



HAL
open science

Représentation du médecin généraliste concernant la mesure de la pression artérielle chez le patient normotendu

Benjamin Fiol

► **To cite this version:**

Benjamin Fiol. Représentation du médecin généraliste concernant la mesure de la pression artérielle chez le patient normotendu. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01267407

HAL Id: dumas-01267407

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01267407>

Submitted on 4 Feb 2016

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

**REPRESENTATION DU MEDECIN GENERALISTE CONCERNANT LA MESURE DE
LA PRESSION ARTERIELLE CHEZ LE PATIENT NORMOTENDU**

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Nice
le vendredi 16 octobre 2015

par

Benjamin FIOL

Né le 23/11/1987 à Marseille

En vue de l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER	Président du jury
Monsieur le Professeur Michel BENOIT	Assesseur
Monsieur le Professeur Patrice BROCKER	Assesseur
Madame le Docteur Marine SANCHEZ	Assesseur et Directeur de thèse



UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA
ANTIPOLIS

**FACULTÉ DE
MÉDECINE**

Liste des professeurs au **1^{er} septembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Assesseurs

M. ESNAULT Vincent
M. CARLES Michel
Mme BREUIL Véronique

Conservateur de la bibliothèque

Mme DE LEMOS Annelise

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIÈRE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy

M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean

M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André

Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)

M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME G�erald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAJ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)

M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)

M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
M.	PRENTKI Marc	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	DARMON David	Médecine Générale
MI.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Au Professeur Hofliger,

Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury. Votre investissement dans l'enseignement de médecine générale est un gage d'une formation de qualité à Nice. Soyez assuré de l'expression de notre reconnaissance.

Au Professeur Benoit,

Merci de nous faire l'honneur de participer à ce jury. Je vous suis très reconnaissant de votre participation constructive dans l'élaboration de ce travail et de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

Au Professeur Brocker,

Merci de nous faire l'honneur de participer à ce jury, votre implication dans la filière gériatrique

Au Docteur Sanchez,

Merci Marine d'avoir acceptée de diriger cette thèse. Merci pour ton soutien, ta disponibilité et tes conseils. J'en suis grandement reconnaissant.

A Géraldine, l'amour de ma vie

A ma Famille, mes parents, A ma sœur et mes grands parents

A mon Parrain et Marraine

A ma belle-famille,

A mes amis Marseillais de tout temps

A mes Nouveaux Amis Niçois

A l'équipe de Cimiez, Draguignan, Antibes et Saint Roch

Merci d'être présent à mes cotés

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	11
1.1 HTA : MOTIF FREQUENT DE CONSULTATION EN MEDECINE GENERALE	11
1.2 ADAPTATION DE LA FREQUENCE DE MESURE DE PRESSION ARTERIELLE A L'AGE DU PATIENT	13
1.3 BIEN MESURER LA PRESSION ARTERIELLE CHEZ L'ADULTE	14
1.4 IMPORTANCE DE LA MAPA ET AUTOMESURE	15
1.5 PRISE DE TENSION DU POINT DE VUE DES PATIENTS	16
1.6 RELATION MEDECIN - MALADE EN MEDECINE GENERALE	17
2. MATERIEL ET METHODE	19
2.1 PARTICIPANTS	19
2.2 CHOIX DE LA METHODE	20
2.3 DEROULEMENT DES ENTRETIENS	21
2.4 ANALYSE DES DONNEES	22
2.4.1 ANALYSE DES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES.....	22
2.4.2 ANALYSE DES VERBATIM.....	22
2.4.3 REALISATION DE LA BIBLIOGRAPHIE.....	22
3. ANALYSE DES RESULTATS	24
DONNEES GENERALE SUR LES ENTRETIENS	24
PARTIE QUALITATIVE :	25
3.1 DIAGNOSTIC ET DEPISTAGE	26
3.1.1 DIAGNOSTIC ET DEPISTAGE D'UNE HYPERTENSION ARTERIELLE:	26
3.1.2 PRISE DE TENSION EN FONCTION DE L'AGE ET DES FACTEURS DE RISQUE CARDIO VASCULAIRE:.....	27
3.1.3 DIAGNOSTIC ET DEPISTAGE D'UNE HYPOTENSION.....	27
3.1.4 UNE PRISE DE TENSION EN FONCTION DE LA SITUATION CLINIQUE	28
3.1.5 LA TENSION, UN PARAMETRE VITAL	28
3.1.6 LA TENSION, UN REFLET DE L'ETAT DE SANTE	29
3.1.7 SURVEILLANCE DES EFFETS SECONDAIRES D'UN TRAITEMENT	29
3.1.8 PRISE DE L'AUTOMESURE PAR LE PATIENT AU DOMICILE NON CONFORME.....	30
3.1.9 METHODE DE PRISE DE TENSION.....	30
3.2 MEDECIN	31
3.2.1 PARTI INTEGRANTE DE L'EXAMEN CLINIQUE DE BASE.....	31
3.2.2 ATTENTE DU PATIENT SELON LE MEDECIN.....	32
3.2.3 PREUVE DE LEUR INVESTISSEMENT ET DE L'ATTENTION QU'ILS PORTENT AU PATIENT	33
3.2.4 RASSURER LE MEDECIN	33
3.2.5 PEUR POUR LE MEDECIN D'UN TRAVAIL DE MAUVAISE QUALITE	34
3.2.6 MOMENT CREUX PERMETTANT UNE REFLEXION	34
3.2.7 LA PRISE DE TENSION UN ACTE TECHNIQUE ANCIEN.....	35
3.2.8 UNE PRATIQUE GENERATIONNELLE	35
3.2.9 JUSTIFICATION DU TARIF D'UNE CONSULTATION	35
3.2.10 JUSTIFICATION DE LA NON PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE	36
3.2.11 LA TENSION ARTERIELLE UNE CONSTANTE DANS LE DOSSIER MEDICAL.....	36
3.2.12 UNE RECOMMANDATION DE LA SECURITE SOCIALE.....	37
3.2.13 CHIFFRES.....	37
3.3 LE MALADE	38
3.3.1 DEMANDE CLAIRE DU PATIENT	38

3.3.2 FAIRE PLAISIR AU PATIENT.....	39
3.3.3 REASSURANCE DU PATIENT.....	39
3.3.4 REPRESENTATION DE BONNE PRATIQUE POUR LE PATIENT.....	40
3.4 Relation Médecin- Patient.....	41
3.4.1 PREMIERE PRISE DE CONTACT.....	41
3.4.2 ECHANGE NON VERBAL.....	41
3.4.3 RELATION MEDECIN - MALADE.....	42
3.4.4 LA PRISE DE TENSION ARTERIELLE : IMAGE DU MEDECIN.....	42
3.4.5 PRISE DE TENSION OUTILS DU GENERALISTE.....	43
3.4.6 UNE JUSTIFICATION CULTURELLE.....	43
3.4.7 LA PRISE DE TENSION : UN RITUEL.....	43
3.4.8 SYMBOLIQUE DU GESTE.....	44
3.4.9 PLACE DE LA PRISE DE TENSION ARTERIELLE.....	45
3.5 PREVENTION.....	46
3.5.1 PERMETTRE D'OUVRIRE LA DISCUSSION.....	46
3.5.2 MESSAGES.....	47
3.6 A QUI LES MEDECINS GENERALISTES PRENNENT LA TENSION ARTERIELLE ?.....	47
3.7 QUELS SONT LES EFFETS DELETERES DE LA PRISE DE TA ? CE GESTE GARDE T'IL ENCORE UNE UTILITE POUR LES MEDECINS GENERALISTES ?.....	49
3.8 LES MEDECINS GENERALISTES CONNAISSENT-ILS DES RECOMMANDATIONS SUR LA FREQUENCE DE PRISE DE TENSION ARTERIELLE CHEZ LE NORMOTENDU ? DES RECOMMANDATIONS SERAIENT-ELLES UTILES ?.....	51
4. DISCUSSION.....	55
5. CONCLUSION.....	69
6. BIBLIOGRAPHIE.....	70
7. ANNEXES.....	76
8. SERMENT D'HIPPOCRATE.....	80

1. INTRODUCTION

La mesure de la pression artérielle est un geste parfois banalisé voire un rituel, mais qui reste délicat. Cette mesure est le résultat de l'interaction entre un patient, un appareil et un observateur. Autant dire l'importance de sa qualité technique et le grand nombre d'interférences possibles.

1.1 HTA : MOTIF FREQUENT DE CONSULTATION EN MEDECINE GENERALE

L'hypertension artérielle est la première maladie chronique dans le monde. Des études d'observation prospectives ont montré que HTA augmente le risque d'accidents vasculaires cérébraux (1), de maladie coronaire, d'insuffisance cardiaque (2), d'insuffisance rénale et de troubles cognitifs.

L'hypertension artérielle a été à l'origine de 7 à 8 millions de décès dans le monde en 2011 (OMS). En France on estime à 12 millions le nombre de patients traités pour HTA (3).

C'est aussi le premier motif de recours en Médecine Générale avec 14 à 17 % des actes (4). On estime aussi que 94 % des patients hypertendus sont suivis en soin primaire

Une enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes effectuée par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) entre juin 2002 et janvier 2003 (tableau 1) auprès de 922 généralistes libéraux (44 000 consultations et 6 000 visites) confirme que l'hypertension artérielle est le diagnostic le plus fréquemment signalé par les médecins généralistes et concerne 17 % des séances (5).

