HAL
open science

Étude des déterminants de l'annonce des chiffres tensionnels chez les patients hypertendus et de l'impact de la relation médecin patient

Ophélie Mabille

To cite this version:

Ophélie Mabille. Étude des déterminants de l'annonce des chiffres tensionnels chez les patients hypertendus et de l'impact de la relation médecin patient. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01164515

HAL Id: dumas-01164515

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01164515

Submitted on 17 Jun 2015

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 Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015 N°35

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le 31 mars 2015

par **MABILLE Ophélie**

Née le 17 Octobre 1982 à Caen

Etude des déterminants de l'annonce des chiffres tensionnels chez les patients hypertendus et de l'impact sur la relation médecin patient.

- **Directeur de thèse :** Docteur François Petregne
- **Jury :**
  - Professeur Raymond-Pierre Roudaut Président
  - Professeur Gérard Ducos
  - Professeur Jean Louis Demeaux
  - Docteur Yves Montariol

A notre président du jury,

Monsieur le Professeur Raymond Pierre Roudaut,

Professeur des Universités,

Cardiologie, valvulopathie, maladie coronaire réadaptation

Praticien hospitalier au CHU de Bordeaux, hôpital Haut-Lévêque

Responsable de l'Unité des maladies des valves cardiaques

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie. Veuillez trouver ici l'assurance de ma sincère reconnaissance et de mon plus profond respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Gérard Ducos,

Médecine générale

Professeur associé au département de médecine générale de Bordeaux

Je vous remercie pour l'aide apportée et votre soutien lors de l'élaboration de ce projet et de votre plaisir communicatif à exercer la médecine générale.

Vous avez bien voulu me faire l'honneur de juger ce travail .Soyez assuré de ma profonde gratitude et de mon plus grand respect.

Monsieur le Professeur Jean Louis Demeaux

Professeur des Universités

Médecine générale

Directeur adjoint du département de médecine générale de Bordeaux

Je vous remercie de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.
Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon plus grand respect.

Monsieur le Docteur Yves Montariol,

Docteur en médecine générale

Chargé d'enseignement au département de médecine générale de Bordeaux

Vous m'avez honorée en acceptant la délicate tâche de rapporter ce travail. Soyez remercié de l'application que vous y avez mise et des remarques pertinentes et avisées.

Merci pour le partage de votre expérience lors de mon passage dans votre cabinet.

A notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur François Petregne

Docteur en médecine généraliste,

Maître de conférences associé au département de médecine générale de Bordeaux

Je vous remercie de m'avoir soutenu dans ce projet qui s'est révélé plus délicat que prévu.

Malgré le temps qu'il m'a fallu pour arriver au bout de ce travail, vous êtes resté disponibles et à l'écoute.

A mes parents,

Je suis devenue celle que je suis grâce à vous. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté, votre amour votre soutien inconditionnel.

A ma sœur,

Pour tous nos bons et moins bons moments. Merci pour ton aide et tes remarques toujours bien senties malgré la distance.

A toute ma famille,

Vous êtes toujours présents dans mon cœur.

A mes enfants et mon mari,

Merci pour votre soutien. Votre amour m'a permis d'avancer et me donne le courage chaque jour d'aller plus loin.

Table des matières

I.INTRODUCTION 8

II.MATÉRIEL ET MÉTHODE 14

A. TYPE D'ETUDE 15

B. RECUEIL DE DONNEES 15

1) *Structure générale de l'enquête* 15

2) *Thèmes abordés* 16

3) *Construction et validation du questionnaire* 17

4) *Format du questionnaire* 17

C. POPULATION CONCERNEE 17

D. ANALYSE DES DONNEES 19

III.RÉSULTATS 20

A. DESCRIPTION GENERALE DES REPONSES ET DES REPONDANTS 21

1) *Participation* 21

2) *Caractéristiques des répondants* 22

3) *Concernant l'annonce des chiffres tensionnels* 23

B. DONNEES RELATIVES AUX PATIENTS ET A L'HTA RAPPORTEES PAR LE 25

MEDECIN 25

C. DONNEES RELATIVES A LA RELATION MEDECIN MALADE PAR RAPPORT A L'ANNONCE DES VALEURS 30

D. DETERMINANTS RELATIFS A LA CONSULTATION AU COURS DE LAQUELLE IL Y A EU ANNONCE DE CHIFFRES DIFFERENTS A CEUX MESURES (OU ABSENCE D'ANNONCE) ET DE CHIFFRES TELS QUE MESURES 32

1) *DANS LE CADRE DE NON ANNONCE DES CHIFFRES TELS QUE MESURES* 32

a) *Réaction des patients à l'annonce :* 32

b) *Réaction et relation médecin-malade* 34

c) *Automesure et relation médecin malade* 35

d) *Cas particuliers de non-annonce* 36

e) *Raisons évoquées par les médecins pour ne pas annoncer les chiffres tensionnels tels que mesurés* 36

2) *DANS LE CADRE DE L'ANNONCE DES CHIFFRES TELS QUE MESURES :* 38

a) *Difficulté relationnelle antérieure* 38

b) *Réaction du patient à l'annonce* 38

c) *Réaction et type de relation médecin-malade* 39

d) *Automesure et relation médecin-malade* 40

e) *Commentaires des consultations avec annonce des chiffres tensionnels* 40

IV.DISCUSSION 42

A. DISCUSSION SUR LA METHODE : BIAIS ET LIMITES 43

B. FACTEURS DE NON-ANNONCE 45

1) *La prise en charge des femmes dans l'HTA* 45

2) Chiffres considérés comme non représentatifs : intérêt de l'automesure et place de l'infirmier diplômé d'état dans la prise en charge *49*
3) Autres raisons évoquées par le médecin pour ne pas annoncer les chiffres tensionnels tels que mesurés *52*
C. FACTEURS D'ANNONCE 54
1) Intérêt d'une consultation dédiée *54*
2) Prise en charge des patients présentant des facteurs de risque (FDR) cardiovasculaires *56*
D. RELATION MEDECIN-MALADE 57
1) Annonce et type de relation *58*
2) Type de relation en fonction des patients *59*
3) Type de relation et gestion de l'hypertension artérielle *59*
4) Cas particulier de la non-annonce *62*
V.CONCLUSION 64
V.BIBLIOGRAPHIE 67
VI. ANNEXES 79
GLOSSAIRE 80
QUESTIONNAIRE 81
MISE EN PAGE DU QUESTIONNAIRE SUR LIMESERVEY 90
VERBATIM 92

Table des figures et tableaux

Figures

Figure 1 : réponses aux sollicitations téléphoniques 21
Figure 2 : réponses au questionnaire 22
Figure 3 : sexe des médecins répondants *Figure 4: âge des médecins répondants* 23

Tableaux

Tableau 1 : caractéristiques des médecins et annonce 24
Tableau 2 : caractéristiques des patients et annonce 26
Tableau 3 : motif de consultation et annonce 28
Tableau 4 : début de suivi et annonce 29
Tableau 5 : caractéristiques de la gestion de l'HTA et annonce 30
Tableau 6 : relation médecin malade et annonce 31
Tableau 7 : répartition des réactions des patients en fonction du type de relation médecin-malade dans le cadre de l'absence d'annonce des chiffres tels que mesurés (22 consultations) 34
Tableau 8 : répartition de l'automesure en fonction du type de relation médecin-malade dans le cadre de l'absence d'annonce de chiffres tels que mesurés 35
Tableau 9 : caractéristiques des consultations au cours desquelles il n'y a pas eu d'annonce (3 consultations) 36
Tableau 10 : répartition des réactions en fonction du type de relation médecin-malade dans le cadre de l'annonce de chiffres tels que mesurés 39
Tableau 11 : répartition de l'automesure en fonction du type de relation médecin-malade dans le cadre de l'annonce de chiffres tels que mesurés 40

I.INTRODUCTION

L'hypertension artérielle (HTA) est une maladie chronique fréquente, définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) par une pression artérielle systolique (PAS) supérieure ou égale à 140 millimètres de mercure (mmHg), ou une pression artérielle diastolique (PAD) supérieure à 90mmHg. Sa prévalence est estimée à 31% en France métropolitaine (1), elle est plus élevée chez les hommes et augmente avec l'âge (1,2).

C'est un facteur de risque important et fréquent de nombreuses maladies cardiovasculaires telles que l'infarctus du myocarde (IDM), la mort subite, l'insuffisance cardiaque et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) (3).

Il existe une corrélation entre les chiffres tensionnels et la morbidité cardiovasculaire (3). En effet, plus ces derniers sont élevés, plus le risque cardiovasculaire augmente. On calcule ce risque à partir des valeurs des PAS et PAD, d'autres facteurs de risques associés (âge, tabac, antécédents familiaux d'IDM ou AVC, diabète dyslipidémie), de la notion d'antécédents cardiovasculaires personnels et d'atteintes d'organes cibles (cœur, rein).

Sa prise en charge est d'autant plus importante qu'une réelle diminution du risque cardiovasculaire, grâce à la baisse des chiffres tensionnels, a été démontrée (4). Une baisse de la PAS de 10mmHg ou de 5mmHg de la PAD induirait une diminution de 30% du risque d'AVC et de 20% du risque d'IDM pour des patients âgés entre 60-69 ans.

Des recommandations nationales (Haute Autorité de Santé - HAS, Société Française d'Hypertension Artérielle - SFHTA), européennes (European Society of Hypertension - ESH) sont émises régulièrement dans ce but. (3, 5,6)

Le médecin généraliste à un rôle important. L'HTA semble représenter le problème de santé le plus fréquent dans sa patientèle : une étude de 1995 l'évalue à 10% des motifs de consultation (9) ; plus récemment, l'étude ECOGEN (7,8), effectuée entre 2011 et 2012, l'évalue à 7%.

Le médecin généraliste intervient dans les différentes étapes de la prise en charge de l'HTA : le dépistage, l'annonce du diagnostic, l'instauration du traitement, l'éducation thérapeutique, le suivi.

L'hypertension artérielle doit être dépistée le plus tôt possible. Cependant, il n'existe pas de recommandations précises sur la fréquence des mesures de la pression artérielle au cabinet. Un contrôle régulier des patients à risque est préconisé. (10)

Dans les faits, la prise tensionnelle est quasi-systématique. C'est un «rituel » : elle permet de passer à l'examen clinique et de donner une note à l'état de santé du patient. (11,12)

L'annonce des chiffres tensionnels est donc un événement fréquent dans la pratique du médecin mais elle n'est que très rarement évoquée dans la littérature et encore moins étudiée.

Le diagnostic de l'HTA repose sur la répétition des mesures au cabinet puis au domicile du patient pour écarter une éventuelle HTA blouse blanche, définie par une PAS ≥140mmHG et/ou PAD≥90mmHg au cabinet et une TA≤135/85mmHg à domicile (automesure ou mesure ambulatoire - MAPA). (3)

La prise en charge de l'HTA commence par l'annonce diagnostique développée dans les recommandations de la société française d'Hypertension artérielle de 2013 sous la dénomination « consultation d'information et d'annonce «(5).

Un projet de soin est ensuite élaboré en collaboration avec le patient.

La confiance et l'adhésion au projet de soins nécessite une information claire, loyale précise (13), principe appuyé par la loi **2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades (14). L'art. L 1111-2 de cette loi ainsi que L'ANAES, dans ses recommandations édictées en mars 2000, précisent que l'information concerne l'état de santé du patient et les soins, qu'il s'agisse d'actes isolés ou s'inscrivant dans la durée. Elle doit être actualisée au fil du temps. Elle porte tant sur des éléments généraux que sur des éléments spécifiques." (15). L'HAS a actualisé ces recommandations sur l'information du patient en mai 2012 et confirme ce principe. (16)

Les chiffres tensionnels semblent rentrer dans ce cadre. Or, 50% des patients hypertendus ne connaissent pas leurs chiffres tensionnels ou ne savent pas s'ils sont équilibrés (1). Comment peuvent-ils alors participer aux décisions de soins en toute connaissance de cause ? Cette interrogation est appuyée par le fait que 50% des patients hypertendus n'atteignent pas les objectifs tensionnels.

L'annonce de chiffres tensionnels considérés comme « mauvais » par le médecin ou par le patient peut être assimilée à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Il existe dans ce cadre un dispositif d'annonce défini par L'HAS (16). Elle préconise une annonce préparée dans des conditions favorables au calme sans intervenant extérieur. Elle doit se faire en fonction du

patient, de ses croyances, de ses connaissances, de son expérience et de son environnement. Le médecin doit adapter son discours et donner une information claire sur la maladie, son évolution et les options thérapeutiques envisagées.

En effet, l'annonce d'une mauvaise nouvelle peut être un choc et peut être comparée à un deuil (la maladie est associée à la perte de la « bonne santé » et des chiffres tensionnels élevés sont perçus comme un échec de la prise en charge). À ce titre, l'annonce d'une mauvaise nouvelle peut donner lieu à différents types de réaction. **Elizabeth Kübler-Ross** a décrit les 5 étapes du deuil (17):

1. le déni : le patient refuse la réalité, il tente de nier ou de minimiser la vérité.
2. la colère : le patient accuse et cherche des coupables.
3. le marchandage : le patient négocie, échangerait son âme pour un espoir.
4. la dépression : le patient s'effondre, plonge dans le misérabilisme.
5. l'acceptation : le patient entame une nouvelle tranche de vie.

Nous nous sommes inspirés de ces différentes étapes pour caractériser les différentes réactions possibles du patient à l'annonce des chiffres tensionnels.

L'annonce des chiffres tensionnels rentre dans le cadre du suivi du patient et de l'évaluation des objectifs fixés lors du projet de soin.
La participation active du patient est indispensable pour un bon contrôle de l'hypertension artérielle. Celle-ci suppose une éducation thérapeutique (18, 19, 20,21) et une bonne relation médecin malade (22, 23, 24,25). Cette dernière repose sur une relation de confiance où le médecin est attentif aux doléances du patient, explique bien et sait écouter. (26)

Cette annonce dépend donc de la qualité de la relation médecin-malade : en fonction de la qualité de cette relation, le patient accepte sa pathologie et participe au projet de soin.

On définit plusieurs types de relation médecin-malade, comme le montre la classification selon Charles and Co, 1999 (27) :

- la relation paternaliste dans laquelle seul le médecin participe aux décisions de soins (le médecin décide de ce qui est le mieux pour son patient).
- la relation contractuelle partagée. L'information est partagée, le médecin donne toutes les informations utiles au patient pour évaluer les bénéfices/risques des différentes

options thérapeutiques. En retour, le patient partage ses croyances, ses angoisses, ses expériences. Médecin et patient élaborent ensemble un projet de soin.

- la relation contractuelle informative. Le médecin informe le patient qui recueille toutes les données disponibles sur sa pathologie et ses traitements. Le patient décide seul de sa prise en charge.

Dans cette étude, nous avons voulu nous interroger sur l'annonce des chiffres tensionnels.

La tension artérielle est un outil de suivi des patients. Ses chiffres ne peuvent être vérifiés par le patient lors de sa prise (contrairement, par exemple, au poids, à la glycémie, au débit expiratoire de pointe, à la température, …).

À l'heure actuelle, l'utilisation de tensiomètres anéroïdes semble répandue bien que cet outil n'ait pas été validé et qu'il nécessite un calibrage régulier nécessaire. Les appareils automatiques (électronique à brassard huméral) sont recommandés mais moins utilisés (28,29).

En l'absence d'affichage digital, c'est au médecin de décider quels chiffres annoncer et l'utilisation d'arrondis en exprimant les valeurs en centimètres de mercure peut induire le patient en erreur (les valeurs affichées par les autotensiomètres électroniques sont affichées en mmHg). (30)

Les réactions des patients à l'annonce des chiffres peuvent être surprenantes. Dans notre pratique, cette annonce nous a parfois posé problème. Il nous est alors arrivé de nous demander si nous devions systématiquement annoncer les chiffres mesurés. Malgré les tentatives d'esquive avec des phrases telles que « les chiffres sont bons », le patient réitérait souvent sa demande : « Ah bon… j'ai combien ? » Il nous est alors arrivé d'arrondir les chiffres annoncés pour qu'ils correspondent plus à ceux attendus par le patient.

