les normes médicales d'hygiène de vie. S'associe parfois à ces deux positions une réflexion d'ordre philosophique sur le bien-fondé de la prévention lorsqu'elle se fait coercitive et qu'elle met en balance la restriction des plaisirs (régime alimentaire, arrêt du tabac, réduction de la consommation d'alcool) avec un allongement de la durée de la vie, sans garantie sur la qualité de vie des personnes. Cependant, d'autres médecins, dans leurs discours ou leur dialogue avec les patients, expriment une conception de leur rôle en matière d'éducation à la santé qui est d'imposer des normes de vie et de limiter la liberté du malade à choisir son comportement en matière de santé et de maladie, montrant alors leur difficulté à penser le patient comme « sujet », acteur libre et déterminé de sa vie (Lecorps, 2004 : 82).

L'hétérogénéité du corps médical dans la conception du rôle d'éducation à la santé se retrouve aussi dans l'action de prévention. Ainsi, au cours de la rencontre clinique, les discours des médecins sont tantôt injonctifs (« *il faut arrêter de fumer* », « *il faut faire baisser ce taux de cholestérol* »), tantôt incitatifs (« *ce serait mieux si vous étiez un petit peu plus bas* ») mais (comme je l'ai souligné) rarement culpabilisants. Leurs discours prennent aussi souvent la forme de conseils sur l'hygiène de vie (alimentation, exercice physique). Parmi les généralistes que j'ai observés, certains n'utilisent pas les outils de prédiction du risque comme les logiciels ou tableau SCORE pour convaincre leurs patients, alors que d'autres affirment les utiliser pour montrer de manière objective à leur patient les bénéfices d'une réduction d'un (ou plusieurs) des facteurs de risque. Néanmoins, la prédiction d'une complication grave sous la forme d'une menace existe aussi, avec l'objectif d'effrayer le patient pour qu'il modifie son comportement. Elle serait plutôt le fait des cardiologues (« *Mon généraliste m'a envoyé chez un cardiologue qui a dû continuer avec autant de résultats (rires) et alors à chaque fois que j'y allais c'était : « mais enfin, vous ne vous rendez pas compte ! vous allez faire un accident*

<sup>19</sup> Interview du Dr Chevallier, in Risque cardiovasculaire. La prévention sous haute tension, *Panorama du Médecin*, 14 février 2005, n°4963, p. 28.

*cérébral dans 5 ou 10 ans* » femme, 79 ans, employée retraitée). Des généralistes ont par ailleurs affirmé déléguer volontiers cette fonction, considérant qu'elle fait partie des missions du cardiologue.

La complexité croissante de l'interprétation des chiffres de la pression artérielle est peu commentée par les médecins qui annoncent les objectifs à atteindre sans autres explications (« *pour un diabétique si possible il ne faut pas dépasser 13,5/8* »). Ils appuient parfois leurs décisions sur les recommandations d'experts comme les autorités en santé, ou les médecins hospitaliers occupant une position plus élevée dans l'échelle symbolique du prestige. Ils ne justifient pas leur décision d'instaurer un traitement ou de l'augmenter sur des explications physiopathologiques, mais sur une norme clinique. Soit le dépassement de la norme est toléré provisoirement parce qu'il s'explique par le contexte de vie du patient (« stress »)<sup>20</sup>, soit il est considéré comme un risque absolu qui nécessite obligatoirement une intervention médicale (instauration ou ajustement du traitement). Cependant, le dysfonctionnement n'est pas présenté au patient comme un « facteur de risque », mais comme une catégorie nosologique : « hypertension artérielle » (« *vous avez une hypertension* »). Ainsi, dans leur pratique, les médecins traitent en fonction d'une norme donnée à l'instant T, transformant un risque en « maladie », c'est-à-dire une prévision en une entité pathologique. Ils justifient cette attitude, lorsqu'ils l'analysent dans leurs publications, par la difficulté d'avoir à « traiter un patient en l'absence de maladie (...) à focaliser son attention sur ce qui n'est pas (...) nous créons là une « petite maladie », une petite angoisse. À charge pour nous qu'elle soit suffisante pour maintenir la vigilance du patient et pas trop forte pour ne pas créer l'effet de panique » (Gros, 1995). Je pense que ces pratiques s'expliquent d'une part par une idéologie de l'action et de l'utilitarisme (traiter les « vraies maladies », agir, guérir) dans laquelle les médecins ont baigné au cours de leurs études universitaires. La prise en charge de « maladie » étant alors une légitimation de leur rôle renforçant leur identité professionnelle. Ces pratiques s'expliquent d'autre part par les représentations populaires de l'hypertension artérielle, partagées par les patients et par une partie des médecins, qui permettent de la penser comme une « maladie » (« *oui, je pense que l'hypertension est une maladie, une maladie grave* », « *c'est une pathologie conséquent* »)<sup>21</sup>. D'ailleurs, la campagne d'information sur le risque cardiovasculaire conduite en 2005 à destination des médecins comportait un courrier précisant en particulier qu'il ne leur faut plus penser l'Hypertension artérielle « en termes de maladie mais en tant que facteur de risque »<sup>22</sup>.