	Part des consultations par le diagnostic...	Patients hommes	Patientes	0 à 12 ans	70 ans ou plus	Consultations à cabinet	Visites (hors cabinet)
Autres diagnostics	31,0	31,0	30,5	26,8	27,4	31,6	29,2
Hypertension artérielle	16,6	16,4	17,0	0,0	33,6	15,4	20,9
Examen systématique, prévention	8,2	8,2	8,3	5,3	13,9	7,3	11,2
Anxiété egoïsse	7,9	6,3	9,2	0,9	9,0	6,7	12,2
Rhinopharyngite	5,5	5,7	5,4	19,8	1,1	6,0	3,8
Dépression	4,9	3,7	6,1	0,3	5,8	4,0	8,2
Lombalgie	4,8	4,9	4,6	0,1	4,2	4,4	6,1
Hyperlipidémie	4,7	4,9	4,5	0,0	7,4	4,7	4,7
Arthrose	4,7	3,2	5,9	0,0	10,4	3,8	7,9
Diabète	4,4	5,1	3,9	0,0	8,2	3,1	8,6
Angine	3,9	3,9	3,8	9,9	1,0	3,8	4,1
Asthénie fatigue	3,9	3,1	4,6	0,4	5,6	2,9	7,1
Douleur abdominale	3,8	3,9	3,6	4,1	3,3	3,4	5,0
Bronchite	3,4	3,8	3,2	8,1	2,9	3,0	5,0
Arthropathie	3,1	2,9	3,4	0,1	3,9	3,1	3,4
Toux	3,0	3,4	2,9	7,4	1,4	3,2	2,4
États fébriles	3,0	3,4	2,7	8,4	1,6	2,7	4,0
Jambes lourdes	2,9	1,3	4,4	0,0	5,5	2,3	5,4
Vaccination	2,8	2,7	2,8	8,4	2,3	3,1	1,7
Plaies ou douleurs non classées	2,7	2,6	2,9	0,6	4,1	2,0	5,3
Rhume rhinite	2,7	2,7	2,6	5,4	0,4	3,0	1,3
Insomnie	2,6	2,1	3,0	0,0	4,3	2,1	4,1
Dermatose	2,5	2,6	2,5	4,3	1,7	2,7	1,9
Insuffisance coronarienne	2,2	2,8	1,7	0,0	5,4	1,6	4,1
Vertiges	2,1	1,6	2,6	0,0	3,8	1,4	4,5
Insuffisance cardiaque	2,1	2,3	2,0	0,0	6,6	1,0	5,9
Vécès	1,4	0,8	1,9	0,0	3,0	1,1	2,6
Otite	1,4	1,4	1,4	7,5	0,2	1,5	1,0
Constipation	1,3	0,8	1,7	1,0	2,3	1,0	2,3
Contraception	1,0	0,1	1,8	0,0	0,2	1,2	0,4

Lecture : l'hypertension artérielle a été diagnostiquée au cours de 16,6 % des séances des médecins généralistes ; les chiffres en gras indiquent que la sur-représentation ou sous-représentation mise en évidence est significative : les visites sont sur-représentées parmi l'ensemble des séances où l'hypertension artérielle a été diagnostiquée.

Source : enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, Drees, 2002.

Tableau 1 : Diagnostic des consultations et visites en Médecine Générale

En médecine générale la majorité des patients ont plus de 45 ans (tableau 2 : 60 %) en consultation et la prévalence de l'hypertension artérielle augmente avec l'âge.

T-01 répartition des séances de médecins généralistes par tranche d'âge et sexe du patient examiné *En %*

	Patients	Patientes	Ensemble
0 - 12 ans	13	10	11
13 - 24 ans	8	8	8
25 - 44 ans	20	21	21
45 - 69 ans	34	30	32
70 ans ou plus	25	31	28
Total	100	100	100

Source : enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, Drees, 2002.

Tableau 2 : Ages et sexe des patients en consultation de médecine générale

1.2 ADAPTATION DE LA FREQUENCE DE MESURE DE PRESSION ARTERIELLE A L'AGE DU PATIENT

Dans la littérature française et internationale, deux études sur l'adaptation de la fréquence de la mesure de la pression artérielle à l'âge du patient existent sans recommandation officielle des sociétés savantes de cardiologie ou d'hypertension artérielle.

La première, une étude américaine publiée en 2001 dans Lancet (6) s'est intéressée à la progression des patients normotendus vers l'hypertension, sur la cohorte des patients normotendus de l'étude de Framingham. Elle a inclus 4200 hommes et 5645 femmes, de 35 à 94 ans (âge moyen 52 ans), examinés entre 1978 et 1994. Le critère étudié était l'incidence de l'hypertension (PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg ou prise d'un traitement antihypertenseur)

La conclusion de l'étude était qu'une pression artérielle normale haute et normale progresse souvent vers l'hypertension sur une période de quatre années, en particulier chez les personnes âgées.

Un dépistage annuel est sûrement nécessaire pour les patients qui ont une pression normale haute. Un dépistage tous les 2 ans serait raisonnable pour les patients avec une pression artérielle normale ou ayant plus de 65 ans.

Seuls les patients de moins de 65 ans avec une pression optimale peuvent subir un dépistage moins fréquemment.

Une deuxième étude néerlandaise de 1999 (7) sur le développement de la pression artérielle et de l'incidence de l'hypertension (7092 patients, 18 ans de suivi) conclue que les mesures régulières ne sont pas nécessaires pour les patients ayant une PAD basse (< 75 mmHg), s'ils n'ont pas de prise de poids.

Même si aucune recommandation n'existe sur la fréquence de prise de tension une certitude persiste, la prévalence de l'hypertension au sein de la population augmente proportionnellement à l'âge du patient. Elle concerne un minimum de 5 % des personnes d'âge moyen et augmente jusqu'à plus de 30 % chez les personnes octogénaires (8).

1.3 BIEN MESURER LA PRESSION ARTERIELLE CHEZ L'ADULTE

Toute définition de l'hypertension au moyen d'un seuil est arbitraire, le risque augmente de façon continue. Plus la pression artérielle est élevée, plus le risque d'affections cardio-vasculaires est grand et inversement.

Le plus grand soin doit être apporté au choix et à l'entretien des appareils utilisés, aux conditions de la mesure et à sa méthode.

La mesure indirecte de la pression artérielle par auscultation à l'aide d'un stéthoscope et d'un sphygmomanomètre à mercure est la méthode de référence. En raison de l'interdiction du mercure, ces manomètres vont être retirés progressivement. Le sphygmomanomètre anéroïde est moins précis et doit être étalonné tous les ans. Les médecins disposent de plus en plus souvent d'appareils électroniques qui sont comparables à ceux destinés à l'automesure. Une liste d'appareil validé est disponible sur le site de l'ANSM. Outre l'étalonnage des manomètres, le bon état des tubulures et de la poche de brassard sont des pré-requis à la fiabilité des mesures quel que soit le système utilisé.

De multiples facteurs font varier la pression artérielle : l'âge, le sexe, l'heure dans la journée, la grossesse, la date dans le cycle menstruel, la saison, l'émotion, les attentes du patient.

De multiples autres facteurs font varier la mesure de la pression artérielle. Une mesure précise de la pression artérielle est d'une grande importance, c'est un geste qui prend du temps et qui en fonction des résultats peut aboutir à la mise en place d'un traitement pendant plusieurs années.

Il est important de veiller à limiter au maximum les risques d'erreur en utilisant un matériel fiable et bien entretenu, en plaçant le patient dans les meilleures conditions possibles pour la mesure, en choisissant toujours le brassard le mieux adapté, en appliquant une technique correcte et en répétant les mesures (tableau 3)

1.4 IMPORTANCE DE LA MAPA ET AUTOMESURE

De nombreuses études ont montré que la mesure ambulatoire corrèle mieux que la mesure conventionnelle avec l'atteinte des organes cibles (9). Ces techniques de mesure de la pression artérielle sont reproductibles dans le temps elles évaluent mieux la réduction de pression sous traitement et l'effet « blouse blanche » y est absent. « L'HTA blouse blanche » se définit par une PA ≥ 140 mmHg et/ou ≥ 90 mmHg au cabinet lors de mesures répétées, alors que la PA mesurée à domicile (automesure ou MAPA lors d'activités usuelles) est inférieure à 135/85 mmHg.

Une étude Italienne (10) prospective de 2003 avec 4939 sujets hypertendus traités et suivis en médecine générale pendant 3 ans montre que l'auto mesure à domicile prédit mieux la survenue des événements cardiovasculaires que ne le fait la mesure conventionnelle au cabinet médical. Cette idée avait déjà été suggérée par d'autres études mais l'étude SHEAF apporte un élément nouveau : 9 % des sujets ont une « hypertension masquée », leur pression artérielle mesurée au cabinet médical apparaît contrôlée (inférieure à 140/90 mmHg) par le traitement, alors qu'elle reste supérieure au seuil de normalité internationalement admis (135/85 mmHg) en auto mesure à domicile. Surtout, chez ces sujets, la survenue d'événements cardiovasculaires au cours du suivi est élevée, légèrement supérieure à celle des sujets reconnus par les 2 méthodes de mesure comme « non contrôlés » par le traitement.

En d'autres termes, dans 9 % des cas, la mesure au cabinet médical est faussement optimiste. Les auteurs suggèrent d'utiliser systématiquement l'auto mesure dans les suivis des hypertendus traités.

En conclusion, les études réalisées dans les dernières années ont montré l'intérêt clinique de la mesure en dehors du cabinet de consultation parce qu'elle évalue avec plus de précision la sévérité de l'hypertension (11), qu'elle détecte des profils de risque plus élevé chez des sujets apparemment normotendus. Mais aussi parce que « l'effet blouse blanche » et l'effet placebo en sont quasiment absents ou négligeables. La MAPA et l'auto mesure sont ainsi à même de fournir de précieuses informations même lorsque les sujets sont normotendus en consultation, surtout s'il existe de nombreux facteurs de risque et une atteinte des organes cibles.

Hors un document (12) sur la prise en charge du patient hypertendu en médecine générale élaboré à partir de données de la littérature et d'une enquête d'opinion multicentrique auprès de 120 médecins généralistes montre que 90,4 % des médecins généralistes prennent systématiquement la pression artérielle de tous les patients adultes.

L'ensemble de ces éléments conduit à s'interroger sur la place à accorder à la mesure de la pression artérielle par le médecin généraliste quotidiennement pour faire face à cette maladie fréquente et peu symptomatique initialement.

1.5 PRISE DE TENSION DU POINT DE VUE DES PATIENTS

Il existe deux thèses de Médecine Générale (13) (14) « 2006/Nantes et 2007/CAEN ». Ces études qualitatives analysant le point de vue des patients sur la prise de tension artérielle, ont montré que ce qui compte pour les patients dans la « prise de tension » est plus la connaissance des chiffres tensionnels que le geste de prendre la tension lui-même. C'est la valeur normale des chiffres tensionnels qui rassure le patient. Ils connaissent l'importance du dépistage de l'hypertension et les complications cardiovasculaires.

1.6 RELATION MEDECIN – MALADE EN MEDECINE GENERALE

Un généraliste c'est un spécialiste de premier recours, rendant pour l'OMS des soins de santé essentiels, rendus universellement accessibles à tous les individus (15). Ce praticien coordonne les soins nécessaires au patient, assure la synthèse, permet la continuité des soins par un suivi au long cours et développe une démarche de santé publique.

On retiendra la définition fournie par la WONCA (16) (World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/family physicians) et qui caractérise la médecine générale selon 11 critères (tableau 4)

Ce médecin généraliste premier contact du système de soins avec un rôle de conseil et de prévention crée avec le patient une relation particulière chargée de symboles et d'attentes réciproques, communément appelée « relation Médecin – Patient/Malade).