Des travaux de recherche de l'INSERM de Toulouse (11) ont étudié la relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville. Selon les médecins, la difficulté de la prise en charge de l'HTA était liée à plusieurs facteurs : la variabilité des chiffres tensionnels, la non perception de symptômes par les patients, la banalisation de la maladie, la résistance au traitement. Plusieurs stratégies sont adoptées par le médecin pour améliorer l'observance du patient ; parmi ces stratégies, il y a l'explication des chiffres tensionnels relevés. Cependant, certains médecins déclaraient ne pas annoncer les chiffres tensionnels mesurés de peur d'inquiéter le patient ou de perdre sa confiance.

La délivrance d'informations inexactes a été étudiée dans le cadre du suivi des patients cancéreux (31): l'information est donnée en fonction de la demande du patient, de son niveau socioculturel, dans le but d'une adhésion thérapeutique.

Dans notre étude, nous avons donc voulu nous interroger sur l'annonce des chiffres tensionnels. Arrive-t-il aux médecins de ne pas annoncer les chiffres tensionnels tels que mesurés ? Cette pratique est-elle courante ? Le type de relation médecin malade a-t-il une influence sur cette annonce?

L'objectif principal de notre étude était d'objectiver le phénomène de non annonce de chiffres tensionnels tels que mesurés.

L'objectif secondaire était d'en rechercher les déterminants et l'éventuel impact sur la relation médecin-malade.

II.MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Type d'étude

Il s'agit d'un travail exploratoire.

Notre but a été de mettre en évidence un phénomène : la non-annonce des chiffres tensionnels tels que mesurés.

Pour atteindre cet objectif, nous avons réalisé une étude quantitative rétrospective et observationnelle, à l'aide d'un questionnaire sur une plateforme Internet, auquel a répondu un échantillon de médecins qui assurent le suivi de patients hypertendus traités.

B. Recueil de données

Un questionnaire a été réalisé et proposé à un échantillon de médecins généralistes en Gironde.

1) Structure générale de l'enquête

Nous avons d'abord recueilli les données générales du répondant, puis nous nous sommes intéressé à son comportement habituel par rapport à l'annonce des chiffres tensionnels.

Si le médecin déclarait annoncer les chiffres tensionnels tels que mesurés systématiquement, le questionnaire était terminé.

En revanche, si le médecin déclarait qu'il lui arrivait d'annoncer des chiffres autres que ceux mesurés, il devait remplir 2 questionnaires identiques mais concernant 2 situations différentes :

- La dernière consultation au cours de laquelle il n'a pas annoncé les chiffres tels que mesurés
- La dernière consultation au cours de laquelle il a annoncé les chiffres tels que mesurés.

Le principe était d'abord de mettre en évidence le phénomène de non-annonce des chiffres tels que mesurés et ensuite, d'essayer de trouver ses déterminants en comparant les réponses des 2 questionnaires.

Pour que les données recueillies soient les plus fiables possibles et pour éviter les biais de mémoire, nous avons restreint notre enquête à la dernière consultation du médecin interrogé au cours de laquelle il avait ou n'avait pas annoncé les chiffres tels que mesurés.

Nous nous sommes aussi efforcés de récolter des données objectives faisant appel au dossier médical.

2) Thèmes abordés

Nous avons fait une recherche documentaire sur Pubmed avec les mots clés suivants : hypertension artérielle, relation médecin malade, dispositif d'annonce, suivi des pathologies chroniques.

Nous avons retenu les points d'analyse suivants après cette revue de la littérature :

- ✓ Caractéristiques du médecin : sexe, âge
- ✓ Caractéristiques du patient : sexe, âge, début de suivi pour l'HTA par le médecin répondant au questionnaire
- ✓ Caractéristiques de la gestion de l' HTA: contrôle, automesure
- ✓ Caractéristiques de la consultation : motif de consultation, durée
- ✓ Caractéristique de la relation médecin-malade : types de relation comme définis par Charles et Co. (1999), existence de difficultés relationnelles antérieures
- ✓ Annonce des chiffres tensionnels : moment de l'annonce, chiffres annoncés, conséquences de l'annonce

Nous avons choisi de rédiger des questions courtes, fermées, principalement à choix unique ou multiple.

Quelques champs ont été laissés libres pour permettre aux répondants de laisser des commentaires, et une question ouverte a été posée à la fin de chaque questionnaire.

3) Construction et validation du questionnaire

Les questions ont d'abord été élaborées en considérant uniquement les thèmes à étudier, tels qu'explicités ci-dessus, pour qualifier la non-annonce de la tension artérielle.

Le questionnaire a été ensuite remanié plusieurs fois de manière à le rendre le plus clair et le plus concis possible.

Une première version papier du questionnaire a été proposée à la lecture critique de deux enseignants du Département de Médecine générale de l'Université de Bordeaux pour vérifier l'intelligibilité et la pertinence des questions.

Après correction, le questionnaire a été testé sous sa forme Internet grâce au logiciel Limesurvey ® version 2.0.2 pour juger de sa facilité d'utilisation. Le questionnaire a été simplifié et raccourci pour favoriser le taux de réponses. Finalement, la troisième version du questionnaire a été testée par 7 médecins pour juger de son intelligibilité et de sa faisabilité avant de le valider. Chaque modification ultérieure a été suivie d'un nouveau test. Les suggestions de modifications ont été recueillies par mail, téléphone ou par entretien.

La version finale du questionnaire a été hébergée sur la plateforme LimeService (http://annoncehta.limequery.com/index.php/admin).

4) Format du questionnaire

Le questionnaire a été mis en forme sur la plateforme LimeService qui permet de faire des questionnaires en ligne.

L'intérêt de ce type de questionnaire réside dans sa lisibilité, la rapidité avec laquelle on y répond et l'envoi sans papier.

C. Population concernée

Tous les médecins généralistes de la Gironde, installés en libéral, déclarant suivre des patients hypertendus depuis plus d'un an, ont été éligibles à notre enquête.

1) Critères d'exclusion

Ont été exclus :

- Les médecins remplaçants, installés depuis moins d'un an, ayant un exercice particulier (acupuncture, pédiatrie…).
- Les cabinets non informatisés, afin de faciliter l'accès aux données de l'enquête et de favoriser, ainsi, un meilleur taux de réponse.

2) Tirage au sort et envoi des questionnaires

Les questionnaires ont été envoyés par mail.

Nous nous sommes fixé pour objectif une cinquantaine de répondants. Étant donné qu'il s'agit d'une étude exploratoire, nous n'avons pas eu besoin d'un grand échantillon. Il s'est surtout agi d'inclure des profils, avec des comportements variés, qui permettent de qualifier les déterminants de la non-annonce de façon large.

En estimant un taux de réponse à 30%, nous devions recruter 150 médecins. La liste de médecins généralistes a été obtenue sur le site Internet des Pages Jaunes ® (http://pagesjaunes.fr). Une liste de médecins généralistes de la Gironde est disponible au département de médecine générale mais elle correspond au répertoire ADELI de 2011 avec des médecins de SOS et travaillant en clinique. Nous ne l'avons pas utilisée pour deux raisons. D'abord, vu nos critères d'inclusion, la liste n'était pas suffisamment actualisée. Ensuite, la liste ne comportait pas les coordonnées téléphoniques des médecins concernées.

Au total, 1549 noms ont été retrouvés sur Pages Jaunes ® et, à chacun d'entre eux, un numéro allant de 1 à 1549, a été attribué de façon séquentielle. Ensuite, 150 nombres (allant de 1 à 1549) ont été tirés au sort sur le site www.dcode.fr/tirage-au-sort-nombre-aleatoire.Les noms correspondants aux chiffres tirés au sort dans les Pages Jaunes® ont ainsi été sélectionnés.

À partir de la liste tirée au sort, les médecins ont été contactés par téléphone pour récupérer leur adresse mail avec leur accord, afin de leur envoyer le questionnaire. Les invitations ont finalement été envoyées par email. Une relance par mail et par téléphone a été effectuée lorsque les réponses tardaient à venir. Lors des relances, il est apparu qu'un certain nombre de médecins ne consultait pas souvent leur boite mail ou effaçait systématiquement les mails sans les lire. L'intitulé de l'objet du mail a été modifié en : « Questionnaire thèse après accord téléphonique », suivant la suggestion des médecins, pour éviter sa suppression.

La période totale de l'enquête s'est déroulée du 27 mai au 15 juillet 2014.

D. Analyse des données

Les réponses ont été exportées de la plateforme LimeService vers des fichiers Excel® version 2010 (Microsoft Corporation, California) en format .xls. Grâce à ce programme, et à sa fonction filtre, une analyse descriptive des données a pu être effectuée en isolant les variables choisies (âge, sexe…).

Les réponses aux questions ouvertes ont été retranscrites sans modification.

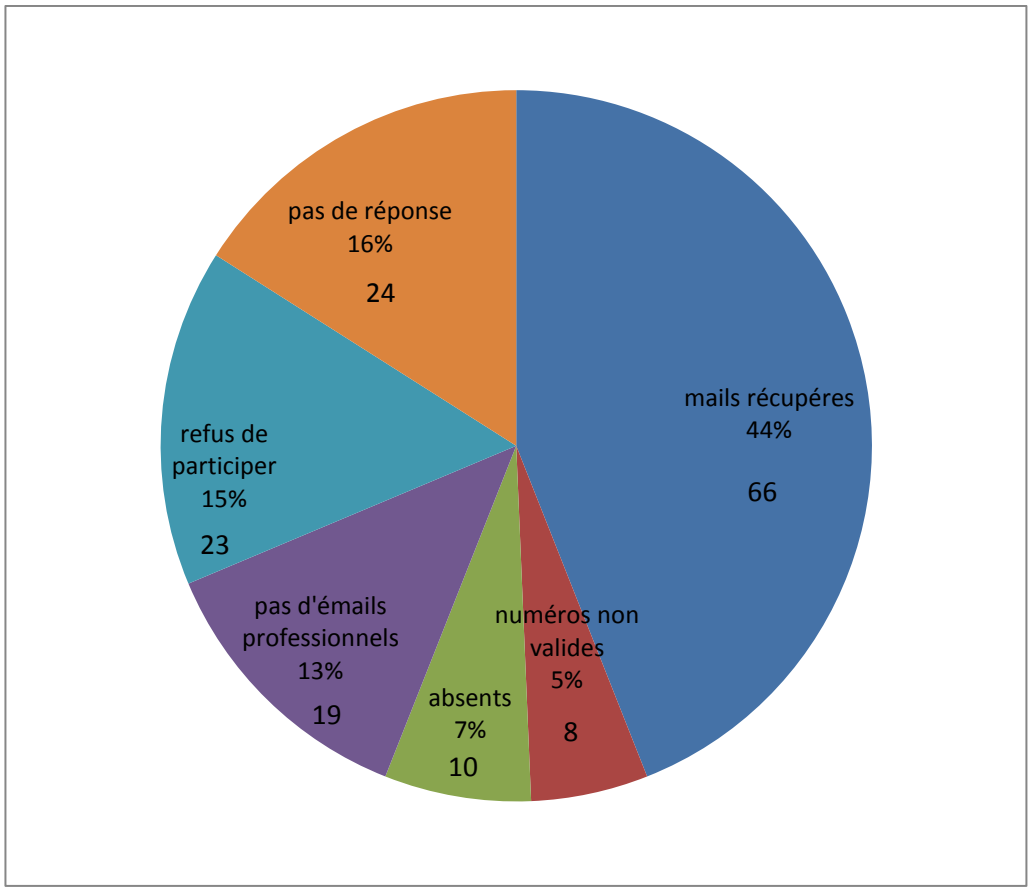
Les points forts des commentaires ont été regroupés par thème après relecture.

III.RÉSULTATS

A. Description générale des réponses et des répondants

1) Participation

Figure 1:réponses aux sollicitations téléphoniques



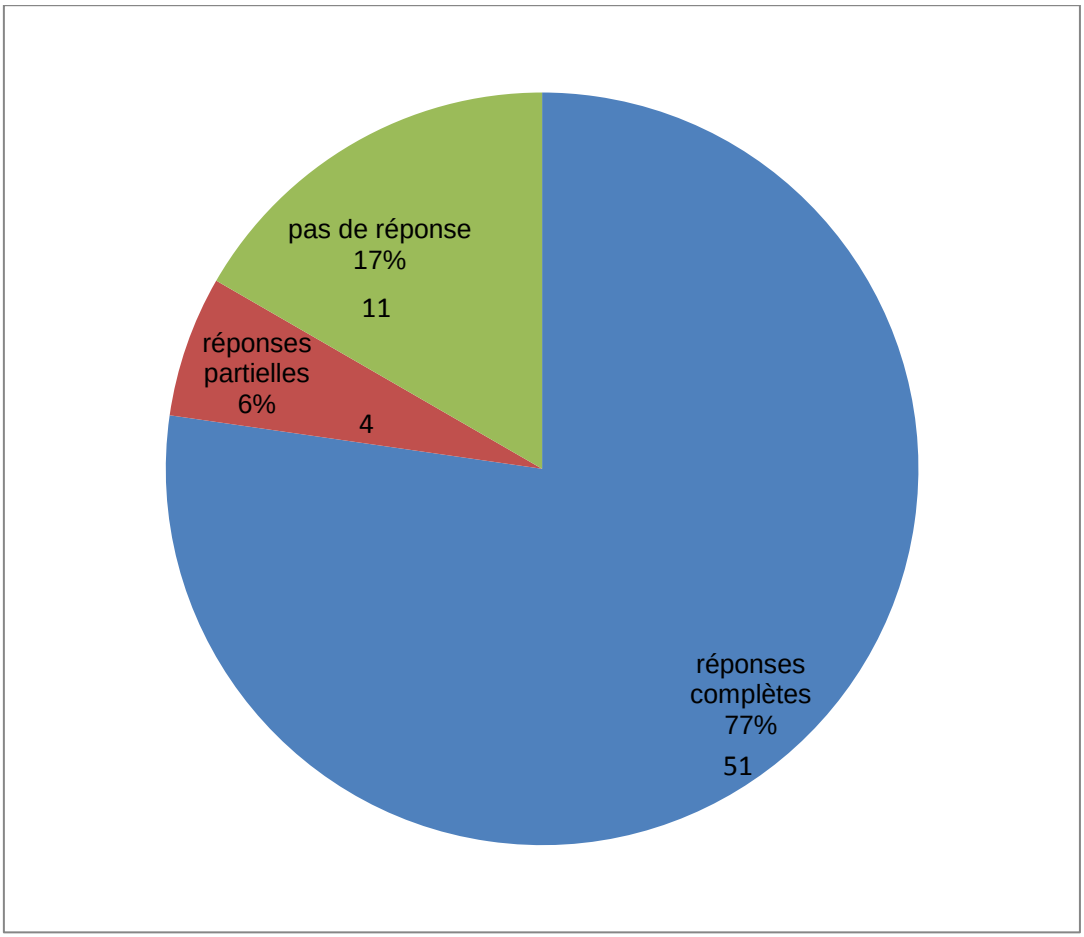
Sur les 150 médecins sollicités par téléphone, nous avons obtenu 126 réponses et nous avons récupéré 66 adresses mails.

Pour les 84 autres :

- Nous n'avons pas eu de réponse pour 24 numéros de téléphone (les médecins n'ont jamais décroché leur téléphone)
- 8 numéros de téléphone étaient non valides ou le correspondant était non joignable (messagerie, secrétariat à distance)
- 10 médecins étaient absents (congés, longue maladie, retraite, déménagement)
- 23 ont refusé de participer
- 19 n'avaient pas d'email professionnel ou refusaient de le transmettre.

Suite à l'envoi des 66 questionnaires, le taux de réponses est indiqué dans la figure 2.

Figure 2:réponses au questionnaire



Nous avons donc obtenu 55 réponses dont 51 complètes avec un taux de réponse final de : 43.6% (55/126).

2) Caractéristiques des répondants

On compte 38 hommes et 17 femmes, 14 âgés de plus de 60 ans, 30 dans la tranche d'âge 40-60 ans et 11 personnes n'ont pas renseigné leur âge.