### **Représentations populaires de l'hypertension artérielle : entre risque et maladie**

Si, pour quelques interviewés, l'hypertension artérielle n'est pas une maladie en raison de l'absence de symptômes ou de gêne, l'absence de handicap ou de limitation physique et donc le maintien d'une activité, pour les deux tiers il s'agit une maladie qui s'accompagne de symptômes<sup>23</sup>, même si ils ne les ressentent pas. Cette représentation sociale d'une maladie

<sup>20</sup> Les généralistes observés interrogent rarement les patients sur leur consommation de sel, d'alcool, ou d'autres médicaments vasopresseurs.

<sup>21</sup> Paroles de généralistes lors de formations médicales continues.

<sup>22</sup> Campagne réalisée en janvier 2005 par l'UNAFORMEC, avec le soutien du laboratoire Pfizer.

<sup>23</sup> Les symptômes décrits comme les « *bouffées de chaleur* », le fait d'« *avoir chaud* », d'« *être rouge* », « *prêt à éclater* » ou « *à exploser* », d'« *avoir des sueurs* » », des « *tremblements* », des « *sifflements* » ou « *bourdonnements dans les oreilles* », le fait que « *les oreilles chauffent* » ou « *gratouillent* », les « *saignements de nez* », « *le sang qui monte à la tête* », évoquent l'idée d'une surpression du sang dans le corps soit par une élévation de sa température, soit par une augmentation de son volume. Les images de la « *cocotte minute* » ou de la « *marmite qui bouillonne* » ont d'ailleurs été utilisées par quelques personnes pour décrire leurs symptômes. Les « *maux de tête* », le fait de « *se sentir compressé* » ou « *oppressé* », l'« *essoufflement* », les « *douleurs dans*

symptomatique, dominante aussi aux États-Unis (Schoenberg, Drew, 2002) s'est construite à partir du discours médical et sociétal des 70 premières années du XXe siècle. En effet, rappelons que jusqu'à la généralisation de son dépistage et de son traitement dans les années 1970, seule l'hypertension artérielle aiguë accompagnée d'un cortège de symptômes était traitée. Les publicités médicales pour l'un des premiers médicaments hypotenseurs au milieu du XXe siècle mettaient en scène des hommes d'âge moyen dont le visage était torturé par la souffrance, en proie à des maux de tête, des vertiges ou des sueurs abondantes (Postel-Vinay, Corvol, 2000 : 29). Aujourd'hui, les traités de médecine considèrent l'hypertension artérielle comme un dysfonctionnement asymptomatique, et les hypertendus dans les publicités médicales sont représentés comme des personnes actives, souriantes, ayant une bonne santé apparente. Mais il reste des traces dans les mémoires et dans le savoir populaire de cette période d'hypertension artérielle « bruyante », d'autant plus que nos informateurs sont âgés, pour la plupart, de plus de 60 ans, et ont croisé dans leur jeunesse des hypertendus sévères, symptomatiques puisque non traités. De plus, les questions des médecins (« avez-vous des maux de tête ? »), posées dans une démarche diagnostique de recherche d'une hypertension sévère ou compliquée, renforcent la représentation d'une maladie symptomatique<sup>24</sup>.

Cependant, l'hypertension artérielle a aussi l'image d'une « *maladie silencieuse* », « *sournoise* », à l'instar du « tueur silencieux » auquel elle était dans les années 1950 (Postel-Vinay, Corvol, 2000 : 20), et redoutable en raison de ses complications cardiovasculaires qui sont connues de la plupart des personnes interviewées.