Selon les termes de Balint dans «Le médecin, son malade et la maladie», le malade fait des «offres» (série de symptômes) au médecin. Celui-ci, en fonction de ses convictions, de son savoir-faire, son temps, va plus ou moins prendre en considération un ou plusieurs de ces symptômes offerts et donner un type de réponse.

La relation médecin-malade est un investissement commun. Le malade investit son médecin d'un rôle de guérisseur, mais d'autre part le médecin espère bien se faire entendre de son malade pour pouvoir l'aider.

Ainsi le malade attend un traitement et un diagnostic et le médecin attend que le malade accepte le diagnostic et son traitement. Les patients attendent beaucoup de la qualité de la relation qui s'établit avec ceux qui les soignent. Quand ces mêmes patients émettent des réserves, c'est sur le temps dont dispose le médecin ou sur sa capacité à expliquer les choses.

Le médecin généraliste en multipliant ce geste est au cœur de cette interrogation.

La tension artérielle nous l'avons vu est un motif fréquent de consultation. Quand on entre dans un cabinet médical on entend souvent la phrase « Pourriez-vous me prendre la tension docteur ? Qu'elle est ma tension aujourd'hui ? ». Des phrases qui se répètent lors des consultations. Or, dans la littérature aucune recommandation officielle n'existe sur la fréquence de prise de tension artérielle chez un normotendu. Actuellement des

études existent sur le point de vue des patients montrant une très grande importance des chiffres, c'est un geste qui fait partie de la consultation pour le patient (13) (14). Le point de vue des médecins sur la prise de tension n'a pas été exploré dans la littérature française et internationale.

C'est un geste fréquent que les généralistes effectue sans recommandation officielle nous devons nous poser la question : Pourquoi les généralistes prennent-ils la tension artérielle en consultation aux patients normotendus connus ?

1.7 OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les représentations du médecin vis à vis de la prise de tension artérielle chez un patient normo tendu.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 PARTICIPANTS

Le recrutement des médecins interrogés s'est fait par différents moyens :

- Envoi d'email aux médecins Maîtres de Stage Universitaires (MSU) de la Faculté de Médecine de Nice.
- Appel téléphonique direct via l'annuaire et les pages jaunes.
- Appel téléphonique des médecins ayant adressé un patient aux courts séjours gériatriques de l'hôpital de Cimiez, lieu de mon stage pendant la réalisation de la thèse.

Une répartition homogène sur le département a été recherchée en adaptant au fur et à mesure des entretiens la localité de recrutement. Lors du recrutement une dizaine de médecins ont décliné la proposition de participer à l'étude. Certains ont dit ne pas avoir le temps, pour d'autres le sujet ne les intéressés pas.

Ainsi, des médecins travaillant dans l'arrière pays ont fait des entretiens.

Le critère d'inclusion des participants était : Médecin Généraliste inscrit au tableau de l'Ordre des médecins exerçant dans les Alpes Maritimes, les Bouches du Rhône et le Var. Les médecins ont été recrutés selon un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale ». Ce n'est pas la représentativité de l'échantillon qui est visée, mais la diversité maximale en termes d'âge et de sexe, de localisation d'exercice et type d'exercice.

Le recueil des données socio-démographiques nécessaires à la caractérisation du panel a été réalisé en début d'entretien lors de l'interrogatoire.

La taille de l'échantillon n'a pas été déterminée à l'avance. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à « saturation des idées », définie comme l'absence d'identification de nouveaux codes dans les deux derniers entretiens.

2.2 CHOIX DE LA METHODE

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans la zone considérée.

Les études qualitatives sont issues des sciences humaines et sociales. C'est un outil de référence en recherche scientifique. Ce type d'étude relève des hypothèses pour la compréhension de phénomène et de comportements dans leur contexte naturel (17)(18).

Le chercheur recueille le discours du médecin au cours d'un entretien, il utilise un canevas qui s'appuie sur une trame de thèmes avec une grille préétablie de questions ouvertes à aborder pour répondre à la question de l'étude. Ce type d'entretien laisse la possibilité à la personne interrogée de partager son expérience et son ressenti de manière spontanée. Par opposition, la réalisation d'un questionnaire fermé n'aurait laissé aucune place à de nouvelles propositions rendant l'entretien bien moins riche.

L'entretien semi dirigé permet également à l'enquêteur de contrôler l'information recueillie en relançant le médecin pour ne pas méconnaître une des facettes du sujet ou plus simplement pour recadrer l'entretien lors de digressions trop loin du sujet de l'étude.

Le guide d'entretien (Annexe 1) sert de trame pour le chercheur pendant le déroulement des entretiens.

Il a été élaboré selon la revue de la littérature pour explorer les représentations du médecin vis à vis de la prise de tension chez les patients normo-tendus et afin de comprendre pourquoi les médecins généralistes prennent la tension lors d'une consultation chez un patient normo-tendu.

Ce guide a été validé lors de la cellule qualitative en présence d'un référent « étude qualitative » du département d'enseignement et de recherche de médecine générale (DERMG) de la faculté de Médecine de Nice.

La première partie était un questionnaire visant à qualifier l'échantillon de médecins interrogés sur le plan socio-démographique, avec leur sexe, leur âge, lieu d'exercice, type et durée d'exercice et appareil utilisé.

Ces informations permettaient aussi d'orienter le recrutement des médecins pour les entretiens suivants afin d'obtenir un échantillon le plus diversifié possible.

La seconde partie était le guide d'entretien lui-même, sous forme d'un questionnaire semi-dirigé. Il s'agissait de 12 questions ouvertes, servant d'amorce à la discussion.

Cette méthode permettait une discussion libre avec le médecin, tout en gardant la possibilité de recentrer la conversation.

L'enquêteur pouvait formuler d'autres questions au cours de l'entretien, en rebondissant sur des propos pour les faire expliquer ou approfondir.

Cette trame n'était pas figée, elle a évolué au fil des entretiens. Après quelques entretiens, des questions très productives, non programmées initialement, ont été ajoutés au canevas. D'autres questions, n'amenant jamais d'arguments supplémentaires, ont en revanche été supprimées.

Un entretien « pilote » a été réalisé auprès d'un médecin généraliste pour vérifier la bonne compréhension des questions et thèmes abordés.

2.3 DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Après la prise de contact, et si le médecin acceptait de participer à l'étude, un rendez-vous était fixé selon ses disponibilités pour la réalisation de l'entretien.

Les entretiens se sont presque tous déroulés dans un lieu choisi : au cabinet du médecin généraliste, afin d'obtenir de meilleurs résultats. Un entretien s'est déroulé à la faculté de médecine de Nice pour convenance personnelle.

Les entretiens n'ont jamais été réalisés en présence d'un tiers et jamais par téléphone.

Tous les entretiens ont été menés par le même enquêteur qui s'est présenté en tant qu'interne en médecine préparant sa thèse.

L'enregistrement s'est fait par dictaphone Olympus VN-240PC et caméra Canon HFR306 pour permettre un double enregistrement des entretiens et éviter les pertes et les entretiens de mauvaise qualité sonore. La caméra n'était pas pointée sur le médecin, le but de celle-ci était d'avoir un enregistrement sonore seulement.

Le consentement des médecins a été recherché et obtenu oralement, après une information claire sur l'enregistrement des données, sur le support informatique et les réglés de confidentialité et d'anonymisation des données. Cette démarche était effectuée

dès le premier contact et le rappel des informations et le consentement était recherché une seconde fois avant le début de chaque entretien.

La durée des entretiens a varié de 15 à 45 minutes ; soit 30 minutes en moyenne.

Les données audio des entretiens ont ensuite été retranscrites mot pour mot sur traitement de texte (Microsoft Office Word 2010)

2.4 ANALYSE DES DONNEES

2.4.1 ANALYSE DES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Les données issues des questionnaires ont ensuite été retranscrites sur un tableur (Microsoft Office Excel 2010) pour en faire ressortir les caractéristiques dominantes concernant la population étudiée.

2.4.2 ANALYSE DES VERBATIM

Cette retranscription sur Word, par l'enquêteur, au fur et à mesure des entretiens, a permis de dégager des thèmes d'analyses et des hypothèses. L'encodage des données a été réalisé à l'aide du logiciel Nvivo 10 (version pour Mac) et une analyse thématique a été effectuée.

Cette méthode a été choisie pour sa maniabilité et sa reproductibilité.

Pour éviter les biais d'interprétation : un double codage avec par deux chercheurs a été effectué indépendamment.

2.4.3 REALISATION DE LA BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie a été réalisée avec le logiciel Zotero, version 4.0.23

La recherche documentaire s'est concentrée sur plusieurs axes :

- Utilisation de moteur de recherches spécialisées : Pubmed. Utilisation de mots clés pour les différents thèmes de recherche avec leur équivalence en MeSH Terms :

Pression artérielle : Arterial pressures/ blood pressure,

Mesure de la pression artérielle : blood pressure determination, blood pressure monitoring,

Normotendu : normotensive

Suivi pression artérielle : Blood pressure monitoring, ambulatory

Fréquence :frequency

Fréquence prise tension artérielle : Blood pressure monitoring, frequency

Médecin généraliste :general practitioner/family practice

Ambulatoire : ambulatory

- Utilisation des moteurs de recherche généraliste : google scholar et BML. Mots clés utilisés :

« Patient normotendu », « tension artérielle », « médecine générale », « représentation », « relation médecin- malade », « mesure pression artérielle ».

-Utilisation des systèmes universitaires de documentation (SUDOC et BIU santé Paris Descartes)

- Bibliographie des documents identifiés grâce aux précédentes méthodes de recherche

- Recherche sur les sites des sociétés savantes : CNGE ; SFMG ; SFDRMG;

- Recherche sur les sites : HAS ; ANSM ; OMS

3. ANALYSE DES RESULTATS

➤ DONNEES GENERALE SUR LES ENTRETIENS

Les entretiens ont été réalisés par un seul interviewer entre janvier 2015 et mai 2015. La méthode de répartition utilisée a permis une répartition géographique satisfaisante pour étudier les différents lieux d'exercice (figure1).



Figure 1 : Répartition géographique des médecins interrogés

Au total, 15 entretiens ont été réalisés auprès de Médecins Généralistes exerçant dans le département des Alpes-Maritimes, Var et les Bouches du Rhône.

Le recrutement a été clos au 15^{ème} entretien, après être arrivé à saturation de données.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont décrites dans le tableau 3 :

La moyenne d'âge était de 47,5 ans (âge minimum : 29 ans, âge maximum : 63 ans ;

médiane : 49 ans). Parmi les médecins, on retrouvait 5 femmes et 10 hommes soit 66% d'hommes. 3 médecins exerçaient en milieu rural et 3 en semi-rural et les 9 autres exerçaient en ville.