Figure 3:sexe des médecins répondants

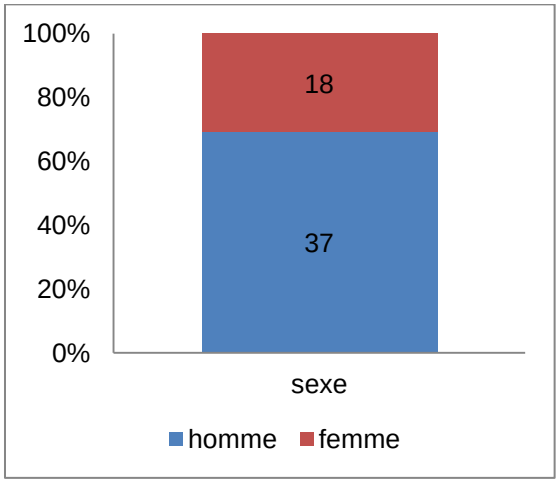
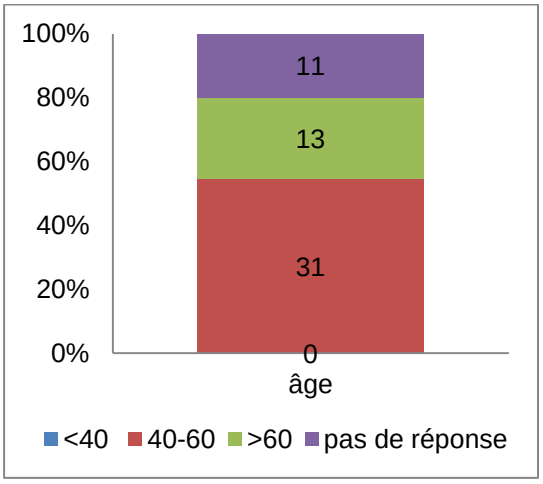


Figure 4: âge des médecins répondants



3) Concernant l'annonce des chiffres tensionnels

Sur les 55 réponses, 27 médecins déclarent annoncer systématiquement les chiffres tensionnels tels que mesurés. Les 28 autres (51%) annoncent parfois d'autres chiffres.

Le tableau 1 croise les caractéristiques des médecins et le fait d'annoncer systématiquement la tension artérielle mesurée à ses patients.

Tableau 1 : caractéristiques des médecins et annonce

Caractéristiques du médecin		Annonce systématique des chiffres tels que mesurés	
		Oui (n=27)	Non (n=28)
Sexe	Homme (37)	19 (51%)	18 (49%)
	Femme (18)	8 (44%)	10 (56%)
Âge	40-60 (31)	17 (55%)	14 (45%)
	≥60 (13)	7 (54%)	6 (46%)
	Pas de réponse (11)	4 (36%)	7 (64%)

Nous nous sommes particulièrement intéressé aux réponses des médecins qui n'annoncent pas systématiquement les chiffres tels que mesurés, le but de cette étude étant de mettre en évidence les déterminants d'une annonce de chiffres tensionnels différents de ceux mesurés.

En conséquence, notre analyse a porté sur les 28 questionnaires restants :

- 5 répondants n'ont pas poursuivi l'enquête après la question « vous arrive-t-il de ne pas annoncer les chiffres tensionnels tels que mesurés ? »
- 1 répondant n'a rempli que la première partie concernant la dernière consultation au cours de laquelle les chiffres tensionnels n'ont pas été annoncés tels que mesurés.

Finalement, 22 questionnaires ont pu être traités entièrement concernant l'analyse des déterminants de la non-annonce, soit 44 consultations :

- 22 consultations au cours desquelles il y a eu annonce des chiffres tels que mesurés
- 22 consultations au cours desquelles il y a eu annonce d'autres chiffres ou pas d'annonce.

L'annonce des chiffres tensionnels se fait immédiatement après leur prise. Quand ce ne sont pas les chiffres mesurés, les valeurs indiquées au patient sont inférieures aux valeurs mesurées dans 18 cas sur 22. Il n'y a pas d'annonce dans 3 cas. Dans 1 cas il y a eu annonce de chiffres supérieurs à ceux mesurés.

A. Données relatives aux patients et à l'HTA rapportées par le médecin

Les réponses aux questions fermées relatives aux patients ont été résumées dans les tableaux suivants. Nous avons comparé les données entre les 2 groupes de patients : ceux bénéficiant de l'annonce des chiffres tels que mesurés et les autres.

Tableau 2 : caractéristiques des patients et annonce

Caractéristiques patient (44)		*Annonce des chiffres tels que mesurés* (22)	*Annonce d'autres chiffres ou absence d'annonce* (22)
Sexe	***Homme*** ***(20)***	*12* *(60%)*	*8* *(40%)*
	Femme ***(24)***	*10* *(42%)*	*14* *(58%)*
Age	***<40 ans*** ***(1)***	*0* *(0%)*	*1* *(100%)*
	40-60 ans ***(10)***	*6* *(60%)*	*4* *(40%)*
	60-80 ans ***(28)***	*14* *(50%)*	*14* *(50%)*
	>80 ans **(5)**	*2* *(40%)*	*3* *(60%)*

L'annonce de chiffres différents de ceux mesurés concerne 14 femmes sur 24 (58%) et 8 hommes sur 20 (40%).

Concernant l'âge :

- Les patients âgés de plus de 80 ans ne représentent que 11 % de l'échantillon auquel les médecins font référence. Ils bénéficient d'une annonce de chiffres tels que mesurés dans 2 cas (40%) contre 3 cas (60%) à qui on annonce des chiffres différents.
- On annonce aux patients de 40-60 ans les chiffres tels que mesurés dans 6 cas sur 10 (60%) et dans 4 cas (40%) on annonce d'autres chiffres.
- Pour les patients de 60-80 ans, l'annonce des chiffres mesurés ou autres représente 14 cas chacune, soit 50% d'annonce ou non-annonce dans cette population.

Les motifs de consultations représentées dans les consultations au cours desquelles il y a eu annonce des chiffres tels que mesurés sont :

- l'hypertension artérielle, dans 17 cas sur 22 (77%),
- le renouvellement de traitements autres que ceux pour l'hypertension artérielle, le suivi d'autres pathologies chroniques ou actes de prévention dans 4 cas (18%),
- une pathologie aiguë dans 1 cas (5%).

Tableau 3 : motif de consultation et annonce

Motif de consultation	***Annonce des chiffres tels que mesurés (22)***	***Non annonce des chiffres tels que mesurés (22)***
HTA (25)	*17 (68%)*	*8 (32%)*
Renouvellement, suivi, autre (12)	*4 (33%)*	*8 (67%)*
Pathologie aigue (7)	*1 (14%)*	*6 (86%)*

L'annonce de chiffres différents de ceux mesurés se retrouve dans des consultations pour hypertension artérielle dans 8 cas (32%), dans le cadre d'autres suivis pour 8 cas (67%) et dans le cas de pathologies aiguës dans 6cas (86%).

Tableau 4 : début de suivi et annonce

Début de suivi	***Annonce des chiffres tels que mesurés (22)***	***Non Annonce des chiffres tels que mesurés (22)***
<5 ans (12)	*6 (50%)*	*6 (50%)*
5-10 (11)	*6 (54%)*	*5 (46%)*
>10-20 (12)	*7 (58%)*	*5 (42%)*
>20 (9)	*3 (33%)*	*6 (67%)*

Il y a autant d'annonce de chiffres tels que mesurés ou différents dans le cadre de suivi de patients depuis moins de 10 ans.

L'annonce de chiffres tensionnels tels que mesurés pour les patients suivis depuis 10-20 ans représente 7 cas sur 12 (58%) contre 5 cas (42%) pour l'annonce de chiffres différents.

Pour les patients suivis depuis plus de 20 ans, l'annonce de chiffres tensionnels différents à ceux mesurés représente 6 cas sur 9 (67%) et l'annonce de chiffres tels que mesurés 3 cas (33%).

Tableau 5 : caractéristiques de la gestion de l'HTA et annonce

Caractéristiques	***Annonce des chiffres tels que mesurés (22)***	***Non Annonce des chiffres tels que mesurés (22)***
HTA contrôlée (32)	*16 (50%)*	*16 (50%)*
Présence de facteurs de risque cardiovasculaire ou complications (21)	*13 (62%)*	*8 (38%)*
Automesure (15)	*7 (47%)*	*8 (53%)*

Il y a annonce des chiffres tensionnels tels que mesurés lorsque l'hypertension est considérée comme contrôlée par le médecin qui suit le patient dans 16 cas (50%), le pourcentage est le même pour l'annonce d'autres chiffres.

La présence d'une HTA compliquée ou associée à des FDRCV est associée à une annonce de chiffres tels que mesurés dans 13 cas sur 21 (62%).

Les patients pratiquant l'automesure tensionnelle ont une annonce des chiffres tels que mesurés dans 7 cas (47%) et une annonce de chiffres différents dans 8 cas (53%).

B. Données relatives à la relation médecin malade par rapport à l'annonce des valeurs

Le type de relation médecin-malade a été évalué en fonction de la perception du médecin qui a répondu à une question à choix multiples.

Tableau 6 : relation médecin malade et annonce

Type de relation	***Annonce des chiffres tels que mesurés (22)***	***Non Annonce des chiffres tels que mesurés (22)***
Paternaliste (14)	*6 (43%)*	*8 (57%)*
Contractuelle partagée (22)	*12 (55%)*	*10 (45%)*
Contractuelle informative (8)	*4 (50%)*	*4 (50%)*

- Dans le cadre d'une relation paternaliste, il y a annonce de chiffres différents à ceux mesurés ou pas d'annonce dans 8 consultations (57%).
- Dans le cadre d'une relation contractuelle partagée, il y a annonce de chiffres différents à ceux mesurés ou pas d'annonce lors de 10 consultations (45%).
- Dans le cadre d'une relation contractuelle informative, il y a autant d'annonces avec des chiffres conformes aux mesures que d'annonces avec des chiffres différents (ou pas d'annonce) (50% /50%).

Une question à choix multiples a permis de connaitre la réaction du patient à l'annonce des chiffres tensionnels par les médecins.

Les différentes réponses proposées correspondaient aux étapes de deuil classiquement définies par Elisabeth *Kübler-Ross*: déni, colère, indifférence, marchandage, adhésion.

Quand l'annonce a donné lieu à une discussion, un champ libre a été laissé pour permettre au médecin d'indiquer son contenu et sa conclusion.

L'existence de difficultés relationnelles antérieures et de problèmes lors de la consultation étudiée, a été recherchée.

C. Déterminants relatifs à la consultation au cours de laquelle il y a eu annonce de chiffres différents à ceux mesurés (ou absence d'annonce) et de chiffres tels que mesurés.

Voici quelques commentaires représentatifs. L'ensemble des commentaires est consultable dans les annexes.

1) DANS LE CADRE DE NON ANNONCE DES CHIFFRES TELS QUE MESURES (22 consultations)

Les chiffres annoncés sont inférieurs à ceux mesurés dans 18 cas, supérieurs dans 1 cas aux chiffres mesurés. Dans 3 cas, il n'y a pas eu d'annonce. Dans 1cas il y a eu annonce de chiffres supérieurs à ceux mesurés.

On note dans 4 consultations sur les 18 cas des problèmes relationnels (lors de l'annonce des chiffres tensionnels au cours de la consultation étudiée ou lors d'autres consultations).

a) Réaction des patients à l'annonce :

- **Indifférence** : 3 /22 (14%) patients se sont montrés indifférents :
  Médecin 4 :« Satisfait des chiffres »

- **Déni** : 1/22 (5%)
  Médecin 18 : « N'accepte que les chiffres d'automesure »

- **Adhésion** : 4 /22 (18%) patients adhèrent à l'annonce :
  Médecin 5 : « La valeur lui convient »

- **Marchandage** *:* 1 cas sur 22 (5%)

- **Discussion** : Dans 8 cas/22 (36%) il y a eu discussion qui s'est conclu par :

- *Nécessité de recontrôler*
  - *Médecin 20 :« Surveillance à court terme, on se revoit »*
  - *Médecin 11 : « C'est à recontrôler avec mesure par IDE »*

- *Poursuite ou modification du traitement*
  - *Médecin 9 : « D'accord, je poursuis le traitement »*
  - *Médecin 1 : « Nécessité d'une observance »*

- *Analyse des chiffres d'automesure*
  - *Médecin 2 : « Questionnement sur automesure »*
  - *Médecin 18 : « Automesure correcte »*

- ***Autres** : 1 cas /22 (5%) inquiétude*

- ***Pas de réponse** : 4 (18%)*

b) Réaction et relation médecin-malade

Tableau 7 : répartition des réactions des patients en fonction du type de relation médecin-malade dans le cadre de l'absence d'annonce des chiffres tels que mesurés (22 consultations)

	Relation paternaliste ***8***	***Contractuelle informative*** ***4***	***Contractuelle partagée*** ***10***
Indifférence ***(3)***	*1* *(12.5%)*	*0*	*2* *(20%)*
Déni ***(1)***	*0*	*0*	*1* *(10%)*
Colère ***(0)***	*0*	*0*	*0*
Marchandage ***(1)***	*1* *(12.5%)*	*0*	*0*
Adhésion ***(4)***	*1* *(12.5%)*	*2* *(50%)*	*1* *(10%)*
Discussion ***(8)***	*1* *(12.5%)*	*1* *(25%)*	*6* *(60%)*
Autre ***(1)***	*1* *(12.5%)*	*0*	*0*
Pas de réponse ***(4)***	*3* *(37.5%)*	*1* *(25%)*	*0*

- Dans le cadre de la relation paternaliste, les réactions se répartissent entre indifférence, marchandage, adhésion, discussion et inquiétude à égalité.
- Dans le cadre de la relation contractuelle informative, **l'adhésion** représente 50% des réactions et 10% dans le cadre de la relation contractuelle partagée.
- Dans le cadre de la relation contractuelle informative, **la discussion** est mentionnée dans 1 cas sur 4 (25%) et dans 6 cas sur 10 (60%) dans le cadre de la relation contractuelle partagée.

c) Automesure et relation médecin malade

Tableau 8 : répartition de l'automesure en fonction du type de relation médecin-malade dans le cadre de l'absence d'annonce de chiffres tels que mesurés

	Automesure
	8
Relation paternaliste	*1*
8	*(12.5%)*
Contractuelle informative	*1*
4	*(25%)*
Contractuelle partagée	*6*
10	*(60%)*

L'automesure est pratiquée dans 60% des cas lorsque la relation est contractuelle partagée, contre 12.5% dans le cadre de la relation paternaliste et 25% dans le cadre d'une relation contractuelle informative.

d) Cas particuliers de non-annonce

Dans 3 cas sur 22, aucun chiffre n'a été annoncé.

Les 3 médecins concernés sont de sexe masculin, âgés entre 40-60ans.

Il s'agit de patients suivis depuis moins de 10 ans qui consultent pour leur hypertension artérielle.