Dans mon étude, la représentation du risque cardiovasculaire pour l'hypertendu se construit principalement sur l'expérience personnelle (et le traumatisme affectif) des complications de l'hypertension artérielle dans l'entourage proche qui objective le risque.

---

*les yeux* », évoquent l'idée d'écrasement, de poids, d'étouffement, de compression qui est souvent mimée par les personnes. Les « *étourdissements* », les « *vertiges* », les « *pertes d'équilibre* » ou le fait d'« *avoir la tête qui tourne quand on se relève* » ou que l'« *on tourne sa tête brusquement* », la « *fatigue* », les « *endormissements inopinés* », les « *papillons devant les yeux* », le fait de « *ne pas être bien dans sa peau* », d'« *avoir une gêne* », évoquent la perte de la force motrice. Ces symptômes sont reliés explicitement ou implicitement à la physiopathologie populaire, ou cause instrumentale de l'hypertension artérielle dans laquelle le « sang » occupe une place prépondérante. En effet, l'hypertension artérielle est perçue pour une partie des interviewés comme une difficulté de la circulation du sang dans les artères car celles-ci sont moins souples, « *les tuyaux se bouchent* », ce qui explique l'augmentation de la pression artérielle. Pour d'autres « *c'est parce que le sang circule trop vite* », d'autres personnes préfèrent parler de « *difficulté de la circulation du sang* ». Cette « difficulté » s'explique par différentes raisons qui ne sont pas toujours conformes aux lois de la biologie et de la médecine : « *sang trop épais* », « *trop de sang dans le corps* », « *sang pas assez aéré* », « *débit déficient* ». L'hypertension artérielle, c'est aussi dans les récits « *le sang qui monte à la tête* », « *un truc qui submerge, qui monte, qui envahit le cerveau* », « *c'est quelque chose qui gonfle avec un besoin que cela sorte* ». Et lorsque les malades nomment leur maladie, ils parlent de « *poussées de tension* », de « *tension qui monte* » ou qui « *descend* ». Un autre groupe de symptômes comme « *la tension dans la nuque* », « *la mâchoire qui se crispe* », fait référence aux « nerfs ». Dans la pensée populaire la catégorie « nerfs » regroupe les faisceaux d'axones, mais surtout les muscles et les tendons. La fonction des nerfs est d'assurer à la fois l'architecture du corps, le transport de l'énergie, et d'être la structure médiane entre le domaine des sensations et des affects et celui de la raison et de la spiritualité (Duriff-Bruckert, 1994)). Les personnes interrogées précisaient qu'elles étaient « *toutes tendues* » que « *leurs muscles, leurs nerfs restaient tendus* », tout en mimant ces sensations. Les mécanismes physiologiques qui font intervenir les « nerfs » ne sont pas très explicites dans les récits. Les nerfs ont le pouvoir d'élever la pression sanguine probablement par « *échauffement du sang* » comme d'autres auteurs l'ont décrit. Mais la relation entre sang et nerf est étroite comme en témoigne le diagnostic populaire de « *tension nerveuse* », véritable entité nosologique populaire, et l'analyse des catégories étiologiques populaires de l'hypertension artérielle (Sarradon-Eck et al, 2004).

<sup>24</sup> Les médecins observés sont ambivalents envers les « symptômes » de l'hypertension artérielle, partagés entre les compétences profanes des patients et le savoir scientifique. S'ils ne rejettent pas les signes décrits comme symptômes d'hypertension artérielle, ils ne valident pas non plus les hypothèses de leurs patients. Ils rejoignent en cela leurs collègues américains (Schoenberg, Drew, 2002).

Celui-ci ne peut être intégré par le profane que s'il est traduit en termes d'expérience subjective et non en probabilité<sup>25</sup>, et son objectivation favorise l'adhésion thérapeutique et l'observance dans les discours des interviewés. Les hypertendus craignent principalement les accidents vasculaires cérébraux, avec leurs conséquences sur la mobilité, la cognition et l'interaction sociale, et craignent moins l'infarctus du myocarde toujours associé dans l'imaginaire collectif à la « belle mort », comme l'étude de P. Aïach (1980) l'avait déjà montré. Les individus ont essentiellement peur d'une déchéance du corps, d'une disqualification qui les empêcherait de jouer pleinement leur rôle social actuel et leur assignerait un nouveau rôle de malade ou de handicapé.