Entretien	Age	Sexe	Année d'exercice	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Appareil mesure
1	59	M	30	Péri -urbain	groupe	Manuel
2	63	M	32	Urbain	seul	Manuel/ Automatique
3	32	F	3	Rurale	remplacement régulier/seul	Automatique
4	57	M	29	Urbain	groupe	Manuel
5	30	F	1	Urbain	seul/médecine anti âge	Manuel
6	49	F	20	Urbain	seul	Manuel
7	56	M	28	Urbain /menton	groupe	Manuel
8	62	F	37	Urbain	seul	Automatique
9	40	M	13	Urbain	groupe+salarie	Manuel
10	58	M	24	Rurale	seul + salarié	Manuel
11	49	F	20	Urbain	groupe	Manuel
12	39	M	10	Semi rurale	groupe	Manuel
13	29	M	1	Rurale	seul	Manuel
14	55	M	28	Urbain	seul	Manuel/Automatique
15	35	M	6	Urbain	groupe	Automatique

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins interrogés

➤ PARTIE QUALITATIVE :

Pour la présentation des résultats de l'analyse qualitative, il a été choisi de présenter la réponse à la question : « pourquoi les généralistes prennent-ils la tension chez le normotendu ? » en 5 grandes parties regroupant toutes les idées soulevées lors des entretiens par les médecins généralistes.

Les résultats sont repris sous forme de schéma heuristique dans la figure 2.

Pour finir d'explorer les représentations du médecin vis à vis de la prise de tension nous répondrons aux questions :

- A qui les médecins généralistes prennent-ils la tension artérielle ?
- Quels sont les effets délétères pour les médecins de la mesure de pression artérielle?
- A t'elle encore une utilité en ambulatoire?
- Les médecins généralistes connaissent-ils des recommandations sur la fréquence de prise de tension chez un patient normotendu ?
- Des recommandations seraient-elles utiles selon eux ?

3.1 DIAGNOSTIC ET DEPISTAGE

3.1.1 DIAGNOSTIC ET DEPISTAGE D'UNE HYPERTENSION ARTERIELLE

« Pourquoi nous prenons, je prends la tension d'un patient normo-tendu ? Pour savoir s'il reste toujours normo-tendu »

« L'hypertension c'est asymptomatique. La prise de la tension ça permet de prendre en charge quelque chose qui n'est pas une maladie encore »

« Ben c'est sûr que c'est par rapport à des chiffres, savoir si le patient est normo-tendu ou pas »

« J'attends de voir que sa tension soit normale. Après ça me permet de voir, de dépister des hypertendus »

« Dépister une éventuelle hypertension premièrement »

Il s'agit de la seule réponse revenant systématiquement dans les 15 entretiens.

Les médecins prennent la tension artérielle au cabinet à un normo-tendu pour dépister une hypertension, vérifier son statut de normo-tendu. Ils s'aident des chiffres et des recommandations car pour eux l'hypertension est souvent asymptomatique. La prendre c'est contrôler l'absence d'hypertension de novo. La mesure de la pression artérielle au cabinet médical est encore la méthode de référence pour le diagnostiquer une hypertension artérielle.

3.1.2 PRISE DE TENSION EN FONCTION DE L'AGE ET DES FACTEURS DE RISQUE CARDIO VASCULAIRE

« une tension artérielle élevée au cabinet c'est l'entrée dans la réflexion : est-ce qu'il y a derrière une pathologie, est-ce qu'il y a un risque cardiovasculaire dans le futur et quelle est ma place en tant que médecin dans l'accompagnement de cette personne avec ce chiffre isolé »

« Bon au-delà de 50 ans je commence à prendre la tension quand même relativement systématiquement, même s'il vient pour autre chose. A 25 ans je ne la prends pas »

« Je commence à m'y intéresser au-delà d'un certain âge et en fonction des facteurs de risque cardiovasculaire. »

« Ben parce que ça fait partie des maladies vasculaires cardiovasculaires, dont c'est là... en médecine générale c'est le premier choix premier recours pour diagnostiquer ces maladies heu... cardiovasculaires »

C'est une réponse assez fréquente des généralistes interrogés. Ils adaptent leur prise de tension et surtout leurs fréquences de prise à l'âge des patients et leurs facteurs de risque cardio vasculaires. La tension artérielle fait partie intégrante du risque cardio vasculaire du patient pour eux. S'ils découvrent un chiffre élevé, une anomalie c'est un signe d'alarme avec recherche de pathologie et d'autres facteurs de risque cardio vasculaire associés. La réflexion principale est de savoir si ce chiffre douteux est isolé ou pas ?

3.1.3 DIAGNOSTIC ET DEPISTAGE D'UNE HYPOTENSION

« Je parlais des situations cliniques, donc chez les personnes âgées pour dépister des hypo... lors de situations de chute, pour dépister des hypotensions orthostatiques, ça m'arrive de faire des tests d'hypotension orthostatique sur 10 minutes. »

« Soit découvrir une hypertension, soit une hypotension »

A l'inverse les médecins prennent aussi la tension à la recherche d'hypotension. Fréquemment chez les personnes âgées en fonction des situations pour diagnostiquer une hypotension orthostatiques ou expliquer un malaise.

3.1.4 UNE PRISE DE TENSION EN FONCTION DE LA SITUATION CLINIQUE

« dans certaines situations cliniques, bon, les personnes qui pourraient présenter des chocs, hein... dans les problèmes d'allergie, dans les problèmes infectieux hein, pour quelqu'un qui a, qui a de la fièvre, qui... qui manifestement... qui n'est pas en forme... Bon, après dans tous les états viraux et grippaux, souvent les tensions sont un petit peu basses, ça... ça m'inquiète rarement »

Les médecins généralistes ont émis la notion d'adaptation de la prise de tension en fonction de la situation clinique (aigüe ou chronique) en parlant de pathologie infectieuse ou allergique ou lors d'urgence au cabinet.

3.1.5 LA TENSION, UN PARAMETRE VITAL

« c'est un paramètre au même titre que le poids, la température, heu... le rythme cardiaque. Il est inscrit comme dans les paramètres qui permettent d'avoir une traçabilité éventuelle. Donc c'est un paramètre, une donnée, une donnée mathématique »

« Je l'inclus dans mon examen systématique, c'est un paramètre vital, ça me paraît quand même important... »

Certains médecins citent comme explication à la prise de tension le fait qu'il s'agisse d'un paramètre vital, une donnée quantitative qu'ils intègrent dans leur examen ou leur synthèse de manière systématique.

3.1.6 LA TENSION, UN REFLET DE L'ETAT DE SANTE

« Elle est présentée aussi comme étant un des, un des paramètres utiles aux scoring de l'état de santé du patient »

« Qui fait partie prenante de, de l'individu, dans, dans son état de santé »

« ensuite qui peut donner des indications sur une fatigue, enfin, certains symptômes... En moins ou en plus »

« que c'est normal aussi que la tension soit plus basse quand on est fatigué, malade, qu'on a une virose »

Certains médecins associent la tension à l'état de santé et argumentent la prise de celle-ci. La tension artérielle fait partie de l'individu dans sa globalité pour certains. Les chiffres tensionnels sont intégrés à un score de santé. Une tension basse donnera des indications sur l'état actuel de santé du patient.

3.1.7 SURVEILLANCE DES EFFETS SECONDAIRES D'UN TRAITEMENT

« c'est vrai que quand je prescris... suivant la prescription de certains médicaments qui sont vachement fréquents... heu...je considère que c'est utile, qu'il faut vérifier, qu'il n'y ait pas eu de problème entre temps. »

« je mets des anti-inflammatoires ou des corticoïdes, je prends toujours la tension. »

Moins fréquemment mais quand même relevé, la tension est prise en fonction des traitements médicamenteux prescrits. La surveillance des effets secondaires de traitements connus comme pouvant augmenter la tension pousse certains praticiens à être plus vigilants.

3.1.8 PRISE DE L'AUTOMESURE PAR LE PATIENT AU DOMICILE NON CONFORME

« Le problème c'est pas tellement la, c'est pas tellement le... la complication de... de faire marcher l'appareil, c'est la façon de prendre la tension. Puisque les gens à la maison prennent la tension debout, heu... assis heu... le bras pendant heu... voilà. J'essaie à chaque fois d'expliquer d'être allongé 10 minutes, la main posée sur le cœur, heu... voilà. Mais après ils ont pas forcément le temps, ils ont pas forcément le... l'habitude ni rien »

« Encore une fois les patients en auto-mesure, je pense sincèrement qu'il y en a un sur deux qui sait pas la prendre, voir deux sur trois. Surtout que c'est souvent des personnes âgées qui ont pas forcément l'habitude, qui mettent pas forcément bien le... le... tensiomètre au poignet »

« C'est qu'on réajuste des chiffres tensionnels qui ont été pris ou mal pris. »

Les praticiens considèrent beaucoup l'automesure et connaissent ses avantages et son rôle dans le repérage de certaines « hypertensions blouse blanche ».

L'automesure peut avoir comme avantage d'éviter des traitements inutiles.

Mais certains médecins pointent du doigt une méthode avec des conditions de mesure à respecter pour obtenir des résultats fiables et des patients pas forcément au clair sur la méthode pouvant entraîner des résultats faussés.

L'utilisation de cette méthode pour les personnes âgées est remise en cause ici par certains. Ils préfèrent donc reprendre la tension au cabinet pour réajuster les chiffres.

3.1.9 METHODE DE PRISE DE TENSION

« Le patient arrive au cabinet il s'installe, on discute de ses problèmes puis il passe sur la table d'examen, il s'allonge sur la table d'examen, je lui installe le brassard et je continue à discuter pendant un petit moment de façon à ce que les variations tensionnelles dues au changement de position, au déshabillage soit annulées »

« Si c'est un renouvellement, alors c'est pas pareil. La personne va être allongée, je vais positionner le brassard dès le début. Et je vais commencer un examen physique souvent à

partir des pieds et je remonte. C'est un rituel, la personne sera allongée depuis un certain temps déjà avant que je prenne la tension artérielle. »

« Motif de consultation, après... si vous voulez bien, on passe à côté. Heu... asseyez vous. Est-ce que vous pouvez enlever le pull et la chemise s'il vous plait. Et puis je prends la tension. »

« J'examine d'abord la raison de la consultation, le motif de consultation, on va dire la pathologie ORL, et je prends la tension après. Donc il y a quelques minutes de battement entre le début de la position assise. »

Les médecins lors des entretiens décrivent une méthode plus ou moins standardisée avec un interrogatoire/examen clinique et un repos avant la prise de tension. Tous connaissent les recommandations de bonne pratique. Certains la prennent aux 2 bras, assis ou couché sans préciser s'ils effectuent ce geste lors d'une première consultation.