Tableau 9 : caractéristiques des consultations au cours desquelles il n'y a pas eu d'annonce (3 consultations)

	patient	***relation***	***automesure***	***FDRCV***	***Réaction***
Cas 1	*Homme de 65 ans*	*Contractuelle partagée*	*Non*	*Non*	*discussion*
Cas 2	*Femme de 58 ans*	*Contractuelle informative*	*Non*	*Non*	*discussion*
Cas 17	*Femme de 50 ans*	*Paternaliste*	*Oui*	*Oui*	*marchandage*

e) Raisons évoquées par les médecins pour ne pas annoncer les chiffres tensionnels tels que mesurés

- **Peur d'engendrer de l'anxiété chez le patient (11 cas sur 22 ▸ 50%)**

– *Médecin 4 : Peur « qu'il ne s'inquiète inutilement car les chiffres étaient seulement un peu plus hauts qu'annoncés : 130/75 annoncé pour 145/75 mesuré chez un patient légèrement encombré »*

– *Médecin 13 : « Effet anxiogène délétère chez 1 personne fragile mais sans autre facteur de risque cardio-vasculaire »*

- *Médecin 5 : Peur de « l'inquiéter et de devoir changer de traitement déjà maximal (4 médicaments) »*
- *Médecin 14 :« Inquiétude extrême et non justifiée pour une HTA aux alentours de 150/85 mais sous traitement important et surpoids »*
- *Médecin 16 :« Le patient est un gros inquiet ; pas de facteur de risque : la TA était haute mais c'est un chiffre isolé (d'ordinaire TA normale ou basse); je ne vois pas pourquoi le lui annoncer. Je note dans le dossier et recontrôlerai. »*

❖ **Peur de perdre l'adhésion du patient (3 cas sur 22 ▸ 14%)**

- *Médecin 1 : Peur « que la discussion s'arrête à l'annonce des chiffres, sans qu'on puisse discuter du suivi thérapeutique. »*
- *Médecin 2 : Peur du « découragement de la patiente qui présente une partie HTA blouse blanche quasiment à chaque prise au cabinet »*

❖ **Chiffres considérés comme non représentatifs (6 cas sur 22 ▸ 27%)**

- *Médecin 19 :« Neurotonie, TA toujours élevée en consultation normale en automesure »*
- *Médecin 11 :« Patient très anxieux dont les chiffres tensionnels toujours très hauts à la première prise, se normalisent ensuite si le patient se voit rassuré. »*
- *Médecin 18 : «Automesure correcte »*

Dans le cadre de la non annonce des chiffres tels que mesurés :

Il s'agit de chiffres inférieurs à ceux mesurés dans 18 cas sur 22.

Cette non annonce concerne 14 femmes sur 24 (58%) contre 8 hommes sur 20 (40%).

Elle représente 8 consultations sur 25 (30%) dont le motif est l'HTA.

Cette annonce entraine une discussion dans 8 cas sur 22 (36 %) Il y a adhésion à l'annonce dans 4 cas sur 22 (18%).

La relation est paternaliste dans 8 cas sur 14 (57%) et contractuelle partagée dans 10 cas sur 22 (45%).

Les raisons évoqués par le médecin pour ne pas annoncer les chiffres tels que mesurés sont : la peur d'engendrer de l'anxiété chez les patients, la peur de perdre l'adhésion du patient, des chiffres mesurés considérés comme non représentatifs.

2) DANS LE CADRE DE L'ANNONCE DES CHIFFRES TELS QUE MESURES : (22 consultations) :

a) Difficulté relationnelle antérieure

Seul 1 médecin sur les 22 a signalé des difficultés relationnelles antérieures avec une de ses patientes : il s'agit d'une patiente de 75 ans, suivie depuis plus de 10 ans, polypathologique dont l' HTA est contrôlée. La relation est contractuelle informative et le médecin a fait comme commentaire : « mes consultations font l'objet de négociations ».

b) Réaction du patient à l'annonce

- **Indifférence du patient** dans 1 cas sur 22 ▸ 4%
  - *Médecin 22 :« Bonne tension »*

- **Adhésion du patient** dans 17 cas ▸ 78% (nous citons quelques commentaires représentatifs)
  - *Médecin 1 : « Confiant dans le suivi thérapeutique »*
  - *Médecin 3 : « Content du bon contrôle »*
  - *Médecin 4 : « Satisfait des chiffres »*
  - *Médecin 17 : « Conforme à l'automesure »*

- **Discussion avec le médecin** dans 4 cas ▸ 18% (dont le contenu ou la conclusion est reportée ci-dessous)
  - *Médecin 2 : «Comment faire pour améliorer les résultats »*
  - *Médecin 16 : «Faudrait maigrir»*
  - *Médecin 20 : «Majoration traitement et contrôle cardio»*
  - *Médecin 11 : « Discussion sur thérapeutique et éducation alimentaire »*

c) Réaction et type de relation médecin-malade

Tableau 10 : répartition des réactions en fonction du type de relation médecin-malade dans le cadre de l'annonce de chiffres tels que mesurés

	Paternaliste	Contractuelle informative	Contractuelle partagée
	6	4	12
indifférence	1(17%)	0	0
déni	0	0	0
colère	0	0	0
marchandage	0	0	0
adhésion	4(66%)	4(100%)	9(75%)
discussion	1(17%)	0	3(25%)

- Dans le cadre d'une relation médecin-malade de type paternaliste, les réactions des patients se répartissent en :
  - adhésion à l'annonce dans 4 cas sur 6,
  - indifférence dans 1 cas
  - discussion dans 1 cas.
- Dans le cadre d'une relation contractuelle informative, l'adhésion est la seule réaction mentionnée.
- Dans le cadre d'une relation contractuelle partagée, l'adhésion représente la réaction majoritaire (9cas /12), il y a discussion dans 3 cas sur 12.

d) Automesure et relation médecin-malade

Tableau 11 : répartition de l'automesure en fonction du type de relation médecin-malade dans le cadre de l'annonce de chiffres tels que mesurés

	Automesure
7	
Contractuelle Informative	*2*
4	*(50%)*
Contractuelle Partagée	*4*
12	*(33%)*
Paternaliste	*1*
6	*(17%)*

- Dans le cadre d'une relation contractuelle informative, l'automesure est pratiquée dans 50%.
- Dans le cadre d'une relation contractuelle partagée, l'automesure est pratiquée dans 33% des cas.
- Dans le cadre d'une relation paternaliste, l'automesure est pratiquée dans 17 % des consultations où il y a eu annonce des chiffres tels que mesurés.

e) Commentaires des consultations avec annonce des chiffres tensionnels

i. Consultation sans problème particulier

- **Bon contrôle de l'hypertension, avec bonne relation médecin-patient (16 cas sur22 ▸ 73%)**
  - *Médecin 5: « Contrôle à 1 mois après début de traitement: TA passée de 15/7 a 12/7 donc consultation et annonce facile »*

– *Médecin 7 :« Chiffres contrôlés »*

❖ **Patient plus difficile à gérer, nécessité de rassurer, d'informer (5cas sur 22 ▸ 23%)**

– *Médecin 2 : Patient « présentant une résistance quant à l'adhésion aux mesures non médicamenteuses de contrôle de l'HTA »*

– *Médecin 4 :« Patient attentif à sa TA, AUTOMESURE fréquente (un peu trop) »*

– *Médecin 10 :« HTA difficile à équilibrer, le patient est encouragé par le fait de voir ses chiffres tensionnels bien contrôlés. »*

– *Médecin 11 :« Patient obèse à hauts facteurs de risques CV mais compliant et confiant étant donné qu'il a l'information/état de santé. »*

ii. Consultation avec patiente aux antécédents de difficulté relationnelle (1 cas sur 22 ▸ 4%)

– *Médecin 3 :« Patiente polypathologique à l'observance approximative, importance de la négociation »*

Dans le cadre de l'annonce de chiffres tels que mesurés :

Il y a annonce pour 12 hommes sur 20 (60%) et 10femmes sur 24 (42%)

La présence de facteurs de risque cardiovasculaires représente 13 cas sur 21(61%) et l'HTA comme motif de consultation 17 cas sur 25 (68%).

Les réactions à l'annonce sont l'adhésion dans 17 cas sur 22 (78%), discussion dans 4 cas (18%).

La relation est paternaliste dans 6 cas sur 14 (43%) et contractuelle partagée dans 12 cas sur 22 (55%).

Il s'agit de consultations sans problème particulier où la relation médecin malade est jugée bonne par le médecin et l'hypertension contrôlée, et au cours de laquelle le patient a besoin d'être rassuré.

IV.DISCUSSION

Notre étude a mis en évidence que dans 50% des cas, le médecin n'annonce pas les chiffres tensionnels mesurés.

Les chiffres annoncés étaient alors le plus souvent inférieurs à ceux mesurés.

Les raisons évoquées pour justifier cette annonce étaient :

- les bons chiffres d'automesure,
- la crainte d'inquiéter le patient,
- la difficulté à équilibrer le traitement.

Les consultations ayant pour motif le suivi de l'hypertension artérielle, ou qui concernent un patient avec des facteurs de risques cardiovasculaires, donnent lieu à une annonce des chiffres tels que mesurés plus fréquente.

Les patients de sexe féminin, âgés de plus de 80 ans ou suivies depuis plus de 20 ans semblent, quant à eux, plus concernés par la non-annonce des chiffres tels que mesurés.

En ce qui concerne les caractéristiques des médecins, nous n'avons pas trouvé de différences entre ceux qui annoncent toujours les chiffres tensionnels tels que mesurés et les autres. Nous ne pouvons cependant pas conclure car une proportion importante des médecins interrogés n'a pas répondu à la question concernant leur âge.

Le type de relation médecin-malade ne semble pas non plus jouer un rôle important comme facteur d'annonce.

Cependant, la faible taille de notre échantillon ne nous permet pas de trouver des résultats statistiquement significatifs.

A. Discussion sur la méthode : biais et limites

Nous avons réalisé une étude quantitative rétrospective par questionnaire. Notre but était de mettre en évidence une pratique : la non annonce de chiffres tensionnels tels que mesurés. Ce phénomène n'a encore jamais été étudié : on trouve son évocation dans quelques travaux de recherches mais son importance n'a jamais été quantifiée.

Nous avons voulu étudier l'impact de la relation médecin-malade sur la prise en charge de patients suivis pour une maladie chronique, ici, l'hypertension artérielle.

Biais de sélection

Notre échantillon comprenait 50 médecins tirés au sort sur la Gironde afin d'avoir une bonne représentativité.

L'utilisation d'un questionnaire envoyé par mail permet un remplissage simple et un envoi rapide des réponses. Cependant, il peut être un frein pour certains médecins qui ne disposent pas de l'outil informatique ou qui ne sont pas à l'aise avec celui-ci. De plus, certains médecins submergés par les mails ne les lisent plus. Nous avons essayé d'élargir nos options en envoyant des questionnaires par courrier (10 lettres) avec enveloppe de réponse affranchie, ou par fax (5 télécopies) mais sans résultat.

Limites

- La taille de notre échantillon nous a permis de mettre en lumière l'annonce de chiffres différents de ceux mesurés ou l'absence d'annonce chez la moitié des médecins répondants.
  Ce résultat nous permet de penser que ce phénomène est assez courant, mais il faudrait une étude sur un plus grand échantillon pour le confirmer.

- Le questionnaire par question fermée permet d'avoir des réponses claires et de vérifier nos hypothèses mais il ne nous donne pas la possibilité d'en explorer d'autres. Les questions ouvertes étaient posées dans le but d'élargir nos champs de réflexion mais tous les médecins n'ont pas répondu à ces questions et les réponses sont parfois ambiguës et souvent peu détaillées.
  Nous avons recueilli des pistes de réponses quant aux facteurs d'annonce mais pour les approfondir, une étude qualitative serait indiquée.

- Notre étude reposait sur la perception des médecins des attentes de leurs patients concernant l'annonce des chiffres tensionnels.
  Une étude du point de vue des patients hypertendus serait intéressante pour croiser les données.

B. Facteurs de non-annonce

1) La prise en charge des femmes dans l'HTA

Nous avons remarqué que les femmes semblaient être plus confrontées à l'annonce de chiffres inférieurs à ceux mesurés. 28% des sujets hypertendus en France (1) sont des femmes et 35% des femmes (âgées de 35-74 ans) présentent une HTA (2). Elles connaissent mieux leur pathologie que les hommes, elles sont plus prises en charge ; elles sont plus nombreuses à atteindre les objectifs tensionnels.

Il n'existe pas aujourd'hui de différence dans les recommandations (3,18) pour la prise en charge de l'HTA en fonction du sexe.

Cependant, il existe des particularités dans l'HTA de la femme (32) :

- Elle apparait le plus souvent à la ménopause, du fait d'une modification hormonale jouant sur les échanges rénaux et les résistances vasculaires.
- Sa prévalence augmente donc progressivement pour égaler celle de l'homme.
- Parallèlement, son contrôle diminue de façon plus importante que chez les sujets hypertendus masculins (32,33).

Les traitements ont montré un effet bénéfique similaire dans les 2 sexes.

a) Spécificités liés au risque cardiovasculaire

Quelques études ont été réalisées pour essayer d'identifier des facteurs influençant le risque cardiovasculaire en fonction du sexe.

Une étude prospective (34) sur 12 ans en Turquie s'est intéressée au développement du diabète et des maladies cardiovasculaires chez des sujets non diabétiques en fonction de leur sexe, de leur statut pondéral (obésité) et du syndrome métabolique. Il est apparu que les femmes sont plus enclines à développer un trouble glycémique que les hommes. Ce risque est associé au syndrome métabolique et à l'obésité. Ce lien de causalité ne semble pas signifiant chez les hommes.

Par contre, chez les hommes, le syndrome métabolique est associé à un plus grand risque de maladies cardiovasculaires que chez la femme (risque multiplié par 2), et encore plus s'il existe une augmentation du périmètre abdominal.

L'hypothèse avancée serait que les hommes auraient plus tendance à accumuler de la graisse viscérale et donc de développer des maladies cardiovasculaires par le biais du syndrome métabolique alors que les femmes aurait plus tendance à développer un trouble de la régulation glycémique liée à une augmentation de l'insulinorésistance associée à des marqueurs inflammatoires plus importants dans le syndrome métabolique.

Il serait donc intéressant d'avoir une autre approche dans l'analyse des composants du syndrome métabolique en fonction du sexe : glycémie et poids (IMC) chez la femme et périmètre abdominal chez l'homme.

Une étude européenne de plus grande envergure (35) s'est aussi intéressé à l'impact de l'âge et du sexe sur la prévalence et l'importance du syndrome métabolique. Cette étude rétrospective a analysé des données recueillies sur 15 ans dans 10 pays. Il en ressort que la prévalence du syndrome métabolique augmente avec l'âge, et que sa composition varie.

Les femmes jeunes seraient plus concernées par une obésité et un HDL bas, les hommes jeunes par une tension artérielle et des triglycérides élevés. Avec l'âge, l'hypertension devient la composante prédominante dans les 2 sexes.

Il faut noter que cette notion n'existe pas dans L'ENNS (1), la répartition des facteurs de risques selon l'âge n'étant pas étudiée.

L'apparition du syndrome métabolique chez la femme est associée à un risque de pathologie coronarienne plus important que chez l'homme. Ce risque diminue avec l'âge contrairement au risque d'AVC.

b) Spécificités liées aux facteurs environnementaux

Les facteurs socioéconomiques et psychologiques ont un retentissement sur le risque cardiovasculaire chez la femme.

Il existe une corrélation entre le niveau d'étude et le risque cardiovasculaire. Ce risque peut être multiplié par 2 voire 3 chez les non diplômés (les personnes qui n'ont pas fini le lycée), il diminue à partir de 60 ans (36).

Un faible niveau de revenu du foyer est aussi associé à une augmentation du risque cardiovasculaire (37).

L'aspect psychologique joue aussi un rôle important (38).

À partir de l'étude de Framingham, qui a suivi sur 20 ans une population importante de femmes, des facteurs psychologiques ont été évalués et analysés. Il en est ressorti que l'ennui, le fait de se sentir seul, l'anxiété, l'absence de vacances, l'impression de ne pas être reconnu au travail et les soucis financiers augmentent le risque cardiovasculaire.

Ces facteurs sont facilement identifiables grâce à la relation instaurée durant les consultations de suivi et certains d'entre eux peuvent être pris en charge.

L'éducation thérapeutique de la patiente est très importante et une intervention, même chez des patientes qui ont un bas niveau d'éducation, est efficace (39).Il semblerait même qu'il est plus facile de changer les habitudes de vie d'une femme au foyer que d'une femme active (40) !

c) Spécificités liées à la prise en charge elle-même

L'annonce n'est qu'une petite partie de la prise en charge du patient. Si l'on s'adresse différemment au patient, selon qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme, on peut légitimement se demander si le reste de la prise en charge est aussi modifié.

Un article (41) s'est intéressé aux biais liés au sexe dans la prise en charge des maladies cardiovasculaires en faisant une analyse d'études réalisées sur le sujet.

Il existe différents types de biais :

- dûs à la pathologie et sa présentation. Chez la femme, les maladies cardiovasculaires arrivent plus tardivement, sont de présentations plus atypiques et de diagnostic plus difficile (examens non invasifs moins sensibles)
- dûs au médecin : une expérience a été menée avec des acteurs jouant le rôle de patient(e)s avec les mêmes antécédents médicaux, la même histoire médicale, les mêmes symptômes. L'évaluation du risque cardiovasculaire était inférieure de 30% pour les femmes par rapport aux hommes, et la prescription de coronarographie inférieure de 40%.