L'éventail des attitudes face au risque se déroule de la dénégalation à la maîtrise du risque selon des facteurs individuels, culturels ou sociaux. Ainsi, l'absence de ressentis des symptômes peut être un obstacle au traitement, certains « *oubliant* » de prendre leur médicament ou refusant de les prendre parce qu'ils ne se sentent pas « malades ». Pour d'autres, malgré l'absence de symptômes, la peur de la mort et des complications de l'hypertension artérielle augmente avec l'âge et la conscience de la fragilité du corps humain. Cette perception de la vulnérabilité du corps vieillissant fait perdre à la prise de risque sa dimension ordalique (Le Breton, 1996) et permet à l'individu d'exercer son *libre arbitre* pour l'affronter en choisissant de prendre régulièrement ses médicaments. Pour d'autres encore, l'hypertension artérielle est une maladie banale et fréquente au-delà d'un certain âge, un dysfonctionnement presque normal dès lors qu'il touche une large partie de la population, qui signe l'usure naturelle du corps. « *Avoir de la tension* », c'est aussi « être comme tout le monde ». Dès lors, les individus n'ont pas le sentiment d'appartenir à un « groupe à risque », catégorie rassurante pour ceux qui s'en sentent exclus (Paicheler, 1998).

Le risque cardiovasculaire est donc principalement appréhendé comme une menace de handicap physique ou mental, comme la menace de rupture d'un ordre social, mais c'est un risque contrôlable par l'individu. En effet, nous retrouvons dans le réseau sémantique de l'hypertension artérielle l'expression « *faire attention* » comme un noeud sémantique, un noyau symbolique qui donne un sens au discours des personnes sur leur appréhension et leur compréhension du risque cardiovasculaire. « Faire attention » désigne tour à tour surveiller son alimentation, éviter l'alcool, ne pas fumer, prendre ses médicaments régulièrement, surveiller sa pression artérielle, se rendre aux consultations médicales, suivre les consignes médicales. « Faire attention » signifie qu'une conduite sera appréhendée comme un danger mais aussi comme un comportement contrôlable par l'individu dès lors qu'il accorde une valeur positive à sa santé, et qu'il partage les valeurs cardinales de la société occidentale de maîtrise de soi et de son environnement (Massé, 2003).

La gestion du risque associe, pour les patients, un contrôle des habitudes de vie, une autodiscipline et l'acquisition d'un savoir sur la maladie à travers la lecture des notices d'informations accompagnant les médicaments, principale source de connaissances sur leur mode d'action et sur leurs effets néfastes. De plus, l'interruption du traitement, qu'elle soit ponctuelle ou prolongée, accidentelle ou intentionnelle, leur permet d'expérimenter les effets sur le corps de l'absence de prise médicamenteuse et participe à la construction de leur savoir sur la maladie. Cette même logique d'expérimentation conduit une partie des hypertendus à acquérir un appareil d'automesure tensionnelle pour vérifier la réalité d'une hypertension, pour tester leurs hypothèses sur les liens de causalité entre les symptômes ressentis ou des facteurs déclenchants et la pression artérielle.

---

<sup>25</sup> Ce constat n'est pas exclusif du risque cardiovasculaire. G. Paicheler (1998) l'a relevé aussi pour le risque de transmission du VIH.

Le médicament hypotenseur participe à la maîtrise du risque puisqu'il est, pour certains, utilisés « à titre préventif ». Il est pensé par la plupart des personnes interviewées comme un remède qui « entretient » le corps en régulant la pression, en fluidifiant le sang, en nettoyant les vaisseaux et en les dilatant, en éliminant l'excès de liquide et en protégeant le cœur en tant que force de propulsion du sang. Cette perception de l'action des hypotenseurs est en correspondance avec une représentation mécanique du corps dont il s'agit d'assurer la circulation des fluides et de l'énergie (la « force »)<sup>26</sup>. La représentation du corps comme machine hydraulique et instrument de travail est prégnante dans la culture rurale (Julliard, 1994) comme dans la culture ouvrière (Pierret, 1984), d'où sont issus la plupart de nos enquêtés pour lesquels le muscle cardiaque, en tant que « pompe », est un organe « essentiel ». Dès lors, plusieurs personnes ont confié prendre plus régulièrement les médicaments perçus « pour le cœur » que ceux qui abaissent le taux de cholestérol ou la glycémie (autres facteurs de risque cardiovasculaire). Ces derniers n'étant pas compris comme essentiels au fonctionnement de la machine ou à la protection du cœur, une hiérarchisation dans l'observance des traitements est opérée par les hypertendus (« *Je n'ai jamais oublié mes médicaments pour l'hypertension, par contre il m'arrive d'oublier celui pour le sucre (...) Il est moins important je trouve, c'est moi qui dit ça (...) Le diabète c'est le foie, le pancréas, alors que l'hypertension c'est le cœur et le cœur c'est le moteur, il est irremplaçable* » homme, 73 ans, employé retraité). Une dame de 73 ans, la main sur la poitrine, nous explique qu'elle a compris que le médicament hypotenseur était « pour le cœur » lorsque le pharmacien lui a rappelé qu'elle devait le prendre tous les jours.