La mesure de la pression artérielle à l'aide d'un stéthoscope et d'un sphygmomanomètre est la référence. Un médecin a précisé utiliser un appareil à mercure. Les autres utilisent des appareils anéroïdes.

Certains adaptent en fonction du motif de consultation leurs méthodes de prise de tension. Mais tous s'accordent à aménager un temps de repos assis ou coucher avant la prise de tension pour minimiser les faux positifs.

Une valeur dans les limites hautes pour tous les médecins est contrôlée lors de la même consultation à distance de la première prise.

3.2 MEDECIN

3.2.1 PARTI INTEGRANTE DE L'EXAMEN CLINIQUE DE BASE

« C'est le B.A BA de l'examen »

« Après la tension, l'auscultation, les... les axes vasculaires, la palpation abdominale. Dans... dans l'examen clinique, c'est la base de tout. Enfin, la base de tout... c'est pas la base de tout, c'est le premier examen simple à faire... en dépistage. »

« c'est comme, la tension c'est pareil que si j'écoutais le cœur, ou heu... comme quand je prends le pouls Je pense que c'est des actes automatiques que l'on fait, quoi »

« c'est l'acte principale de la médecine générale oui »

« pour moi entre la prise de tension et la prescription d'ordonnance ce sont les deux heu... les deux enfin, les deux piliers d'une consultation »

Pour les médecins généralistes la prise de tension fait partie intégrante de leur examen clinique complet de routine. Certains diront que c'est l'acte principal de médecine générale, d'autres que c'est un des piliers de la consultation. C'est pour eux un examen simple qu'ils intègrent à leur consultation de base et à qui ils donnent une grande importance.

3.2.2 ATTENTE DU PATIENT SELON LE MEDECIN

« Je pense qu'il y a une certaine catégorie de gens qui l'attendent, »

« chez les personnes d'un certain âge, pour eux la prise de tension est une partie intégrante de la consultation »

« Je pense que les personnes âgées oui, attendent systématiquement qu'on leur prenne la tension. Voir même des deux côtés. Voir même plusieurs fois s'ils pouvaient »

« Pour eux, c'est très important pour les patients, ils ont l'impression qu'il manque vraiment quelque chose, ils sont inquiets par rapport à leur tension, même ceux qui n'ont pas d'hypertension artérielle »

« Moi je pense qu'ils l'attendent, même... même quelque soit leur cause de consultation »

« J'ai des patients qui sont venus en me disant « le médecin m'a pas pris la tension ». Je parle des généralistes »

C'est aussi la réponse quasi systématique des médecins interrogés. Pour les médecins le patient attend en consultation une prise de tension. D'autant plus chez les personnes âgées.

3.2.3 PREUVE DE LEUR INVESTISSEMENT ET DE L'ATTENTION QU'ILS PORTENT AU PATIENT

« L'attention qu'on leur porte en fait... l'attention qu'on leur porte... Euh, oui, parce que c'est ça, ils ont... pour eux, si on leur prend pas la tension finalement on n'a pas fait une consultation, un examen complet et on leur a pas prêté assez d'attention et symboliquement, oui, pour eux, je pense aussi que ça signifie ça »

« c'est leur faire prendre conscience que je les prends en charge en fin de compte de A à Z. »

« espèce de fétichisme pour le patient qui considère qu'on l'a pas vu correctement si on lui a pas pris sa tension artérielle et qui aime bien rentrer chez lui en disant « j'ai vu le Docteur aujourd'hui, j'avais 13/8 »

« C'est peut être la preuve que... qu'on a essayé de faire un examen heu... complet qu'on s'est investi dans l'examen de la personne. »

Argument invoqué par de nombreux praticiens lors des entretiens. Ils utilisent ce geste comme preuve de leur investissement complet sur la prise en charge du patient.

Nous avons vu plus haut que pour le médecin, les patients sont très demandeurs.

En répondant à cette demande certains utilisent ce geste pour matérialiser leur travail et avoir une preuve de celui-ci.

3.2.4 RASSURER LE MEDECIN

« Bon à part me rassurer. De pas passer à côté d'un problème de tension »

Un praticien cite comme explication à la prise de tension le fait de se rassurer en faisant un examen simple pour ne pas passer à coté d'une hypertension ou autres pathologies aiguës.

3.2.5 PEUR POUR LE MEDECIN D'UN TRAVAIL DE MAUVAISE QUALITE

« quand il me demande, je lui prends et je me sens dans l'obligation de justifier : « oui mais vous savez, vous avez toujours une tension artérielle normale... de temps en temps si on la prend pas c'est pas un problème, on ne rate rien». Mais je me sens en défaut dans ce cas là, puisque je dois me justifier »

« Parce que j'ai l'habitude et puis j'ai... je veux dire...si je me force pas à être systématique j'ai peur que... à force je finisse par bâcler les gens. Et je crois que il faut pas qu'on bâcle les patients »

Certains médecins au quotidien dans une démarche diagnostic prennent la tension pour rester systématique dans leur examen clinique. Ils pensent que c'est un moyen pour ne rien oublier et réaliser une médecine de qualité. La prise de la tension rassure le praticien sur son exercice et sa bonne pratique. La prise en charge du patient dans sa globalité est soulignée ici.

3.2.6 MOMENT CREUX PERMETTANT UNE REFLEXION

« c'était un petit moment justement creux, où je réfléchis à autre chose déjà, où j'anticipe la suite de l'entretien, de l'examen »

Un médecin lors de l'interrogatoire nous dit utiliser le temps de la prise de tension pour réfléchir à la suite de son examen, à savoir comment elle oriente sa prise en charge. Celle-ci utilise un appareil à tension automatique lui procurant plus de temps.

3.2.7 LA PRISE DE TENSION UN ACTE TECHNIQUE ANCIEN

« L'appareil de tension, c'était le seul acte technique qui existait avant qu'on invente toute sorte d'autres appareillages »

La prise de tension artérielle s'explique car le stéthoscope et le brassard à tension permettent depuis longtemps de réaliser un geste technique en consultation. C'est pour lui le plus ancien acte technique dont dispose le médecin.

3.2.8 UNE PRATIQUE GENERATIONNELLE

« J'avais entendu dire que ça ne servait pas à grand-chose... Mais en ce qui me concerne, ça fait partie prenante de mon examen.

Je suis un vieux maintenant c'est peut-être que c'est aussi de mon époque »

« Moi pour l'instant je le fais peut être parce que je suis jeune encore »

Deux médecins d'âges très différents (un jeune et un plus âgé) évoquent comme argument une pratique générationnelle à la prise de tension.

Le premier qui continue à la prendre nous informe qu'il a été formé comme cela « c'est de mon époque » et le deuxième évoque sa jeunesse pour expliquer son geste.

3.2.9 JUSTIFICATION DU TARIF D'UNE CONSULTATION

« Et même une justification, même pour des consultations très simples de renouvellement, oui de renouvellement de traitement, où on, on a vu le patient pas longtemps avant, on a pas forcément besoin de refaire tout l'examen clinique approfondi, ben disons en gros, l'examen clinique dans ces cas là se limite à la prise de tension, un petit coup de stétho au niveau du cœur, des poumons rapide, donc ça justifie un peu la consultation aussi simple de renouvellement. »

« Je me sens en droit, on va dire, d'être payé une fois que j'ai pris la tension. »

Pour certains médecins généralistes la prise de tension permet de justifier le coté financier de leur consultation. Ils se sentent en droit de demander 23 euros au patient, d'être rémunérés pour un acte réalisé. La prise de tension matérialise leur travail.

D'autres l'utilisent lors de consultation courte, simple chez un patient ayant été vu récemment et dont l'examen clinique complet n'est pas nécessaire. Pour ces médecins c'est un outil justifiant leur travail et leur rémunération.

3.2.10 JUSTIFICATION DE LA NON PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE

« ça permet surtout encore une fois de mettre un geste médical en plus qui me permet derrière de justifier une non prescription »

« Donc tension, sat, pouls, heu... voilà, température, tout est correcte, tout va bien, heu... ouais... vous avez pas besoin de traitement »

« ça me donne un peu de, de consistance, ça donne un côté scientifique à ma non prescription »

La prise de tension peut être utilisée pour justifier la non prescription médicamenteuse. Le geste et sa symbolique pour le patient servent d'argument au médecin. Il utilise les chiffres tensionnels et les constantes pour expliquer un bon état général. En détournant la prise de tension avec son coté scientifique et médical il donne du poids à son discours.

3.2.11 LA TENSION ARTERIELLE UNE CONSTANTE DANS LE DOSSIER MEDICAL

« La deuxième motivation c'est d'abord dans mon dossier médical une tension notée ce qui est en général une bonne chose »

« j'aime bien moi avoir une tension dans le dossier »

« paramètres qui permettent d'avoir une traçabilité »

La tenue du dossier médical du patient sert comme argument à la prise de tension artérielle. Certains pour convenance personnelle, d'autres pour la traçabilité.

3.2.12 UNE RECOMMANDATION DE LA SECURITE SOCIALE

« puis parce que sur la nomenclature de la Sécurité Sociale, il est décrit que la consultation, c'est une prise de tension. »

« je vous dis y a aussi cette... cette... loi que nous avait imposée la sécurité sociale en nous disant : y a pas de consultation si y a pas de prise de tension »

Deux médecins citent la sécurité sociale et notamment le fait que lors d'une consultation médicale une prise de tension est obligatoire pour justifier celle ci et ses honoraires. Dans la littérature il n'y a pas été retrouvé d'écrit sur ce point.

3.2.13 CHIFFRES

« En tous les cas, dans, dans ma tête, c'est peut-être... Mais la tension... Quels chiffres, chiffres à dépasser ou pas, voilà... pathologiques ou pas. »

« Ben à part les chiffres... A part les chiffres... Rien ! »

« moi c'est ce qui m'importe hein, les chiffres oui »

« C'est un grand débat parce que heu... Y a ce qu'on a appris sur la normalité de la tension artérielle. Y a ce que, ce que le savoir scientifique nous dit en évoluant, puisqu'il évolue. Y a aussi ce que la société voudrait nous voir récupérer à travers la tension artérielle, c'est-à-dire la médecine éventuellement préventive. Et il y a aussi, ce que les sociétés industrielles pharmaceutiques voudraient nous voir récupérer à travers de nouvelles définitions de la tension artérielle. »

De nombreux praticiens donnent une grande importance à la tension artérielle et d'avantage encore aux chiffres.

Certains sont binaires avec les chiffres : élevé ou bas/ pathologique ou non. La prise de tension ne représente que les chiffres pour eux.