Cependant, une fois le diagnostic posé la prise en charge est la même.

Il ressort donc que l'évaluation du risque cardiovasculaire semble plus compliquée chez la femme. L'HTA est un facteur important chez le sujet âgé, ce qui justifie une prise en charge adaptée. Cependant, actuellement, celle-ci semble moins agressive chez les femmes âgées.

Le ressenti de la patiente sur sa maladie et son vécu ont un impact important sur sa santé. Elle se sent en moins bonne santé physique que les hommes face à une maladie chronique, et elle est plus affectée au niveau mental (42).Cela pourrait expliquer une annonce plus délicate de chiffres tensionnels mais une bonne éducation sur la pathologie pourrait contrebalancer ce phénomène.

Dans le cadre de la relation, les patientes se sentent plus à l'aise avec des praticiennes car elles leur consacrent des consultations plus longues et elles font preuve d'une meilleure empathie (43).

Les patientes sont plus demandeuses d'informations, posent plus de questions et participent plus aux consultations.

La non-annonce des chiffres mesurés serait peut-être un moyen d'écourter la discussion qui pourrait découler de chiffres en dehors des objectifs …

Cependant dans notre étude, la durée des consultations est la même dans le cadre de l'annonce et la non annonce des chiffres tels que mesurés. De plus l'annonce des chiffres tels que mesurés chez les femmes entraine une discussion dans 2 cas sur 10 (20%), et dans 3 cas sur 14 (21%) lorsqu'il y a non annonce. Il n'y aurait dons pas plus de discussion qu'il y ait annonce ou pas ! Les autres réactions problématiques (déni, colère, marchandage) ne sont pas plus évoquées chez les femmes que dans l'ensemble de notre échantillon.

2) Chiffres considérés comme non représentatifs : intérêt de l'automesure et place de l'infirmier diplômé d'état dans la prise en charge

a) Automesure

Une raison évoquée pour ne pas annoncer au patient les chiffres tels que mesurés est la pratique de l'automesure. Les chiffres relevés à domicile étant « bons », le médecin donne moins d'importance à la mesure faite au cabinet.

La question de la généralisation de l'automesure et de la suppression de la mesure au cabinet peut donc se poser.

Les recommandations (6) en cours mentionnent une confirmation du diagnostic de l'HTA par une prise tensionnelle en dehors du cabinet et précisent les modalités de cette prise. Il doit s'agir d'une mesure électronique au bras.

Une démonstration de l'utilisation doit être faite au préalable au cabinet. Le protocole suit la règle des 3 : 3 prises avant le petit-déjeuner, le dîner, 3 jours de suite en position assise.

Or, actuellement 21% de la population totale et seulement 41% des hypertendus possèdent un tensiomètre. De plus, dans la population des hypertendus traités, seulement 1/3 ont un appareil huméral comme recommandé.

Par ailleurs, leur utilisation semble très aléatoire : 49% ne l'utilisent que de temps en temps contre 2% avant les consultations médicales (58).

La corrélation des chiffres recueillis par l'automesure avec le risque cardiovasculaire et l'atteinte des organes cibles est plus forte que celle observée dans le cadre de mesures faites au cabinet (59).

Une étude a comparé la gestion de l'HTA grâce à l'automesure comme seul indicateur des chiffres tensionnels avec l'utilisation des prises au cabinet associée à la MAPA. Il en ressort que la diminution des chiffres tensionnels et le risque de complication est le même dans les deux cas (60).

L'enquête O-Predict (61) a étudié les facteurs associés à l'existence des mesures ambulatoires de la pression artérielle chez les sujets hypertendus en médecine générale car, malgré sa grande place dans les recommandations, elle n'est pas encore largement utilisée en pratique (28%, dont 22% par automesure).

Le haut niveau de scolarité, une histoire familiale de maladie cardiovasculaire, la présence d'une dyslipidémie, d'un diabète, d'une PAD supérieure à 90mmHg, semblent associés à une pratique des mesures ambulatoires.

L'automesure, utilisée correctement (appareil électronique standardisé avec enregistrement des mesures), semblerait être un outil intéressant de suivi de l'HTA.

Cependant, son intérêt a surtout était démontré dans le diagnostic des hypertensions masquées et dans le dépistage de l'effet blouse blanche (62, 63,64).

Dans le cadre du suivi, l'utilisation de l'automesure seule entraînerait une minimisation de la prise en charge du patient qui pourrait être délétère, voire néfaste si le patient s'en sert pour justifier une adaptation de son traitement sans autorisation médicale.

Elle est par contre un moyen d'évaluer l'efficacité des traitements et leur cinétique et d'améliorer l'observance du traitement si elle est bien expliquée (59).

Son utilisation chez les sujets âgés ne poserait pas de problème : facilité d'utilisation de l'appareil, méthode peu contraignante. L'autonomie du patient et son niveau d'éducation seraient les seules limites à sa faisabilité (65).

Des alternatives à l'automesure ont été étudiées :

- La mesure automatisée au cabinet dans une salle prévue à cet effet avant la consultation aurait la même valeur que l'automesure (66) mais le non-respect des consignes (repos, position, nombre de prises, recueil des données approximatif) limite son intérêt (67).
- La mesure par une infirmière au cabinet avant la consultation limite aussi l'effet blouse blanche mais ne l'élimine pas (68).
- La répétition de mesures au cabinet avec un tensiomètre automatique permettrait d'évaluer le risque d'HTA masquée ou HTA « blouse blanche » en fonction de la baisse des chiffres systoliques au cours des différentes mesures (69).

Malgré son intérêt dans la prise en charge du patient hypertendu, l'automesure ne permet pas, à elle seule, de juger de l'efficacité de la prise en charge. Les mesures au cabinet sont donc toujours nécessaires et une vérification des connaissances du patient sur l'automesure et de sa pratique doit être faite régulièrement.

La non-annonce des chiffres tensionnels chez le patient pratiquant l'automesure est aussi fréquente que chez les patients ne la pratiquant pas. La prise tensionnelle au cabinet se justifie si le médecin à des doutes sur les valeurs d'automesure rapportées par son patient (erreur de transcription, appareil non calibré,…). Mais si médecin n'annonce pas les chiffres qu'il a mesuré cela signifie qu'il ne croit pas en ses mesures. Comment alors évaluer correctement les chiffres tensionnels de son patient ? Le médecin recherche-t-il une solution de facilité en concluant à des chiffres tensionnels corrects ?

Cependant, pour nous faire une meilleure idée des raisons de la « non annonce », il nous faudrait :

- les chiffres tensionnels mesurés au cabinet
- les chiffres pris avec l'automesure
- les références des médecins concernant les chiffres considérés comme normaux (135/85 ou 140/90) grâce à l'automesure.

b) La place de l'infirmier diplômé d'état (IDE) dans la prise en charge

Un des médecins a mentionné dans son commentaire l'utilité du contrôle de la tension artérielle à domicile par un IDE.

Nous avons vu plus haut l'importance de la participation du patient à sa prise en charge et donc, de l'éducation thérapeutique lors de consultations dédiées.

La mise en place de réseaux de soins avec l'aide d'IDE, entre autres, pourrait permettre une amélioration du suivi du patient hypertendu.

Des expériences d'éducation thérapeutique (ETP) avec des infirmières spécialisées ont été menées à Bordeaux (70) et en Guadeloupe (71). Les patients étaient recrutés par différents biais : demande des médecins traitants, après une consultation hospitalière ou après une hospitalisation.

Après un entretien avec le patient établissant le diagnostic éducatif, des ateliers étaient organisés pour apprendre au patient ce qu'est l'HTA, ses conséquences, ses traitements et l'automesure.

Ensuite, des entretiens réguliers avec l'IDE permettaient de faire le point sur les progrès effectués par le patient et de rappeler les objectifs et les moyens de les atteindre.

Ces programmes s'effectuaient sur une période de 3 à 8 mois. L'IDE assurait la coordination du projet avec le médecin traitant. D'autres intervenants participaient : psychologues, diététiciens, éducateurs en activité physique…

Les relevés d'automesure transmis par le patient permettent le suivi. En Guadeloupe, le tout est géré grâce à un logiciel informatique. Il n'existe pas encore de données sur l'impact de ces initiatives dans l'amélioration des objectifs tensionnels.

L'implication d'infirmières spécialisées serait intéressante car ces dernières savent répéter le message médical ; elles sont proches des patients et elles sont à leur écoute.

3) Autres raisons évoquées par le médecin pour ne pas annoncer les chiffres tensionnels tels que mesurés

La non-annonce ne s'explique pas par des problèmes d'annonces antérieurs puisqu' un seul incident sur 22 cas a été mentionné.

L'annonce est l'occasion d'entamer une discussion sur la prise en charge de l'HTA. Elle permet de réfléchir aux améliorations possibles du traitement et du suivi pour atteindre les objectifs tensionnels.

Cependant, en annonçant des chiffres différents de ceux mesurés, on biaise la discussion. Comment celle-ci peut-elle être, alors, fructueuse ?

On remarque que les chiffres annoncés sont le plus souvent minorés. Il apparait toutefois que :

- la modification faite est relativement minime (*médecin 4 :*130/75 annoncés pour 145/75 mmHg);

- ou alors, le médecin juge la tension artérielle limite (*médecin 14 :* TA 150/85 mmHg mesurés).

La non-annonce des chiffres tels que mesurés n'aurait lieu que si le médecin jugeait les chiffres mesurés acceptables et donnait des chiffres légèrement inférieurs à ceux relevés. Il aurait été intéressant d'avoir les chiffres mesurés et donnés pour pouvoir les comparer et corroborer cette hypothèse.

La peur de ne pas pouvoir discuter a été évoquée par un participant comme raison d'annonce de chiffres inférieurs à ceux mesurés, ainsi que la peur de perdre l'adhésion du patient à la prise en charge. Mais cela peut aussi avoir l'effet contraire : si mes chiffres sont bons alors que je ne prends pas mon traitement, pourquoi le prendre ?

Éviter de faire peur et de créer de l'anxiété sont les principales préoccupations du médecin face au patient lors de l'annonce. En effet, il redoute la réaction du patient. Il craint de perdre sa confiance, surtout lorsqu'il s'agit de patients anxieux par nature. La notion de chiffres élevés isolés et la notion de traitement difficilement modifiable sont aussi relevées dans le verbatim.

Ces éléments sont retrouvés comme facteur d'inertie médicale dans la littérature (11,44).

A noter que dans 1 cas le médecin a signalé une annonce de chiffres supérieurs à ceux mesurés. La raison évoquée est la peur de perdre l'observance du patient celui-ci ayant déjà posé des problèmes au médecin.

Il en ressort que le médecin annonce les chiffres tels que mesurés lorsqu'il les considère comme « bons » et préfère les minorer lorsqu'ils ne semblent pas refléter l'état « habituel » du patient ou les augmenter pour inciter le patient à prendre son traitement. La nature « fragile » et « stressée » du patient est un élément important dans le choix de la « non-annonce. »

Ceci est valable quand il n'y a pas lieu de changer le traitement. Le médecin semble préférer contrôler l'évolution des chiffres tensionnels pour confirmer ou infirmer son hypothèse de chiffres tensionnels non fiables. La modification du traitement peut être anxiogène pour le patient et vécu comme un échec, cette démarche doit être discuté avec le patient pour être acceptée et peut nécessiter plusieurs consultations. Dans tous les cas, cette non annonce est une stratégie pour améliorer l'adhérence du patient à la prise en charge.

C. Facteurs d'annonce

1) Intérêt d'une consultation dédiée

L'annonce a été faite majoritairement lorsque le motif de consultation était l'hypertension artérielle. Celle-ci semblerait donc mieux gérée lors d'une consultation dédiée.

Les motifs de consultations en médecine générale sont en général multiples (8, 45,46). Les consultations pour des maladies chroniques sont plus longues et plus difficiles.

Il semblerait donc intéressant de favoriser des consultations dédiées aux maladies cardiovasculaires où le nombre de sujets abordés serait limité.

Plusieurs expériences ont été menées en France :

- EsPer (47) : consultation de prévention dédiée avec l'aide d'un outil informatique.
  Une consultation était prévue pour aborder différents sujets de prévention : dépistage de cancer du sein, de la prostate, col de l'utérus, colon, prévention cardiovasculaire, dépistage des conduites addictives, état dépressif.
  L'outil informatique permettait d'évaluer les risques et de sensibiliser le médecin et son patient.
  La consultation restait conviviale malgré l'ordinateur et la longueur de l'entretien.
  Au final, l'expérience semblait intéressante, le patient était content et rassuré sur son état de santé même si le médecin était moins à l'aise quant à l'annonce des risques.
  Ici, le nombre de sujets abordés en moyenne était de 4 mais son caractère préventif était bien accepté par les 2 parties.
  L'utilisation de l'outil informatique ne semble pas gêner, il pourrait même être intéressant dans notre cas pour une meilleure évaluation du risque cardiovasculaire.
  En effet, celui-ci est souvent sous-évalué par les praticiens et les patients.

- ESCAPE (48) : des médecins généralistes suivant depuis plus de 6 mois des patients hypertendus sans complication, ont bénéficié d'un séminaire d'une journée pour revoir les recommandations sur l'HTA. De plus, un protocole de suivi des patients a été instauré : consultation tous les 6 mois, avec, comme thèmes abordés pour les patients : le régime, l'observance, l'exercice physique, le tabac.

  Un questionnaire destiné au patient a été rempli à l'inclusion : 12 et 24 mois sur la qualité de vie, l'observance, l'exercice, le régime et le tabac. Une amélioration des chiffres tensionnels ainsi qu'une diminution de l'inertie médicale ont été obtenues.

- Prévarance (49):dans la région de Dinan, une intervention multidisciplinaire sur des patients à haut risque cardiovasculaire a été mise en place. Un contrat est passé entre le patient et le médecin. Les résultats ont montré :
  - une diminution des chiffres tensionnels
  - une atteinte des objectifs tensionnels plus importante que dans le groupe témoin.

À l'étranger (Pays Bas, Croatie, Chili), d'autres expériences ont été menées. Une intervention de prévention des maladies cardiovasculaires avec un cadre précis est bénéfique à la prise en charge :

- rythme des consultations (3-5/an),
- suivi multidisciplinaire,
- éducation sur les facteurs de risques
- évaluation du risque cardiovasculaire (50, 51,52).

Cependant, la différence des systèmes de soins ne permet pas une transposition de ces résultats tels quels.

Le Haut Conseil de santé publique a émis un rapport sur les consultations de prévention en mars 2009 (53).

Les conclusions sont :

- qu'il n'y a pas d'intérêt à une consultation dédiée mais qu'elle doit avoir lieu dans le cadre d'une consultation habituelle chez son médecin traitant
- qu'il doit y avoir une coopération entre les professionnels de santé
- que des examens périodiques ainsi que l'éducation thérapeutique sont importants dans la prise en charge.

Il semble donc intéressant de privilégier des consultations au cabinet à rythme régulier pour le suivi de l'HTA et de ses facteurs de risques en refaisant le point régulièrement sur les connaissances, l'observance et la qualité de vie du patient.

Une mise au point des connaissances du médecin sur l'évaluation du risque cardiovasculaire semble aussi importante. L'outil informatique peut s'avérer intéressant dans ce cadre précis (54, 55,56).

En effet, une sous-évaluation de ce risque par le médecin et le patient est un facteur d'inertie médicale.

Un accompagnement éducatif structuré permettrait d'améliorer la participation du patient à sa prise en charge ainsi que son observance.

Certaines mutuelles permettent à leurs adhérents, s'ils le souhaitent, de participer à des ateliers éducatifs encadrés par des infirmières, de reprendre une activité sportive, de rentrer en relation avec une diététicienne ou un tabacologue (57).

2) Prise en charge des patients présentant des facteurs de risque (FDR) cardiovasculaires

Les patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire bénéficient d'une annonce des chiffres tensionnels tels que mesurés dans 13 cas sur 22 soit 1.5 fois plus que les patients ne présentant pas de FDR.