Cependant, cette action de protection du cœur est aussi intimement liée à une représentation du corps dans la société occidentale qui accorde une dimension symbolique au muscle cardiaque. En effet, une personne hypertendue affirme suivre scrupuleusement la posologie inscrite sur son ordonnance parce que le cœur « *C'est quelque chose de sacré !* ». Dans l'iconographie religieuse catholique, le cœur est un symbole de protection (Loux, 1979). D'autre part, les cœurs qui s'offrent, se gravent ou se dessinent sur les objets sont des signes de protection contre la rupture et l'éphémère. La pensée symbolique, en y situant les passions et les sentiments, associe le cœur à la volonté de vivre. Siège de l'amour, de l'intelligence, de la générosité, du courage et de la joie, le cœur est aussi dans la pensée occidentale la partie la plus secrète et la plus profonde de la personne. Employé pour désigner l'intérieur même de l'homme, il était aussi, dans la chrétienté, l'équivalent de l'âme. Les médecins ont contribué à une mythologie du cœur (Beauchamp, 2000) en considérant le muscle cardiaque comme le siège de l'âme jusqu'aux Lumières. William Harvey, qui découvrit la circulation sanguine en 1628, comparait le cœur « au dieu créateur et protecteur du corps »<sup>27</sup>. Même si la chirurgie cardiaque (opérations à « cœur ouvert » et greffes) a contribué à sa désacralisation, à une banalisation de son image et de sa mission d'expression des passions et de l'expérience affective (Durif-Bruckert, 1994), le cœur garde une forte charge symbolique. Sacré ou sentimental, il est une force de propulsion, un organe protecteur de l'homme et qui doit être

<sup>26</sup> Le réseau sémantique des personnes hypertendues de notre étude renvoie à une conception populaire mécaniste du corps en tant que machine hydraulique associant cœur-pompe, vaisseaux-tuyaux, débit-force motrice, telle qu'elle a été décrite par Durif-Bruckert (1994). Une logique analogique relie les représentations et les ressentis, offrant un cadre cognitif d'interprétation des symptômes et du mécanisme causal de l'hypertension artérielle dans le registre de la surpression, de la compression, de la perte de la force motrice. Dans ce système de pensée, le cœur n'est pas exposé à un risque d'explosion (contrairement aux vaisseaux sanguins ou système nerveux), mais à une menace de défaillance motrice (Sarradon-Eck et al, 2004).

<sup>27</sup> « Il [le sang] retourne alors à son principe, c'est-à-dire au cœur, comme au dieu créateur et protecteur du corps, pour y reprendre toute sa perfection » (extrait du *Traité anatomique sur les mouvements du sang* de 1628, cité par Beauchamp, 2000).

protégé spécifiquement au point qu'une personne nous parlait de ses hypotenseurs comme des « médicaments de survie »<sup>28</sup>.

## Conclusion

Depuis que l'épidémiologie s'est alliée à la statistique, la médecine peut anticiper la morbidité et la mortalité prématurée dues aux maladies cardiovasculaires à l'échelle d'une population, et les prévenir en neutralisant certains facteurs de risque au niveau de l'individu par une intervention médicale et/ou une action individuelle. Dans sa conception probabiliste du risque, l'épidémiologie et la médecine offrent la perspective d'échapper à l'aléatoire. Néanmoins, en généralisant la notion de risque, initialement conçue pour réduire l'incertitude, la médecine porte à la connaissance du public de nouveaux dangers (Perreti-Watel, 2001). La multiplication des risques n'augmente-t-elle pas l'incertitude et l'inquiétude ?