Ils sont conscients que les chiffres représentent la tension à un moment précis qu'il faut les englober dans d'autres paramètres dont les facteurs de risques cardiovasculaires et les re-contrôler à distance. Le traitement d'un patient ne pouvant être débuté ou argumenté sur une seule prise de tension au cabinet. Mais certains médecins donnent une grande importance aux chiffres.

3.3 LE MALADE

3.3.1 DEMANDE CLAIRE DU PATIENT

« C'est une demande...C'est... Le patient... D'une manière générale, c'est pas systématique mais d'une manière générale, le patient demande la tension, même s'il est là pour autre chose, il revient trois jours après montrer des résultats d'une échographie par exemple, il faut, on veut qu'on lui reprenne la tension. La prise de tension rassure le patient »

“des fois on a la remarque : « tiens docteur vous ne m'avez pas pris la tension » ce qui... Donc on a manqué à une attente du patient”

“ y a des gens qui me demandent : « Docteur vous ne m'avez pas pris la tension » ou heu «est-ce que vous pouvez me prendre la tension » etc.”

Nous avons vu plus haut qu'il existait selon les médecins une attente des patients pour une prise de tension artérielle en consultation.

Lors des entretiens certains praticiens ont formulé des exemples de demande qu'ils avaient souvent lors de la pratique de leur exercice. La phrase : « prenez moi la tension ? ou Docteur vous ne m'avez pas pris la tension » reviennent souvent.

3.3.2 FAIRE PLAISIR AU PATIENT

« il est effectivement du côté de ce que fait réellement le médecin, pour pouvoir faire plaisir au patient »

« parfois y aurait pas de besoins vraiment médicaux, pour faire plaisir aussi, ça existe ça »

« Je leur prends la tension, ils sont contents, ils ont vu le médecin »

C'est ici une réponse fréquente donnée comme argument pour s'expliquer.

Il est à noter qu'une prise de tension artérielle peut être réalisée pour faire plaisir aux patients. Par moment il n'y a pas de raison médicale évoquée.

Le médecin utilise cette pratique pour renforcer ses liens avec le patient et avoir un effet bénéfique dans la relation médecin- malade.

3.3.3 REASSURANCE DU PATIENT

« Pour rassurer les patients. Ça fait partie pour eux de l'examen médical et donc heu... voilà. Et quand on le fait pas ils le font remarquer. »

« je les rassure en leur disant que la tension, elle varie d'un moment à l'autre selon l'effort, selon l'émotion et qu'on vérifiera lors d'une prochaine... lors d'une prochaine consultation la tension »

« c'est plus en effet un côté rassurant, hein, le fait de prendre la tension artérielle chez le médecin généraliste c'est surtout ça. C'est rassurer les patients. »

« ça peut représenter un petit cocooning sur le patient, »

Largement cité par les praticiens la prise de tension artérielle en ambulatoire pour rassurer le patient.

D'après les données de la littérature nous savons que les patients sont très attachés aux chiffres de tension artérielle. Ils sont très importants pour le patient et il leur est la plupart du temps indispensable de les connaître pour que la consultation soit accomplie. Avec la prise de tension il y a des découvertes fortuites d'hypertension artérielle. Les médecins rassurent les patients avec souvent le même discours qu'il faut plusieurs prises de tension pour diagnostiquer une hypertension artérielle et que la tension varie dans la journée en fonction de notre activité et des différents facteurs. Le mot d'ordre des médecins est de rassurer le patient qui donne une trop grande importance à un chiffre sans forcément connaître les modalités techniques ou les complications.

3.3.4 REPRESENTATION DE BONNE PRATIQUE POUR LE PATIENT

« on revient effectivement à ce rituel de, je vais dire de.. de représentation de bonnes pratiques »

« espèce de fétichisme pour le patient qui considère qu'on l'a pas vu correctement si on lui a pas pris sa tension artérielle et qui aime bien rentrer chez lui en disant « j'ai vu le Docteur aujourd'hui, j'avais 13/8 »

« Il a l'impression qu'on l'a bien examiné. »

L'importance de la tension artérielle est encore soulignée ici lors des entretiens.

Le terme de rituel est utilisé ici pour l'acte de prise de tension. La visite chez le médecin est résumée par le patient à son entourage par la prise de tension et son chiffre.

Celle ci représente des normes de bonne pratique que les patients se sont imaginés/crées.

3.4 RELATION MEDECIN- PATIENT

3.4.1 PREMIERE PRISE DE CONTACT

« ça fait une première prise de contact physique mais un petit peu aussi à distance, avant un examen physique avec plus, où on utilise plus le toucher »

« il y a une phase d'approche hein... qui est... qui passe par le toucher hein. et par l'utilisation de certains heu... de certains instruments magiques hein, heu... comme l'appareil à tension »

« c'est le moyen d'établir le contact, de commencer l'examen clinique on va dire »

« c'est le point de départ de l'examen clinique »

Une pratique assez régulièrement rapportée par les médecins interrogés est l'utilisation de la prise de pression artérielle pour permettre un premier contact physique en passant par le toucher. Le brassard à tension et le stéthoscope sont la prolongation du bras du médecin. Pour certains c'est une entrée dans l'examen clinique, une première approche.

3.4.2 ECHANGE NON VERBAL

« un échange heu... heu... non verbal et physique avec le patient »

Un praticien met l'accent sur l'échange non verbal que procure la prise de tension. Hormis un premier contact par le toucher et le lien qui se crée entre le praticien et le patient ce geste peut permettre des échanges et des émotions.

3.4.3 RELATION MEDECIN - MALADE

« je pense que la prise de tension est vraiment institutionnalisée dans la relation médecin/patient. Ça fait partie des outils sacrés qu'utilise le médecin avec une justification scientifique, une justification non scientifique qui est beaucoup plus de communication. »

« c'est la manière de..., d'amener un intermédiaire entre le patient et nous, qui soit un représentant de la science »

« Une forme d'objectivisation de la relation »

« ça crée des relations heu... plus conviviales. »

La prise de tension pour de nombreux médecins est un outil de la relation médecin-malade. Ce geste fait partie pour les deux parties de l'examen de base en consultation et permet d'accroître une relation de confiance mutuelle. Le patient est au centre de cette relation et le médecin utilise un intermédiaire entre lui et le patient. L'utilisation de la prise de tension en consultation permet à de nombreux médecins d'avoir un poids scientifique dans leur discours et par la même occasion de renforcer la relation médecin-malade qu'ils créent en ouvrant les discussions et en communiquant.

3.4.4 LA PRISE DE TENSION ARTERIELLE : IMAGE DU MEDECIN

« dans l'esprit des gens ou à ce qui caractérise le médecin, c'est le stéthoscope. Donc heu... on va dire heu... que le tensiomètre c'est la prolongation du stéthoscope. »

« C'est comme si un médecin a pas de stéthoscope. Ça fait bizarre, voilà c'est un peu ça »

« Je leur prends la tension, ils sont contents, ils ont vu le médecin »

L'image du médecin dans l'esprit des patients est représentée par une personne en blouse avec un stéthoscope ou tensiomètre à la main. Nous pouvons voir cela dans les

magazines ou les reportages. La prise de tension fait partie intégrante d'une consultation pour les patients et l'image qu'ils se font du médecin est en lien.

3.4.5 PRISE DE TENSION OUTILS DU GENERALISTE

« Qu'il soit en terme de chiffre ou en terme de communication, c'est un outil. »

« Ça fait partie des outils sacrés qu'utilise le médecin avec une justification scientifique, une justification non scientifique qui est beaucoup plus de communication. »

Lors de l'entretien les médecins disent utiliser la prise de tension dans leurs activités comme un outil. Ils lui donnent une symbolique sacré, c'est un outil qu'ils manipulent dans leurs consultations pour communiquer avec le patient en faisant de la prévention ou plus simplement dépister une hypertension artérielle.

3.4.6 UNE JUSTIFICATION CULTURELLE

« Je pense que ça fait partie de notre culture... hein... Notre culture santé »

« j'ai été éduquée en prenant la tension systématiquement chez tous les patients. »

« la prise de tension c'était quelque chose qui est entré dans les mœurs, au moins des français, ce qui fait que... autant des patients que des médecins »

Le mot de « culture santé » ressort lors des entretiens. Certains médecins expliquent la fréquence de prise de pression artérielle en ambulatoire par un côté culturel que nous avons en France. C'est pour eux ancré dans les mœurs que ce soit pour le médecin ou le patient.

3.4.7 LA PRISE DE TENSION : UN RITUEL

« pour les consultations normales c'est un peu le rituel »

« c'est une ritualisation d'une relation »

« l'autre notion quand c'est un patient normotendu ou qui n'a aucune symptomatologie particulière c'est.. on revient effectivement à ce rituel de, je vais dire de.. de représentation de bonnes pratiques »

« on a l'impression qu'il se représente comme quelque chose de médical...enfin... Quand tu vas voir le médecin, tu te fais prendre la tension. »

L'idée d'une prise de tension rituelle en consultation est largement évoquée.

C'est un rituel pour le patient qui associe ce geste à quelque chose de symbolique et médical. La prise de tension a également une place importante dans la représentation de bonne pratique que se fait le patient.

C'est aussi un rituel dans la relation médecin- malade

3.4.8 SYMBOLIQUE DU GESTE

Discordance entre les médecins :

Pas de symbolique du geste ou de la prise de tension

« Pas de symbole pour moi »

« pas un grand symbole parce que la tension artérielle est prise par tout le monde maintenant, l'aide soignante qui vient à domicile »

Mais d'autres entretiens font ressortir :

« leitmotiv de la consultation de médecine générale »

« C'est un côté symbolique, ça marque »

-« le côté symbole d'une consultation »

Il n'y a pas de question d'âge, de sexe ou de lieu d'exercice...

3.4.9 PLACE DE LA PRISE DE TENSION ARTERIELLE

« Ben elle a une place prépondérante, même si ça m'emmerde de prendre la tension systématiquement parce qu'il y a des gens... On sait qu'on n'en a pas besoin. »

« Très importante, je me suis fait une tendinite au poignet, c'est pour ça que j'ai changé de... que j'utilise plus les »

« Ah c'est une place importante »

« J'ai même eu une tendinite, j'ai été obligé de, de, d'ailleurs d'avoir un appareil électrique parce que à force de gonfler l'appareil à tension ... (rire..) j'avais eu une tendinite du poignet je pouvais plus »

« C'est à chaque consultation je prends la tension aux patients, donc c'est incontournable »

« une grande place en ce qui concerne la... la discussion avec les autres intervenants médicaux ou paramédicaux. Parce que la prise de tension est extrêmement folklorique heu... lorsqu'elle est prise dans les maisons de retraite, à la maison, les patients ont tous acheté un appareil Moulinex sur...surement Le Bon Coin et donc ils ont tous un appareil à tension. Donc la prise de tension la place elle est que on essaye de remettre les choses à sa place justement »

La prise de tension artérielle a une place prépondérance. Les médecins attachent une très grande importance à la prise de tension. Symbole de la consultation pour certains, point de départ de l'examen, acte incontournable pour d'autres. La tension artérielle est une constante vitale objectivée par ce geste que les praticiens essaient de réaliser dans les meilleures conditions possible.