Cela semble cohérent avec les recommandations de prise en charge de l'HTA émises par l'ESH (3) et l'HAS (6) qui préconisent une prise en charge plus énergique pour les patients présentant un haut risque cardiovasculaire.

En effet, les patients présentant un haut risque cardiovasculaires ont des objectifs plus stricts. Le médecin en annonçant les chiffres tels que mesurés (sans les minorer ou les arrondir) semble être plus attentif aux valeurs réelles de la tension artérielle. Le patient est alors mieux informé et plus sensibilisé à sa prise en charge. Celui-ci est-il pour autant plus conscient de la gravité de sa pathologie ?

Inversement un patient ne présentant pas de risque cardiovasculaire ayant une tension artérielle limite bénéficiera plus volontairement d'une non annonce des chiffres tels que mesurés. Le médecin privilégiant une prise en charge différée dans le but probable de ne pas perdre l'adhésion du patient en l'effrayant.

Le risque cardiovasculaire est défini en fonction des chiffres tensionnels et du nombre de facteurs de risques (âge, tabagisme, antécédents familiaux cardiovasculaires, diabète dyslipidémie et atteinte des organes cibles).

Cependant, dans notre étude, l'évaluation du risque cardiovasculaire a été laissée libre à l'appréciation du répondant. Nous n'avons pas développé les différents facteurs utiles à son calcul. Si le terme *haut facteur de risque cardiovasculaire* ne correspond pas totalement aux faits, il reflète néanmoins la pratique des médecins, leur perception du risque cardiovasculaire.

D. Relation médecin-malade

Dans cette étude, nous nous interrogions sur la place de la relation médecin-malade dans cette annonce.

On en décrit principalement 3 types (72): contractuel informatif, contractuel partagé, paternaliste.

La relation médecin-malade a beaucoup évolué en fonction des époques (73).

Avec le développement de la médecine comme science basée sur des expériences, puis la volonté de faire le bien, la relation paternaliste s'est développée. C'est avec l'apparition de la

psychologie, Freud et Balint que le patient, en tant que personne, est réintroduit dans la consultation.

Aujourd'hui, avec le développement des médias, l'information est accessible à tous et il semble important que le médecin puisse discuter avec le patient pour obtenir une meilleure adhésion du patient. La relation contractuelle partagée est encouragée.

1) Annonce et type de relation

Ici, le type de relation ne semblait pas avoir d'impact important sur l'annonce des chiffres tensionnels. On note une tendance à une annonce des chiffres tels que mesurés dans le cadre de la relation contractuelle partagée (55%) et une tendance à l'absence d'annonce des chiffres tels que mesurés dans le cadre de la relation paternaliste (57%).

Cela implique que, même lorsque la relation est partagée et que le patient est censé participer aux décisions, toutes les informations ne lui sont pas données… Le médecin choisirait donc les informations partagées pour orienter les décisions de ce dernier. Cette notion a été évoquée dans l'analyse de la relation avec des malades cancéreux dans l'ouvrage de Sylvie Fainzang, *Information et mensonge*, paru en 2006 aux éditions Puf(31). L'information était donnée dans le but d'une adhérence thérapeutique et modulée en fonction de la demande du patient et de son niveau socioculturel.

La qualité de la relation et surtout la notion de confiance sont primordiales pour obtenir une bonne prise en charge des maladies chroniques. Le sentiment de pouvoir s'exprimer librement et d'être écouté permet au patient de se sentir en meilleur santé (74, 75, 76, 77, 78, 79, 80).

Les consultations de suivi des patients hypertendus semblaient malheureusement assez standardisées avec une faible participation du patient. L'utilisation de formules qui incluaient le patient telles que « nous » « on pourrait » permettait de suggérer des changements de traitements au patient (81).

2) Type de relation en fonction des patients

À notre grande surprise, il est apparu que la relation paternaliste occupait encore une place importante (1/3 des consultations) et que les caractéristiques du médecin n'avaient pas de lien apparent avec le type de relation instaurée. On peut même noter qu'il existe une adaptation de la relation au patient puisque certains médecins vont être paternalistes, lors d'une consultation, puis adopter une relation contractuelle avec un autre patient.

Il semble que ce type de relation soit plus admis avec des patientes âgées de plus de 50 ans mais notre échantillon est trop petit pour conclure.

Une enquête (82) a été effectuée aux USA sur les préférences des patients quant au type de relation qu'ils ont avec leur médecin. 62% préfèrent une relation partagée. Les patients les plus informés sont le plus demandeurs d'une relation partagée mais en même temps 40% des patients ne se sentent pas suffisamment informés.

Le bas niveau socioéconomique et d'éducation, ainsi que le nomadisme médical est associé à une préférence pour une relation paternaliste.

Dans certains cas, certains patients peuvent aussi être demandeurs de cette relation paternaliste : pathologie aiguë, plaintes physiques, patient âgé.

Dans tous les cas, il semble important d'écouter le patient et de comprendre sa demande : besoin de parler, de calmer ses angoisses ou simple demande de compétence.

3) Type de relation et gestion de l'hypertension artérielle

a) Relation et automesure

Qu'il y ait annonce ou pas des chiffres tensionnels tels que mesurés, l'automesure est pratiquée dans 1 cas sur 3.

Il existe néanmoins une variation de la fréquence de cette pratique en fonction de la relation médecin-malade.

En comparant les données des tableaux n° 8 et 11 , nous nous apercevons que, sur les 15 cas d'automesures, 10 sont pratiqués dans le cadre d'une relation contractuelle partagée (67%), 3 dans le cadre d'une relation contractuelle informative (20%) et 2 dans le cadre d'une relation paternaliste (13%).

Le médecin adoptant une relation paternaliste avec son patient pratique donc 5 fois moins l'automesure qu'un médecin adoptant une relation contractuelle partagée.

La participation du patient à la prise en charge semble moins recherchée par le médecin qui reste maître des décisions en étant le seul à mesurer la tension artérielle.

On note que la pratique de l'automesure dans la relation contractuelle informative est aussi moins importante (3 fois moins que dans la relation contractuelle partagée). Cela nous parait paradoxal, ce type de relation étant normalement associé à une place plus importante du patient dans la prise en charge de sa pathologie.

Il semble donc que l'automesure, même si elle n'occupe pas une place importante dans la prise en charge de l'hypertension artérielle, dans notre étude, est plus associée à une relation contractuelle partagée qui implique un échange entre le médecin et son patient.

b) Relation et réaction du patient à l'annonce des chiffres

- **Adhésion et discussion**

Qu'il y ait annonce ou non des chiffres tels que mesurés, l'adhésion est la réaction prédominante signalée par le médecin.

En comparant des données de tableaux n° 7 et 10, nous trouvons :

- 10 adhésions dans le cadre de la relation contractuelle partagée sur 22 cas (45%),
- 6 adhésions dans le cadre d'une relation contractuelle informative sur 7 cas (86%)
- 5 adhésions dans le cadre d'une relation paternaliste sur 10 cas (50%)

La discussion est la seconde issue à l'annonce des chiffres tensionnels :

- 9 cas sur 22 (41%) dans la relation contractuelle partagée,
- 1 cas sur 7 (14%) dans la relation contractuelle informative

- 2 cas sur 10 (20%) dans le cadre de la relation paternaliste.

La relation contractuelle partagée semble donc associée avec des réactions se partageant de manière égale entre adhésion et discussion.

Les relations paternaliste et contractuelle informative sont associées à une adhésion majoritaire.

La place de la discussion semble importante dans la relation contractuelle partagée mais celle-ci n'empêche pas une large adhésion des patients. Ceci semble concorder avec l'idée d'une relation partagée qui permet le dialogue et la participation du patient à sa prise en charge.

Par opposition, dans la relation paternaliste la discussion a peu de place.

La quasi-absence de discussion dans le cadre de la relation informative nous fait réfléchir. Le médecin donnerait les informations et le patient les gérerait seul.

- **Réactions problématiques**

Nous n'avons eu aucune réaction de colère signalée par les médecins lors de notre enquête. Les réactions de déni et de marchandage sont aussi très faiblement représentées dans notre échantillon (2 cas sur 44 consultations).

La notion de problèmes relationnels n'a été évoquée que pour 3 patients, toutes lors de consultations où il n'y a pas eu d'annonce des chiffres tels que mesurés. Dans 2 cas sur 3, la relation était paternaliste.

La présence de conflit lors de l'annonce de chiffres tensionnels que ce soit ceux mesurés ou non est minime. Cela peut paraitre surprenant. La stratégie d'annonce ne repose donc pas, la plupart du temps, sur l'appréhension du médecin d'une réaction virulente de son patient.

- **Indifférence et absence de réaction signalée**

L'indifférence représente quant à elle 4 cas sur 44.

Il est à noter que, dans le cadre de l'annonce de chiffres différents à ceux mesurés, la question portant sur la réaction du patient n'a pas été traitée dans 3 cas sur 8, dans le cadre

d'une relation paternaliste et dans 2 cas sur 5, dans le cadre de la relation contractuelle informative.

Cela signifierait-il que le médecin n'est pas attentif à la réaction de son patient ?

- **Limites**

Le type de relation étant étudiée à travers l'appréciation du médecin, celle -ci n'est peut-être pas perçue de la même manière par le patient. De plus, nous ne pouvons pas savoir si le médecin adopte toujours le même type de relation avec un patient en particulier ou si cela dépend du motif de la consultation.

Les réactions du patient (indifférence, déni, colère, marchandage, adhérence) ont été inspiré par les étapes de deuil .Ce choix peut être critiqué. En effet le deuil est un processus évolutif qui est difficilement applicable à une annonce de nature variable et répétée Cependant, c'est une classification intéressante qui s'intéresse aux réactions causées par l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

Tous les médecins n'ont pas répondu à cette question (10 sur les 44 consultations). L'analyse de la réaction était peut être difficilement attribuable aux différents items proposés, néanmoins aucun d'entre eux n'à suggérer d'autres réactions .Cela reflète sans doute la complexité des sentiments humains.

4) Cas particulier de la non-annonce

Dans 3 consultations sur 22, où il n'y a pas eu d'annonce de chiffres tels que mesurés, il n'y a pas eu d'annonce de chiffres tensionnels.

Ceci représente une faible part de nos réponses, ce qui peut paraitre surprenant. L'annonce des chiffres tensionnels aurait donc une place importante, que ce soit pour le médecin et le patient, ce qui expliquerait leur quasi-omniprésence dans les consultations des patients hypertendus.

Il est à noter que ces consultations font réagir les patients concernant leurs chiffres tensionnels, ce qui implique que le médecin a dû commenter les chiffres mesurés et susciter des interrogations chez le patient.

La nécessité d'une observance et les données d'automesure sont les thèmes abordés. Dans un cas, la non-annonce peut s'expliquer par l'existence de difficultés relationnelles antérieures. Cette même consultation a été problématique, le patient attribuant ces « mauvais chiffres » à son stress.

Le type de relation médecin-malade ne semble pas être un facteur important de non-annonce des chiffres tensionnels tels que mesurés. Cette relation ne semble pas figée, elle dépend du patient et du contexte de la consultation. En effet, certains médecins ont signalés des consultations avec des relations médecin malades différentes. Nous nous sommes intéressés aux dernières consultations du médecin nous ne pouvons donc pas conclure sur sa pratique en générale, ni sur la prise en charge des patients évoqués dans les questionnaires.

Le patient bénéficiant d'une non annonce lors de la consultation étudiée peut bénéficier lors d'autres consultations d'annonces des chiffres tels que mesurés et inversement.

Cette annonce serait un moyen utilisé par le médecin pour améliorer l'adhésion du patient à sa prise en charge. Le patient inquiet a besoin d'être rassuré pour continuer son traitement et lorsque les objectifs sont atteints et qu'une bonne relation s'est installée une annonce des chiffres tels que mesurés est plus facile.

Il nous manque cependant les valeurs des chiffres tensionnels mesurés, des chiffres annoncés pour se faire une réelle idée de la stratégie d'annonce. Ce n'était pas notre question de recherche initiale et il nous a fallu limiter notre questionnaire pour qu'il soit efficace.

On note cependant que les questions ouvertes ont eu un taux de réponse moins élevés que les questions fermées et les réponses données sont assez courtes et peu développées.

V.CONCLUSION

L'hypertension artérielle est un facteur de risque cardiovasculaire important, qu'il est nécessaire de prendre en charge. Comme dans toute maladie chronique, la collaboration du patient est indispensable pour atteindre les objectifs fixés.

Dans notre étude, nous nous sommes intéressé à l'annonce proprement dite des chiffres tensionnels lors de consultations de médecine générale.

Nous avons sondés 50 médecins généralistes par questionnaire envoyé par mail. Il est apparu que la moitié des médecins interrogés annonçait occasionnellement des chiffres tensionnels différents de ceux mesurés. Ces chiffres étaient la plupart du temps minorés.

L' HTA comme motif de consultation, la pratique de l'automesure, l'existence d'autres facteurs de risques étaient associés à une annonce des chiffres tels que mesurés plus fréquente.

Le sexe féminin et l'âge supérieur à 80 ans des patients sont associés à une annonce de chiffres différents à ceux mesurés.
Le type de relation médecin-malade ne semblait pas influer.

Une bonne éducation thérapeutique avec un discours adapté reste importante, et doit permettre aux patients de comprendre la variabilité des chiffres tensionnels.

Des outils permettent d'améliorer l'implication du patient :

- L'automesure est un bon moyen de faire participer le patient. Elle est encore peu utilisée et nécessite un contrôle régulier de sa technique et du bon relevé des chiffres tensionnels.
- Privilégier des consultations dédiées à l'hypertension, dont le seul motif de consultation est la prise en charge de celle –ci. L'aide de d'autres professionnels de santé (IDE, pharmaciens, spécialistes, …) peut être utile.

Les principales raisons évoquées pour ne pas annoncer les chiffres tensionnels tels que mesurés sont :

- la non représentativité des chiffres mesurés par rapports aux chiffres habituels,
- la peur de perdre l'adhésion du patient

- la peur de générer de l'anxiété.

Qu'il y ait annonce ou non des chiffres tels que mesurés, la discussion est fréquente lors des consultations des patients hypertendus. Elle permet un échange avec le patient sur sa prise en charge.

Cette annonce semble être un moyen pour le médecin d'améliorer l'adhérence du patient. De même, le médecin n'adopte pas le même type de relation en fonction du patient et probablement en fonction de la consultation.

Une relation médecin malade propice aux échanges et à une compréhension réciproque permet une amélioration de la gestion des maladies chroniques. Celle-ci nécessite une adaptation du médecin à son patient, qu'il apprend à connaitre avec le temps et dont il pense percevoir les attentes. Cela explique sûrement pourquoi de temps en temps le médecin adopte une relation paternaliste qui ne demande pas de participation du patient, et module son annonce.

Il y a peu de problèmes relationnels et les réactions de colère, déni et marchandage sont faiblement représentés dans notre étude, ceux-ci n'expliquent donc pas les non annonce.

De même la durée des consultations est identiques dans le cadre de non annonce et annonce des chiffres tels que mesurés. La non annonce des chiffres tensionnels tels que mesurés ne semble donc pas un moyen d'écourter les consultations.

Il ne s'agissait ici que d'un travail exploratoire qui nécessite d'être approfondi. La taille de l'échantillon est réduite et ne permet pas d'avoir de résultats statistiquement significatifs.

Le caractère quantitatif de notre enquête limite l'exploration des facteurs de l'annonce. Une approche du côté des patients serait aussi enrichissante.

V.BIBLIOGRAPHIE

1. Godet-Thobie H, Michel Vernay, Noukpoape, Salanave B, Malon A, Castetbon, de Peretti C.***Surveillance de l'hypertension artérielle en France - Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18-74 ans***, ENNS 2006-2007. BEH numéro thématique.2008 déc. 49-50 :478-483.

2. Wagner A, Arveiler D, Ruidavets J, Cottel D, Bongard V, Dallongeville J, Ferrières J, Amouyel P, Haas B.***Étude Mona Lisa : état des lieux de l'HTA en France.***BEH numéro thématique.2008 déc. 49-50:483-486.