Dans cette étude, 61 personnes sur les 68 interviewées n'utilisent pas le vocable risque, et seulement deux ont employé l'expression « facteur de risque ». Le système de pensée populaire s'est approprié l'hypertension artérielle comme une maladie et non comme un facteur de risque, esquivant l'incertitude que génère le mot « risque ». Sa banalisation permet à l'individu de se soustraire d'une catégorie « à risque ». Dans sa conception émiq, l'hypertension-maladie est un état contrôlable par l'individu parce qu'il est une expérience vécue subjective, et non une donnée abstraite comme l'est une probabilité. Cette conception est alors plus « efficace » au quotidien pour gérer les stratégies de maîtrise du risque (les complications de l'hypertension artérielle) en renforçant la mise en oeuvre de conduites préventives et de protections mécaniques et symboliques du corps (médicaments, règles hygiéno-diététiques, surveillance médicale).

Dans la rencontre clinique, les généralistes ont les mêmes difficultés que leurs patients à décliner les aspects collectifs du risque au niveau individuel. La singularisation clinique est alors un mode opératoire qui rompt l'assimilation de l'individu à une population. Elle procède par une adaptation au « cas par cas » des normes statistiquement établies à un instant T en fonction d'une interprétation du risque qui mobilise des enjeux identitaires (le « médecin de famille », l'expert). La singularité clinique et la transformation d'un risque (l'hypertension artérielle) en une entité pathologique confortent le médecin dans un rôle centré sur la guérison, plus valorisée que la prévention dans le système biomédical de soins de la société française. Comme dans d'autres champs de la pathologie (VIH en particulier, voir Egrot, 2001 ; Desclaux, Egrot, 2003), l'anticipation des risques par les professionnels conjugue des savoirs scientifiques et des cultures professionnelles à l'organisation du système de soin.

---

<sup>28</sup> On notera que l'industrie pharmaceutique donne à des hypotenseurs la forme d'un cœur. Il s'agit du Celectol® et du Détensiel®, bêtabloquants ayant une indication dans le traitement de l'hypertension artérielle et dans l'angor.

## BIBLIOGRAPHIE

Aïach P.

1980 Peur et image de la maladie : l'opposition cancer/maladies chroniques, *Bulletin du cancer*, 67 (2) : 183-190.

Aronowitz R.

1998 *Les maladies ont-elles un sens*, Le Pleissis-Robinson, Les empêcheurs de penser en rond.

Beauchamp C.,

2000 *Le sang et l'imaginaire médical. Histoire de la saignée aux XVIIIe et XIXe siècles*, Paris, Desclée de Brouwer

Blumaghen D.

1980 "HyperTension": a folk illness with a medical name, *Culture, Medecine and Psychiatry*, 4 : 197-227.

Broclain D.

1994 "La médecine générale en crise", In Aïach, Fassin (dir) *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, pp. 121-161.

Deccache A.

1999 Quelles pratiques et compétences en éducation du patient? Recommandations de l'OMS, *La Santé de l'homme*, 341 : 12-14.

Desclaux A., Egrot M.

2003 "Le chiffre et ses interprétations. Logiques sous-jacentes aux discours médicaux contemporains sur le risque VIH", In Leca A., Vialla F., *Le risque épidémique : droit, histoire, médecine et pharmacie*, pp. 435-446.

Dodier N.

1993 *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié.

Dos Santos J.R.

1988 Des plantes, du sang et des Cévennes, *Savoirs*. 1 (Les plantes et le sang) : 98-132.

Dressler W.

1982 *Hypertension and culture change. Acculturation and disease in the West Indies*, Relgrave Publishng company, NY.

Durif-Bruckert C.

1994 *Une fabuleuse machine : anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*, Paris, Métailié.

Eck-Sarradon A.

2002 *S'expliquer la maladie. Une ethnologie de l'interprétation de la maladie en situation de soins*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.

Egrot M.

2001 Les représentations médicales du risque relatif à une grossesse en contexte VIH, *Ethnologies comparées*, 3, [<http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm>].

Ehrenberg A.

1991 *Le culte de la performance*, Paris, Calmann-Levy.

Frérot L., Le Fur P., Le Pape A., Sermet C.