Les effets secondaires relevés tels qu'une tendinite du poignet pour deux médecins femmes montrent que c'est un acte fréquent prenant une très grande place dans la consultation en médecine générale.

« Aucune (rire...) y a pas de place. Dans mon quotidien la prise de la tension artérielle n'a pas de place »

Mais il y a une discordance entre médecins, certains ayant répondu que la prise de tension n'avait aucune place, que c'était un simple outil dans leur pratique.

3.5 PREVENTION

3.5.1 PERMETTRE D'OUVRIRE LA DISCUSSION

« ça permet d'ouvrir un peu plus la, discussion et savoir sur les règles hygiéno-diététiques, »

« Lors de tensions trop élevées, on peut discuter un peu aussi bien du coup d'autres facteurs qui élèveraient la tension : l'alimentation, les régimes tout ça... »

« elle permet d'aborder, heu.. d'autres domaines qui sont les, qui est le risque de cardiovasculaire et d'aborder une médecine préventive sur les règles hygiéno-diététiques de vie »

« c'est un intermédiaire qui permet d'aborder la prévention »

« oui ça aide à déclencher une discussion, une discussion préventive ou de conseils plus que thérapeutiques la plupart du temps. »

C'est aussi une réponse quasi systématique, les médecins interrogés utilisent la prise de tension pour ouvrir une discussion et aborder des thèmes de discussion comme les facteurs de risques cardiovasculaires, les mesures hygiéno diététiques.

Nous sommes ici dans un outil que le médecin généraliste utilise pour faire de la prévention primaire. Certains diront que « ça apporte un peu d'eau au moulin » ou que c'est « un intermédiaire pour aborder la prévention ». Ce ne sont pas seulement les tensions artérielles hautes qui permettent d'ouvrir une discussion. Une tension normale permet aussi d'aborder tous les sujets. Le médecin généraliste utilise donc les chiffres de tension artérielle mais aussi le geste et sa symbolique pour le patient afin de transmettre les messages choisis.

3.5.2 MESSAGES

- « ça permet d'expliquer qu'il y a une partie de la médecine qui est une médecine préventive où on va devancer, ne va pas attendre la symptomatologie, hein, pour pouvoir s'occuper de prise en charge de problèmes de santé »

- « elle permet d'aborder, heu.. d'autres domaines qui sont les, qui est le risque de cardiovasculaire et d'aborder une médecine préventive sur les règles hygiéno-diététiques de vie »

- « quelqu'un de 20 ans, 30 ans ou 40 ans qui n'est pas hypertendu, qui n'a pas de traitement, comprend pas forcément pourquoi on va forcément lui prendre la tension. Donc ça me permet derrière de lui passer un message un peu de prévention en disant que... ben le médecin moins on le voit, mieux on se porte, mais il arrive un âge où il vaut mieux le voir, il vaut mieux prévenir que guérir
on amène la voiture à la révision tous les 30 000, ben c'est un peu la même chose pour le...
le...pour le corps »

- « oui ça aide à déclencher une discussion, une discussion préventive ou de conseils plus que thérapeutique la plupart du temps. »

Les médecins interrogés utilisent quasiment tous la prise de tension artérielle pour des messages de prévention primaire.

Certains comparent le corps à une voiture et aux révisions qui doivent être effectuées.

D'autres s'aident d'une tension limite et de l'âge du patient pour introduire des règles hygiéno diététiques. Ils sont tous d'accord sur le rôle grandissant d'une médecine préventive.

3.6 A QUI LES MEDECINS GENERALISTES PRENNENT LA TENSION ARTERIELLE ?

« Pas à 100%, pas à 100%. »

« Y'a des situations où je ne la prends pas parce que le jeune adolescent ou jeune adulte que s'est fait une entorse, je ne lui prends pas la tension. »

« Après je ne prends pas la tension à systématiquement à tout le monde. »

« Bon au-delà de 50 ans je commence à prendre la tension quand même relativement systématiquement, même s'il vient pour autre chose. A 25 ans, je prends pas la tension. Je commence à m'y intéresser au-delà d'un certain âge et en fonction des facteurs de risque cardiovasculaire »

« Je ne prends pas la tension aux jeunes qui viennent pour une demande précise type infectieux, orthopédique ou psychiatrique ou simplement relationnelle. »

« A tout le monde oui. Sauf exceptionnellement, là hier j'ai eu une patiente dépressive, elle n'a pas voulu que je l'examine du tout donc j'ai pas pris la tension. »

« Je la prends tout le temps. Oui, à tous mes patients. »

50 % des médecins dans l'étude répondent prendre la tension artérielle à tous leurs patients en consultation avec une adaptation pour les enfants en fonction de l'âge.

En opposition le reste des médecins ne prennent pas à 100% de leurs patients la tension en consultation, en adaptant ce geste à la situation clinique, aux motifs de consultation et plus simplement au patient. L'exemple d'un jeune adulte ou adolescent consultant pour une entorse de la cheville est revenu plusieurs fois lors des entretiens.

D'autres médecins font une distinction entre pathologie aiguë et chronique chez des patients connus comme normotendus. Ce groupe de praticiens s'accorde à dire qu'ils adaptent l'examen et plus précisément la prise de tension à la situation.

3.7 QUELS SONT LES EFFETS DÉLÉTÈRES DE LA PRISE DE TA ? CE GESTE GARDE T'IL ENCORE UNE UTILITÉ POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ?

« J'ai même eu une tendinite, j'ai été obligé de, de, d'ailleurs d'avoir un appareil électrique parce que à force de gonfler l'appareil à tension »

« Les effets délétères, pour moi, c'est l'anxiété que ça crée chez le patient... du coup, on perd un peu de temps à les rassurer mais c'est pas... c'est aussi bien de les éduquer et de leur expliquer comment ça fonctionne un petit peu. »

« le problème justement de prendre une tension chez des patients anxieux, le fait de prendre... de faire le geste... de leur prendre ça va leur faire monter par effet blouse blanche donc on va tomber sur un chiffre »

« c'est la conversation. C'est-à-dire qu'on va fournir un support à un patient qui a déjà une problématique très probablement anxieuse. On lui fournit un support structuré, scientifique, officiel, qui va justifier effectivement sa sensation d'anxiété »

« Après l'autre problème c'est parfois, c'est de créer des pathologies qui n'existent pas, c'est ce que j'abordais tout à l'heure avec la définition des normes de tension hein... « ... ah mais j'ai lu que j'étais en fin de compte pré-hypertensif »

L'effet délétère de la prise de tension évoqué par les médecins généralistes est principalement l'effet anxiogène de cette prise et l'effet blouse blanche.

Les patients sont très préoccupés par leurs chiffres de tension artérielle. Pour certains une anxiété apparaît lors de la prise en cabinet créant des faux positifs avec les

complications que nous connaissons (mise en place de traitement, chute et hypotension orthostatique).

Pour l'un des médecins, on crée tout simplement chez un patient déjà anxieux un support scientifique, médical justifiant son anxiété. L'autre problème est aussi de créer des pathologies n'existant pas telle que la pré hypertension pour définir ces patients ayant des tensions limites au cabinet du médecin.

Mais tous sont en accord pour dire que ces effets délétères sont minimes et ne les préoccupent que très peu dans leur activité.

Un effet délétère a aussi été évoqué par deux médecins qui ont souffert de tendinite du poignet en gonflant le brassard, un geste répétitif et fréquemment réalisé.

- Une prise de tension artérielle en cabinet est-ce encore utile ?

« Moi je pense que ça restera utile »

« On le fait pas forcément dans de bonnes conditions, on en a conscience, mais disons... Quand les chiffres quand même alertent, à ce moment-là on le recontrôle dans de bonnes conditions, parfois on peut même demander des contrôles infirmiers. Ça permet quand même d'adapter des traitements, de découvrir des hypertensions artérielles »

« C'est un acte qui est rapide, qui nous donne une idée. »

« quelqu'un d'autre va pouvoir leur prendre la tension, mais après est-ce qu'ils vont pouvoir les rassurer quant à ça ? Ou est-ce qu'ils vont dire « ah, faut peut être voir avec votre médecin ».

Les médecins interrogés sont tous unanimes pour dire que la prise de tension est un geste qui reste utile en cabinet de ville.

Certains médecins parlent des conditions de réalisation. En expliquant qu'ils ont conscience que toutes les prises de tension ne sont pas dans les meilleures conditions mais que ce geste leur donne une idée, les alerte et les oriente sur les patients à suivre et à contrôler à distance. Pour eux c'est un acte rapide, gratuit et reproductible vraiment

utile en consultation. On parle ici d'une constance hémodynamique ayant toute son importance en consultation.

Un médecin évoque la personne réalisant le geste et ouvre la discussion, celle ci portant sur les paramédicaux et l'acte de prise de tension.

3.8 LES MEDECINS GENERALISTES CONNAISSENT-ILS DES RECOMMANDATIONS SUR LA FREQUENCE DE PRISE DE TENSION ARTERIELLE CHEZ LE NORMOTENDU ? DES RECOMMANDATIONS SERAIENT-ELLES UTILES ?

« Chez le normotendu, non, j'imagine que quand même une ou deux fois par an c'est recommandé mais je, je suis pas sûre de ça. »

« Le Golden Standard de la prise de la tension artérielle, comment est ce que l'on doit faire, dans quelles conditions, dans quelles circonstances, quel appareil. Donc y a effectivement toute une installation présumée normalisante pour la prise de tension artérielle »

« Alors, je sais pas s'il existe des recommandations sur la fréquence de prise de tension chez le normotendu »

C'est aussi une réponse systématique des Médecins interrogés ils ne connaissent pas de recommandations sur la fréquence de prise de tension chez un patient normotendu.

Ils connaissent les standards sur la méthode et les conditions pour prendre la tension artérielle.

Indications pour recommandation :

« Peut-être, dans la mesure où ces gens qui n'ont pas de pathologie viennent en rendez-vous une fois toutes les... Enfin, ne viennent pas régulièrement au cabinet donc euh... Peut-être mais j'en suis pas persuadé »

« ça fait partie de l'examen systématique, et je me vois pas dire aux patients : « non mais maintenant avec les recommandations je vous la prendrai que tous les ans ».