3. European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC)2013 ESH/ESC ***Guidelines for the management of arterial hypertension***
TheTask Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)Journal of Hypertension 2013, 31:1281–1357.

4. Law MR, Morris JK, Wald NJ. ***Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies***. BMJ. 2009;338:b1665. [PMID: 19454737] doi:10.1136/bmj.b1665

5. SFHTA ***Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte*** [Recommandations]. Jan2013

6. HAS ***Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle*** [Recommandations] 2005

7. Hsiung L, Supper I, Guérin MH, Pillot A, Ecochart R, Letrillart L. ***Les procédures de soins en consultation de médecine générale: analyse des données*** ECOGEN.Exercer.2014;114:162-169.

8. Letrillart I, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guérin MH, Mercier A. ECOGEN, ***Étude de la consultation en médecine générale.***Exercer .2014 ;114 :148-157.

9. Duhot D, Martinez L, Ferru P, Kandel O, Gavid,***Prévalence de l'hypertension artérielle en médecine générale Enquête transversale de l'observatoire de médecine générale*** (1995). REV PRATMED GEN 2002 ; 16 (562) : 177-180.

10. Pasche A, Feihl F, Liaudet L, Waeber B,***La préhypertension: un concept utile?***Forum Med suisse. 2008;8:28-32.

11. Lang T, Rolland C, responsables. INSERM unité 558, ***Relation médecin malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville.*** [Rapport de recherche]Toulouse ; fév. 2007

12. Kerdrain-Derrider C. ***Pourriez-vous prendre ma tension docteur ? Connaissances et croyances sur la mesure de la tension artérielle au cabinet de médecine générale***[Thèse de doctorat en médecine] Nantes ;2006.

13. Moreaux A., ***Attentes et perception de la qualité de la relation entre médecin et patients*** - ***Étude qualitative par méthode focus group***. La revue du praticien médecine générale.2004 ; 18 :674-675.

14. **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,** Legifrance.gouv.fr

15. ANAES. ***Information des patients*** [recommandations], mars 2000

16. HAS. ***Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé*** [recommandations] mai 2012.

17. Kübler-Ross E., ***Sur le chagrin et le deuil : trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil***, éditions JCLattes.Paris,2009

18. Société française d'hypertension artérielle. ***Mesure de la pression artérielle*** [recommandations] Médecine des maladies métaboliques.2012 ; 6(4) :347-349.

19. Marx G, Witte N, Himmel W, Kuhnel S, Simmenroth-Nayda A, Koschack J. ***Accepting the unacceptable : medication adherence and different types of action patterns among patients with high blood pressure***. Patient EducCouns 2011; 85 :468-474.

20. Bel RA, Kravitz RL. ***Physician counseling for hypertension: What doctors really do?*** Patient Educ Cons. 2008;72: 115-121.

21. REACH G. ***Pourquoi se soigne-t-on ?Enquête sur la rationalité morale de l'observance.***Les bords de l'eau ;2007.

22. Postel-Vinay N. ***Consultation du sujet hypertendu***. La revue du praticien médecine générale. 2005 ;686/687 :351-360.

23. Lebrun Jain N., ***Observance thérapeutique et relation médecin malade en médecine générale*** [Thèse de doctorat en médecine] Amiens ;2008

24. Sarrandon-Eck A***,Le sens de l'observance, Éthnographie des pratiques médicamenteuses des personnes hypertendues***, Sciences sociales et santé.2007 ; 2(25) : 5-36.

25. Jones DE, Carson KA, Bleich SN, Cooper LA. ***Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure***. Patient Education and Counselling.2002 ; 89 :57-62.

26. Reach G. **Une Théorie de soin souci et amour face à la maladie** :Belles Lettres ;2010.

27. Charles C, Gafni A, Whelan T. ***Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model.***Social science and medicine .1999;49:651-661.

28. Postel-Vinay N,Bobrie G, Ménard J.***Quels tensiomètres choisir? La revue du praticien médecine générale***.2001 mai ;538(15) :1025-1029.

29. Le Goaziou MF. ***L'équipement du cabinet médical***. Exercer, 2003 novembre décembre ;67 :20-26.

30. Postel-Vinay N,BobrieG.***Aider les hypertendus à comprendre et à restituer leurs résultats.***Le concours médical.2006 novembre ;35/36(128) :1485-1491.

31. Fainzang S. ***La relation médecin malade : information et mensonge***. Editions Puf.2006

32. Oparil S, MillerAP. ***Gender and blood pressure***. The journal of Clinical Hypertension.2005 may;7(5):300-309.

33. Daugherty SL, MasoudiFA,Ellis JL, HO M,Schmittdiel JA, Tavel HM, Selby JV, O'Connor PJ, Margolis KL,Magid DJ. ***Age dependent Gender Differences in Hypertension Management***.J Hypertens.2011;29(5):1005-1011.

34. Onat A, Hergenç G, KelesI,Dogan,Y,Türkmen S, Sansoy V. ***Sex difference in development of diabetes and cardiovascular disease on the way from obesity and metabolic syndrome, Prospective study of a cohort with normal glucose metabolism.*** Metabolism clinical and experimental.2005;54:800-808.

35. Vishram JKK ,Borglykke A, Andreasen AH and al. ***Impact of age and gender***

on the prevalence and prognostic importance of the metabolic syndrome and its components in Europeans. The MORGAM prospective cohort project.PLOS ONE [enligne] . 2014 sept ;9(9) doi :http://www.plosone.org

36. Lee JR, Paultre F, Mosca L. ***The association between educational level and risk of cardiovascular disease fatality among women with cardiovascular disease. Women's health issues***.2005;15:80-88.

37. Wong J, Wong S. **Trends in lifestyle cardiovascular risk factor in women: analysis from the Canadian national publication health survey.**Int J Nurs stud.2002;39:229-242

38. Eaker ED, Pinsky J, Castelli WP. ***Myocardial infarction and coronary death among women: psychosocial predictors from a 20-year follow-up of women in the Framingham study***. American Journal of epidemiology.1992;135:854-864.

39. Sadeghi m, Yazdekhasti S, Roohafza H, Pourmoghaddas A, Kasei Z, Aghdak P. ***Women health project : Methodology and effect of interventional strategies on low education participants***. J.Educ Health Promot.2014;3:103

40. Sadeghi M, Pejman A, Motamedi N, Tavassoli A, Kelishadi R, Sarrafzadegan N. ***Do intervention strategies of women healthy heart project impact on differently on working and housewifes?*** Atherosclerosis Journal.2011;6:129-135

41. Mark DB. **Sex bias in cardiovascular Care Should Women be treated more like men?** JAMA. 2000;283:659-661.

42. JayasingheUW , Harris MF, Taggart J, Christl B, Black DA. ***Gender differences in health –related quality of life of Australian chronically-ill adults: patient and physician characteristics do matter.*** Health and Quality of life outcomes. 2013;11:102.

43. Cooper-Patrick L,GalloJJ,Gonzales JJ, VU HT,PoweNR,NelsonC,Ford DE. ***Race Gender, and Partnership in the Patient-Physician Relationship***.JAMA.1999;282:583-589.

44. Nicodeme R, Albessard JA, Chamontin B, Lang T. ***Poor blood pressure control in general practice: in search of explanations***. Archives of cardiovascular disease.2009;102(477-483).

45. Kandel O, Duhot D, Very G, LemassonJF,Boisnault P. ***Existe –t-il une typologie des actes effectués en médecine générale?*** La revue du praticien Médecine générale.2004 juin ;18 :781-784.

46. DRESS (Direction de la Recherche des Études de l'Evaluation et des Statistiques), ***Les consultations et visites des médecins généralistes –un essai de typologie***. [étude]2004 juin.

47. Chevalier P,ColombetI,WajsC,LeneveutL,ChatellierG. ***Consultation de prévention dédiée et structure à l'aide d'un outil informatique: étude C_PRED-EsPer:nouveau concept pour la vraie vie ?***Exercer.2008 ;81:36-41

48. Pouchain D etal.***Effects of a multifaceted intervention on cardiovascular risk factors in high-risk hypertensive patients: the ESCAPE trial, a pragmatic cluster randomized trial in general practice***. Trials. 2013 ;14:318-329.

49. Denolle T. (consulté le 9/08/2014) ***Programme Prevarance***.2010 [en ligne]www.rivarance.com/IMG/ppt/HAS_**prevarance**.ppt

50. Sandoval D, Bravo M, Koch E, Gatica S, AhlersI,HenriquezO,RomeroT(consulté le 9/08/14)[enligne].***Overcoming***

Barriers in the management of hypertension: the Experience of the cardiovascular health program in Chilean primary health care centers.International Journal of Hypertension.2012;405892.[enligne]. doi:10.1155/2012/405892.

51. Kranjcevic K et al. ***Is a targeted and planes GP intervention effective in cardiovascular disease prevention, A randomized controlled trial.*** Medical science Monitor.2014;20:1180-1187.

52. 52-Assendelft WJJ, MMJ[b],HettingaDM,[c] van der Meer V, van Vliet M, Drenthen AJM, Schellevis FG, van OosterhoutMJW.***Bridging the gap between public health and primary care in prevention of cardiometabolic diseases; background of and experiences with the Prevention Consultation in The Netherlands***.FamPract. Apr 2012; 29(Suppl 1): i126–i131.

53. Haut conseil de Santé publique.***Consultations de prévention.Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement*** [rapport].2009 mars.

54. Webster R ,Heeley E. ***Perception of risk : understanding cardiovascular disease.*** Risk Management and Healthcare Policy.2010;3:49-60.

55. De Muylder R et al. ***Obstacle to cardiovascular prevention in general practice.***Acta Cardiol.2003;59(2):119-125.

56. Van Steekiste B et al. ***Barriers to implementing cardiovascular risk table in routine general practice***.Scandinavian Journal of Primary Health care. 2004;22:32-37.

57. Ledru f, Girardot L. ***Patient hypertendu: un accompagnement éducatif structure est possible en médecine générale.***Le concours

medical.2012;134(3):224-229.

58. Vaïsse B, Mourad JJ, Gired X, Hanon O, Halimi JM, Pannier B. ***Enquête FLAHS 2012 :la pratique de l'automesure tensionnelle en France et son évolution depuis 2010.Annales de cardiologies et d'angéiologie.***2013 ;62 :200-203.

59. Verberk WJ, Kroon AA, Jongen-Vancraybex HA, de Leeuw PW. ***The applicability of home blood pressure measurement in clinical practice: a review of literature***.Vascular Health and Risk management.2007:3(6):959-966.

60. Stergiou GS, KarpettasN,Destounis A, Tzamouranis D, Nasothimiou E, Kollias A, Roussias L Moyssakis I. ***Home Blood Pressure Monitoring Alone vs Combined Clinic and ambulatory measurement in following treatment-induced changes in blood pressure and organ damage***. American journal of hypertension.2014 fev;27(2):184-192.

61. Mourad JJ, Hagege A, Aupetit JF, Dievart F, Errieau G, Demil N., ***Facteurs associés à l'existence des mesures ambulatoires de ma pression artérielle chez des sujets hypertendus en médecine générale*** (enquête o-Predict) [poster].Revue de médecine interne. Jan 2008 ;29 :20.

62. Celis H, Hand ED,Staessen JA. ***Self-measurement of blood pressure at home in the management of hypertension.***ClinicalMedecine and Research.2005;3(1):19-26.

63. Felix-Redondo FJ, Fernandez-Berges D, Espinosa-Garcia J et al. ***Level of blood pressure control in hypertensive population when measurements are performed outside the clinical setting***. Cardiology Journal.2009;16(1):57-67.

64. KantarciG.***Home and ambulatory blood pressure monitoring:when?Who?***Kidney international Supplements.2013;3:337-339.

65. Cacciolati C, Tzouria C, Dufouil C, Alpérovitch A, Hanon O.***Feasibility of home blood pressure measurement in ederly individuals: cross-sectional analysis of a population-based sample.***American Journal of Hypertension.2012;25(12):1279-1285.

66. Myers MG, Kaczorowski J, Dawes M, Godwin M. ***Automated office blood pressure measurement in primary care***. Canadian Family Physician. 2014 feb ;60:127-132.

67. Wagner S, Buus NH, Jespersen B, Ahrendt P, Bertelsen OW, Toftegaard TS. ***Measurement adherence in the blood pressure self-measurement room***. Telemedecine and e-health.2013 nov;19(11):826-832.

68. Alves da Silva GC, Pierin AMG. ***Home blood pressure monitoring and control in a group of hypertensive patients***. Rev Esc Enferm USP.2012;46(4):917-922.

69. Sheppard JP,HolderR,NicholsL,BrayE,Hobbs FDR, Mant J, Little P,Williams B, Greenfield S, McManus RJ. ***Predicting out-of-office blood pressure level using repeated measurements in the clinic: an observational cohort study***. Journal of hypertension.2014;32:2171-2178.

70. Escomeboueu F, Gosse P. ***Suivi éducatif sur le long terme : place des infirmières spécialisées.***Le concours medical.2014 avril ;136(4):301-302.

71. Atallah A, Dinarque C.***Motiver le patient par une ETP de proximité. Le***

concours médical.2014 avril ;136(4) :295-296.

72. Wirtz V, Cribb A, Barber N. ***Patient-doctor decision-making about treatment within the consultation –A critical analysis of models***.Social Science and medicine.2006; 62:116-124.

73. KabaR ,Sooriakuman P. ***The evolution of the doctor-patient relationship.***International Journal of Surgery .2007;5:57-65.

74. Jagosh J et al .***The importance of physician listening from the patient's perspective: Enhancing diagnosis, healing and the doctor-patient relationship.***Patient Education and Counseling. 2011; 85:369-374.

75. Taylor K.***Paternalism, participation and partnership-The evolution of patient centeredness in the consultation***. Patient Education and Counseling.2009;74:150-155.

76. StavropoulouC.***Non adherence to medication and doctor-patient relationship :Evidence from a European survey***. Patient Education and Counseling.2011;83:7-13.

77. Carling CLL, Kristoffersen DT, Oxmen AD etal.***The effect of how outcomes are frames a decisions about whether to take antihypertensive medication: a randomized trial.*** Plos One. 2010;5:e9469. doi:10.1371/journal.pone.0009469.

78. Stewart MA.***Effective physician-patient communication and health outcomes : a review***. Can Med assoc J.1995 may;125(9):14231433.

79. Postel-Vinay N. ***Quels chiffres communiquer à nos patients?*** Le concours médical .2007 sept ;129 :821-822.

80. Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Azari R. ***When physician and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust.*** The journal of family practice.2001;50(12) :1057-1062.

81. Kjellgren KI, Svensson S, Ahnler J, SaljoR. ***Antihypertensive treatment and patient autonomy-Follow up appointment as a resource for care***. Patient Education and conseling.2000;40:39-49.

82. Murray et al. ***Clinical decision making: patient's preference and experiences .***Patient Education and Counseling. 2007;65:189-196 .

VI. ANNEXES

GLOSSAIRE

- **HTA : Hypertension Artérielle**
- **OMS : Organisation Mondiale de la Sante**
- **FDR : facteur de risque**
- **PAS : Pression artérielle systolique**
- **PAD : pression artérielle diastolique**
- **ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation de sante**
- **ESH : European Society of hypertension**
- **HAS : haute autorité de santé**
- **SFHTA : société française d'HTA**
- **TA : tension artérielle**
- **CV : cardiovasculaire**
- **IMC : Indice de masse corporel**
- **AVC : accident vasculaire cérébral**
- **MAPA : mesure ambulatoire de la pression artérielle**

QUESTIONNAIRE

Il y a 51 questions dans ce questionnaire.

❖ **Caractéristiques du médecin**

➢ **Vous êtes:**

- ❑ Féminin
- ❑ Masculin

➢ **Vous avez:**

- ❑ <40 ans
- ❑ 40-60ans
- ❑ >60 ans

❖ **Vous arrive-t-il de ne pas annoncer au patient les chiffres tensionnels tels que mesurés ?**

- ❑ Oui
- ❑ Non

La suite du questionnaire s'adresse aux médecins ayant répondu OUI à la dernière question.