1999 L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique, *Question d'économie de la santé*, CREDES, 22.

Friedson E.

1984 *La profession médicale*, Paris, Payot (édition originale : 1970).

Gleize P.

1994 L'hérité hors du champ scientifique, *Ethnologie française*. 24 (1) : 11-24.

Heurtin-Roberts S.

1993 "High-pertension"- The uses of a chronic folk illness for personal adaptation, *Social Science and medicine*, 37, 3: 285-294.

Julliard A.

1994 Une belle plante. Anatomie humaine et plantes médicinales, *Écologie humaine*, 12 (1) : 29-51.

Kawachi I. et Wilson N.

1990 The evolution of antihypertensive therapy, *Social science and medicine*, 31 (11) : 1239-1243.

Le Breton D.

1990 *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF.

1996 *Passions du risque*, Paris, Métailié.

Lecorps P.

2004 Éducation du patient : penser le patient comme « sujet » éduicable ?, *Pédagogie médicale*, 5, 2 : 82-86.

Levenson J. et Simon A.

2004 « Cardio-vasculaires (facteurs de risque) », in Lecourt D. (dir) *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Quadrige/PUF, pp. 206-210.

Loux F.

1979 *Pratiques et savoirs populaires. Le corps dans la société traditionnelle*, Paris, Ed Berger-Levrault.

Massé R.

2003 *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Les Presses de l'Université de Laval.

Mendès-Leite R.

1995 Identité et altérité. Protections imaginaires et symboliques face au sida. *Gradhiva. Revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie*, 18.

Peretti-Watel P.

2001 *La société du risque*, Paris, La découverte.

Paicheler G.

1998 Risques de transmission du Sida et perceptions de la contagion, *Communications*, 66 (La Contagion) : 87-107.

Pierret J.

1984 « Les significations sociales de la santé : Paris, l'Essone, l'Hérault », in Augé M. et Herzlich C. (dir) *Le sens du mal*, Paris, Éditions des archives contemporaines, pp. 217-256.

Postel-Vinay N.

1996 *Impressions artérielles, 100 ans d'hypertension 1896-1996*, Paris, Ed. Imothep/Maloine.

Postel-Vinay N., Corvol P.

2000 *Le retour du Dr Knock. Essai sur le risque cardio-vasculaire*, Paris, Éditions Odile Jacob.

Rousseau V.

2005 *Le goût du sang. Croyances et polémiques dans la chrétienté occidentale*, Paris, Armand Colin.

Roux J.P.

1988 *Le sang. Mythes, symboles et réalité*, Paris, Fayard.

Sarradon-Eck A., Faure M., Blanc M.A.,

2004 a *Évaluation des déterminants culturels et sociaux dans les niveaux de l'observance des traitements hypotenseurs : étude socio-anthropologique*, Rapport de recherche LEHA/PAS-CNAMTS.

Sarradon-Eck A., Vega A., Faure M., Humbert-Gaudart A., Lustman M.,

2004 b *Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels*, Rapport de recherche LEHA/PAS-ANAES.

Schoenberg N.E.

1997 A convergence of health beliefs : an « ethnography » of adherence of african american rural elders with hypertension, *Human organization*, 56 : 174-181.

Schoenberg N.E. et Drew E.M.

2002 Articulationg silences : experiential and biomedical constructions of hypertension symptomatology, *Medical Anthropology Quarterly*, 16, 4 : 458-475.

Van Dormael M.

2001 "Identités professionnelles en médecine générale et en soins primaires", In Hours (dir) *Systèmes et politiques de santé*, Paris, Khartala, pp. 117-136.

Guidelines et articles médicaux :

ANAES

1997 *Recommandations et références médicales. Diagnostic et traitement de l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte de 20 à 80 ans.*

ANAES

2000 *Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge des adultes atteints d'hypertension artérielle.*

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al

2003 The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. The JNC 7 report, *JAMA*, 289, 19 : 2560-72.

Gros L.

1995 Prévention, prédiction et médecine générale. Comment sensibiliser le patient à ce qui n'existe pas encore ? *La Revue du Praticien. Médecine générale*. 9, 283 : 31-33.

Lewington S., Clarke R., Qizilbash N. et al

2002 Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality : a meta-analysis data for one million adults in 61 prospective studies, *Lancet*, 360 : 1903-1913.