Il s'agit d'une enquête sur les facteurs influençant l'annonce des chiffres tensionnels en médecine générale, elle est composée de 2 questionnaires:

- *concernant la dernière consultation au cours de laquelle les chiffres tensionnels ont été annoncés tels que mesurés*
- *concernant la dernière consultation au cours de laquelle les chiffres tensionnels n'ont pas été annoncés tels que mesurés*

Concernant la dernière consultation au cours de laquelle vous avez vu un patient

- dont vous êtes le médecin traitant,
- que voussuivez depuis plus d'un an, pour une hypertension,
- auquel vous n'avez pas annoncé les chiffres tensionnels tels que mesurés :

❖ Caractéristiques du patient

➢ **Sexe du patient**

- ❑ Féminin
- ❑ Masculin

➢ **Âge du patient (en années) :**

➢ **Année de début de suivi pour HTA :**

❖ Caractéristiques de la consultation

➢ **L'HTA est-elle le motif principal de la consultation?**

- ❑ Oui
- ❑ Non

➢ **Sinon, quel est ce motif?**

➢ **Combien de temps a duré cette consultation?**

- ❑ <15min

- ❑ 15-30min
- ❑ >30min

❖ **Caractéristiques de l'hypertension artérielle**

➢ **L'HTA est-elle contrôlée?**

- ❑ Oui
- ❑ Non

➢ **Le patient pratique-t-il l'automesure?**

- ❑ Oui
- ❑ Non

➢ **Le patient présente-t-il un haut risque cardiovasculaire? (diabète, insuffisance rénale, autres FDR)**

- ❑ Oui
- ❑ Non

❖ **Concernant l'annonce proprement dite et la relation médecin-malade,** concernant la relation avec ce patient durant cette consultation,

➢ **Comment qualifierez-vous la relation que vous avez avec ce patient ?**

- ❑ paternaliste: le patient vous fait confiance et suit vos décisions
- ❑ contractuelle partagée: vous discutez des différentes stratégies de soin et partagez la décision
- ❑ contractuelle informative: vous expliquez les différentes options de prise en charge et le patient prendra la décision
- ❑ Autre

➢ **Avez-vous déjà eu des difficultés relationnelles avec ce patient?**

- ❑ Oui

- ❑ Non

❖ Dans le cadre de l'annonce des chiffres tensionnels

- **Qu'avez-vous annoncé au patient ?**
  - ❑ des chiffres inférieurs à ceux mesurés
  - ❑ des chiffres supérieurs à ceux mesurés
  - ❑ aucun chiffre

- **Vous avez annoncé des chiffres tensionnels:**
  - ❑ immédiatement après leur prise
  - ❑ plus tard

- **Le patient a été:**
  - ❑ demandeur de l'annonce (demande les chiffres après la mesure)
  - ❑ intéressé (s'inquiète des chiffres mais ne les demande pas forcement)
  - ❑ ne s'en préoccupe pas

- **Lors de cette consultation, l'annonce a-t-elle posée problème?**
  - ❑ Oui
  - ❑ Non

- **Comment le patient va-t-il réagi à l'annonce?**

  - ❑ Indifférence :

  - ❑ Déni :

- ❑ Colère :

- ❑ Marchandage

- ❑ Adhésion :

- ❑ discussion qui s'est conclue par:

- ❑ Autre :

❖ **Que redoutiez-vous pour ne pas annoncer les chiffres tensionnels tels que mesurés?**

Concernant la dernière consultation au cours de laquelle vous avez vu un patient

- dont vous êtes le médecin traitant
- que vous suivez depuis plus d'un an pour une hypertension artérielle
- auquel vous avez annoncé les chiffres tensionnels mesurés :

❖ Caractéristiques du patient

➢ **Sexe du patient**

- ❑ Féminin
- ❑ Masculin

➢ **Âge du patient (en années) :**

➢ **Année de début de suivi pour HTA :**

❖ Caractéristiques de la consultation

➢ **L'HTA est-elle le motif principal de la consultation?**

- ❑ Oui
- ❑ Non

➢ **Sinon quel est ce motif?**

- **Combien de temps a duré cette consultation?**
  - ❑ <15min
  - ❑ 15-30min
  - ❑ >30min

❖ Caractéristiques de l'hypertension artérielle

- **L'HTA est-elle contrôlée?**
  - ❑ Oui
  - ❑ Non

- **Le patient pratique-t-il l'automesure?**
  - ❑ Oui
  - ❑ Non

- **Le patient présente-t-il un haut risque cardiovasculaire? (diabète, insuffisance rénale, autres FDR)**
  - ❑ Oui
  - ❑ Non

❖ Concernant l'annonce proprement dite et la relation médecin-malade, Concernant la relation avec ce patient durant cette consultation,

- **Comment qualifierez-vous la relation que vous avez avec ce patient ?**
  - ❑ paternaliste: le patient vous fait confiance et suit vos décisions
  - ❑ contractuelle partagée: vous discutez des différentes stratégies de soin et partagez la décision
  - ❑ contractuelle informative: vous expliquez les différentes options de prise en charge et le patient prendra décision
  - ❑ Autre

- **Avez-vous déjà eu des difficultés relationnelles avec ce patient?**
  - ❑ Oui
  - ❑ Non

❖ Dans le cadre de l'annonce des chiffres tensionnels

- **Vous avez annoncé des chiffres tensionnels**:
  - ❑ immédiatement après leur prise
  - ❑ plus tard

- **Le patient a été:**
  - ❑ demandeur de l'annonce (demande les chiffres après la mesure)
  - ❑ intéressé (s'inquiète des chiffres mais ne les demande pas forcement)
  - ❑ ne s'en préoccupe pas

- **Lors de cette consultation, l'annonce a-t-elle posée problème?**
  - ❑ Oui
  - ❑ Non

- **Comment le patient a réagi à l'annonce?**
  - ❑ Indifférence :
  - ❑ Déni :
  - ❑ Colère :

- ❑ Marchandage

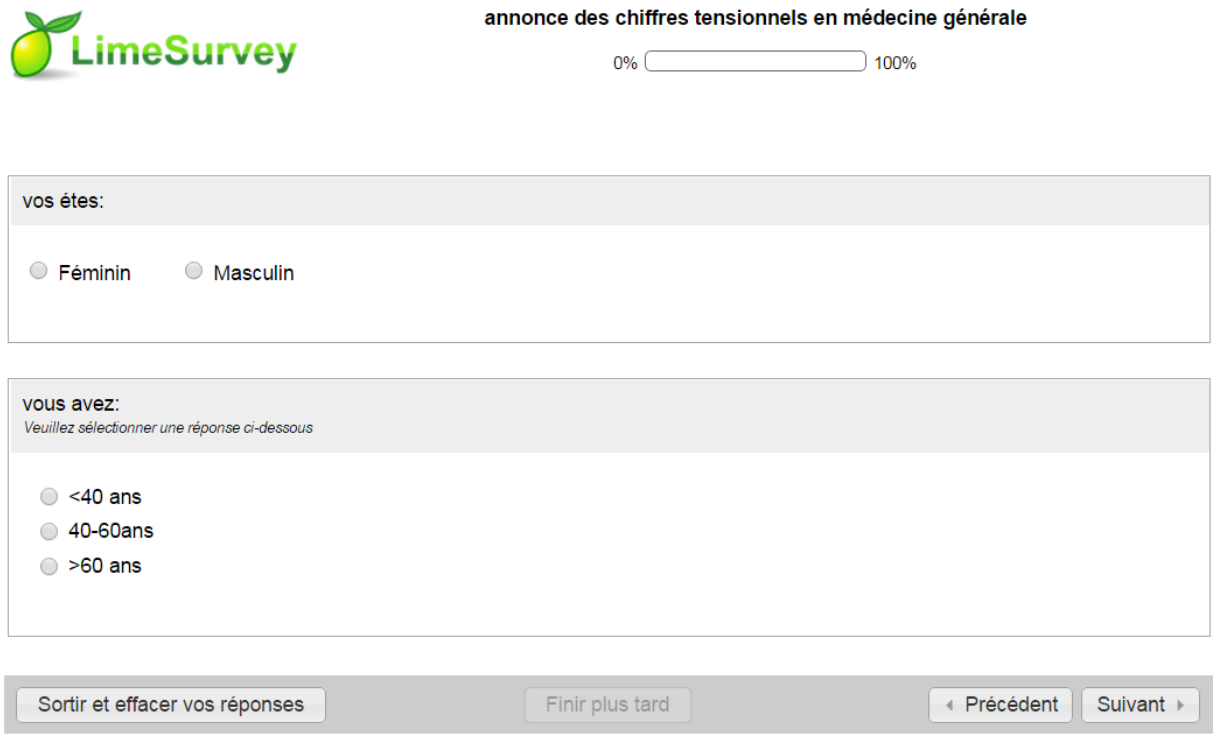
- ❑ Adhésion :

- ❑ discussion qui s'est conclue par:

- ❑ Autre :

➢ **Avez-vous des commentaires sur cette consultation?**

MISE EN PAGE DU QUESTIONNAIRE SUR LIMESERVEY



LimeSurvey

annonce des chiffres tensionnels en médecine générale

0% 100%

Vous arrive t-il de ne pas annoncer au patient les chiffres tensionnels tels que mesurés ?

- (•) Oui
- ( ) Non

Il s'agit d'une enquête sur les facteurs influençant l'annonce des chiffres tensionnels en médecine générale , elle est composée de 2 questionnaires:

-concernant la dernière consultation au cours de laquelle les chiffres tensionnels **ont été** annoncés tels que mesurés

-concernant la dernière consultation au cours de laquelle les chiffres tensionnels **n'ont pas été** annoncés tels que mesurés

VERBATIM

Consultation avec annonce des chiffres tensionnels différents de ceux mesurés :

1) **Réaction des patients**

❖ **Indifférence** :

– *Médecin 4 :* *« Satisfait des chiffres »*

– *Médecin 6 : « Se fie à l'automesure »*

– *Médecin 10 :* *« Fait confiance »*

❖ **Déni** :

– *Médecin 18* : « N'accepte que les chiffres d'automesure »

❖ **Adhésion**

– *Médecin 13 :« Adhésion à l'annonce »*

– *Médecin 5 :* *« La valeur lui convient »*

– *Médecin 21 : « Effet blouse blanche »*

❖ **Discussion** :

– *Médecin 20 : « Surveillance à court terme, on se revoit »*

– *Médecin 11 :* *« C'est à recontrôler avec mesure par IDE »*

– *Médecin 8 :* *« Bithérapie »*

– *Médecin 9 : « D'accord, je poursuis le traitement »*

– *Médecin 1 : « Nécessité d'une observance »*

– *Médecin 2 : « Questionnement sur automesure »*

– *Médecin 18 : « Automesure correcte »*

❖ ***Autres** : inquiétude*

2) **A la question concernant les raisons de cette annonce**

– *Médecin 3 :« Aggravation de l'anxiété de la patiente »*

- *Médecin 4 : Peur « qu'il ne s'inquiète inutilement car les chiffres étaient seulement un peu plus hauts qu'annoncé 130/75 annoncé pour 145/75 mesuré chez un patient légèrement encombré »*
- *Médecin 13 : « Effet anxiogène délétère chez 1 personne fragile mais sans autre facteurs de risque cardio-vasculaire »*
- *Médecin 5 : Peur de « l'inquiéter et de devoir changer de traitement déjà maximal (4 médicaments) »*
- *Médecin 14 :« Inquiétude extrême et non justifiée pour une HTA aux alentours de 150/85 mais sous traitement important et surpoids »*
- *Médecin 7 : Annonce « inutile, nécessité de recontrôler »*
- *Médecin 10 : « Engendrer du stress »*
- *Médecin 11 :« Majoration de l'anxiété chez patiente très émotive »*
- *Médecin15 :« Anxiété »*
- *Médecin 16 :« Le patient est un gros inquiet ; pas de facteur de risque : la TA était haute mais c'est un chiffre isolé (d'ordinaire TA normale ou basse); je ne vois pas pourquoi le lui annoncer. Je note dans le dossier et recontrôlerai. »*
- *Médecin18 : «anxiété, discussion, automesure correcte »*
- *Médecin 1 : Peur «que la discussion s'arrête à l'annonce des chiffres, sans qu'on puisse discuter du suivi thérapeutique. »*
- *Médecin 2 : Peur du «découragement de la patiente qui présente une partie HTA blouse blanche quasiment à chaque prise au cabinet »*
- *Médecin 19 :« Neurotonie, TA toujours élevée en consultation normale en automesure »*
- *Médecin 11 :« Patient très anxieux dont les chiffres tensionnels toujours très haut à la première prise, se normalisent ensuite si le patient se voit rassuré. »*

Consultation avec annonce des chiffres tels que mesurés :

1) **Réaction des patients**

❖ **Indifférence**

- *Médecin 22 :« bonne tension »*

❖ **Adhésion**

- *Médecin 1 : « Confiant dans le suivi thérapeutique »*

- *Médecin 3 :* *« Content du bon contrôle »*
- *Médecin 4 :* *« Satisfait des chiffres »*
- *Médecin 17 :« Conforme à l'automesure »*

❖ **Discussion**

- *Médecin 2 :« Comment faire pour améliorer les résultats »*
- *Médecin 16 :« Faudrait maigrir »*
- *Médecin 20 :« Majoration traitement et contrôle cardio»*
- *Médecin 11 : « Discussion sur thérapeutique et éducation alimentaire »*
-

2) Commentaires

- *Médecin 1 :« Consultation classique »*
- *Médecin 5:« Contrôle a 1 mois après début de traitement: TA passée de 15/7 à12/7 donc consultation et annonce facile »*
- *Médecin 7 :« Chiffres contrôlés »*
- *Médecin 8:« Bonne entente »*
- *Médecin 9 :« Confiance réciproque »*
- *Médecin 2 : Patient « présentant une résistance quant à l'adhésion aux mesures non médicamenteuses de contrôle de l'HTA »*
- *Médecin 4 :« Patient attentif à sa TA AUTOMESURE fréquente (un peu trop) »*
- *Médecin 6 :« Balance bénéfice risque, risque hypotension orthostatique »*
- *Médecin 10 :« HTA difficile à équilibrer, le patient est encouragé par le fait de voir ses chiffres tensionnels bien contrôlés. »*
- *Médecin 11 :« Patient obèse à haut facteurs de risque CV mais compliant et confiant étant donné qu'il a l'information/état de santé. »*
- *Médecin 3 :« Patiente polypathologique à l'observance approximative, importance de la négociation »*

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

L'hypertension artérielle est une pathologie fréquente dont la prise en charge permet une diminution du risque cardiovasculaire. L'atteinte des objectifs tensionnels repose sur une participation active du patient et une bonne relation médecin malade. L'annonce des chiffres tensionnels est un moyen d'impliquer le patient dans sa prise en charge.

Les médecins annoncent –ils occasionnellement des chiffres différents de ceux mesurés ? Le but de notre travail est d'étudier les modalités d'annonce, ses déterminants et l'impact de la relation médecin malade.

Notre étude quantitative rétrospective observationnelle sur questionnaire par internet d'avril à juillet 2014 porte sur un échantillon de 55 médecins généralistes girondins. Ces derniers ont été interrogés sur la dernière consultation de patients hypertendus au cours de laquelle :

-ils n'ont pas annoncé les chiffres tels que mesurés

-ils ont annoncés les chiffres tels que mesurés

Dans notre travail, 1 médecin sur 2 annonce occasionnellement des chiffres différents de ceux mesurés.

La présence de facteurs de risque cardiovasculaire, l'hypertension artérielle comme motif de consultation sont associés à une annonce de chiffres tels que mesurés.

Le sexe féminin et l'âge supérieur à 80 ans des patients sont associés à une annonce de chiffres différents de ceux mesurés.

La relation médecin malade ne semble pas influer sur cette annonce.

La non annonce de chiffres tels que mesurés est un outil adopté par le médecin pour ne pas perdre l'adhésion du patient à sa prise en charge.

TITRE

Etude des déterminants de l'annonce des chiffres tensionnels chez les patients hypertendus et de l'impact de la relation médecin patient

---

TITLE

Study on methods to give blood pressure results to hypertensive patients and the impact on the relationship with their general practitioner

---

MOTS-CLÉS

HTA, annonce des chiffres tensionnels, relation médecin-patient.