« Donc oui, pourquoi pas, oui ce qui pourrait être intéressant, je pense oui, c'est d'aller heu... peut être de proposer un dépistage de l'hypertension, voilà, ailleurs qu'en cabinet. Parce que c'est vrai qu'on voit pas tout le monde »

« je vois pas l'intérêt de changer quelque chose qui est pas délétère, à moins que l'on puisse prouver que prendre la tension c'est dangereux, aussi bien pour le psychisme que pour le physique, mais tant que c'est pas dangereux et vu que ça prend à peu près une quinzaine de secondes dans la consultation et que l'enregistrement de la carte vitale va prendre 25 minutes, je pense qu'on devrait supprimer la carte vitale et pas l'appareil à tension »

Dans l'ensemble les médecins généralistes sont intéressés par la création de recommandations sur la prise de tension chez les normotendus.

Certains critiquent l'applicabilité en consultation de ces recommandations. Ils expliquent qu'ils ne pourront pas refuser au patient une prise de tension car les recommandations ne l'indiquent pas. Pour eux la prise de tension artérielle ne modifie pas leur travail.

D'autres médecins font le constat qu'ils ne peuvent voir tout le monde en consultation et que certaines classes de population consultent peu le médecin généraliste.

Des recommandations en vue d'un dépistage de masse pourraient être faites pour toucher une population cible. Enfin certains médecins ouvrent la discussion sur les lieux de prise de tension artérielle qui pourraient être multipliés et diversifiés.

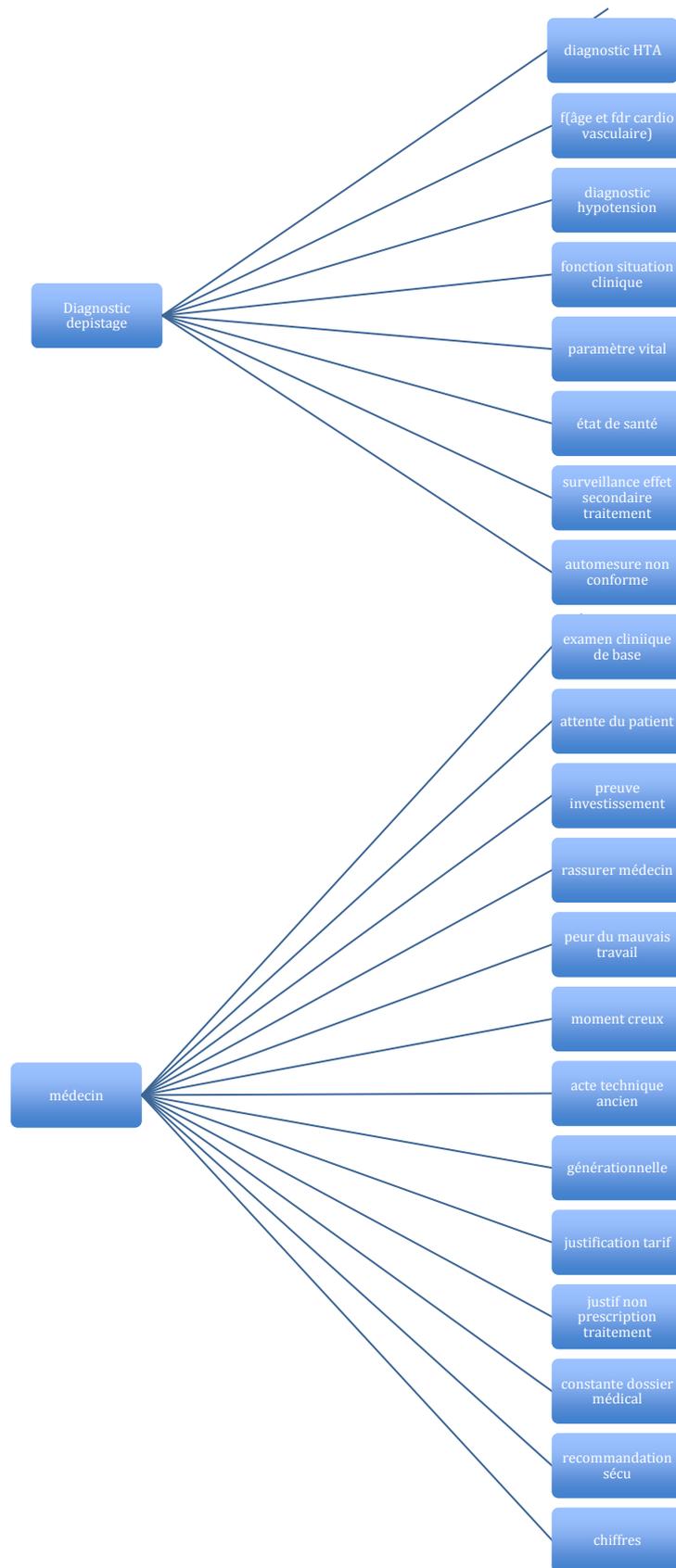


Figure 2 : Schéma heuristique récapitulatif des résultats

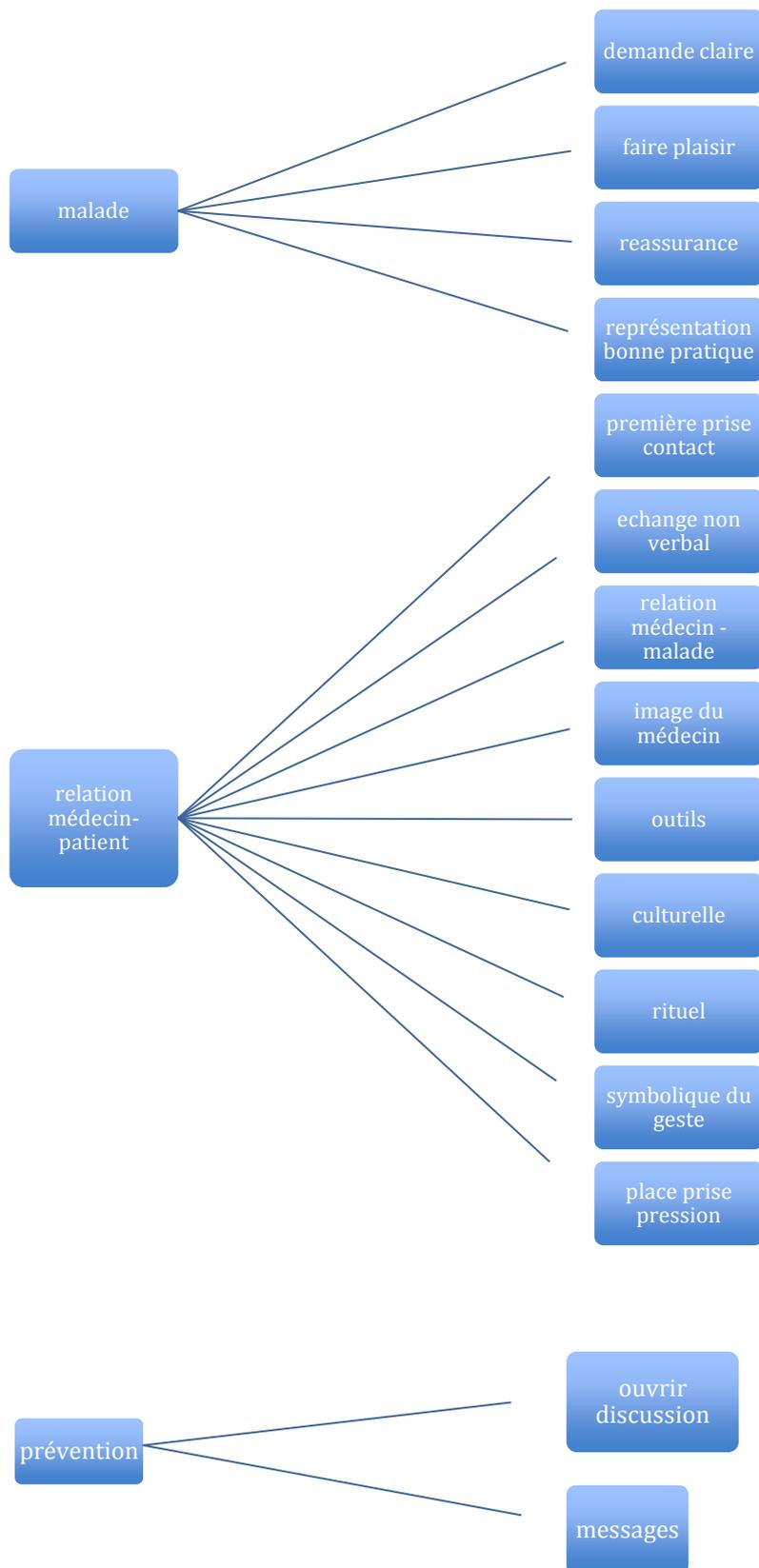


FIGURE 2 : Schéma heuristique récapitulatif des résultats

4. DISCUSSION

Il s'agit d'une étude en Région PACA concernant la prise de tension artérielle en cabinet de ville chez les patients non hypertendus.

L'objectif principal de l'étude était d'explorer les représentations du médecin vis à vis de la prise de tension artérielle chez les patients qui n'ont pas d'hypertension connue, afin de comprendre pourquoi sans recommandations officielles les médecins généralistes prennent la tension à leurs patients normotendus. L'intérêt est de décrire la pratique médicale de terrain, au travers de la vision de praticiens par la recherche qualitative.

Grace à cette diversité les médecins ont exprimé une vision et des expériences différentes selon leur âge, le type d'exercice, le sexe et le lieu d'activité.

Les interviewés se sont montrés très motivés à répondre et les verbatims ont été riches et relativement longs.

Limite de cette étude qualitative :

Rappelons ici qu'une étude qualitative a pour but de générer des idées, des hypothèses, en explorant les opinions et les expériences d'un petit nombre de praticiens.

Ainsi les résultats ne visent pas la généralisation à l'ensemble de la population.

Les réponses obtenues au cours des entretiens semi-dirigés restent spontanées mais limitées à un instant t.

Lors de l'appel téléphonique pour demander aux médecins leur accord pour participer à cette enquête et les informer du thème, le recruteur est resté volontairement peu explicite afin de ne pas influencer leurs réponses.

De ce fait, seuls les médecins les plus intéressés par le sujet ont répondu positivement.

Limite de recueil :

Le caractère semi-dirigé des entretiens par un seul enquêteur entraîne une influence sur le contenu de l'entretien. Je me suis rendu compte que l'entretien le plus court est le premier du fait de mon inexpérience dans le domaine de l'enquête qualitative. On peut également envisager le fait que l'enregistrement par un dictaphone et une camera a pu provoquer une certaine retenue chez les praticiens, en dépit du fait qu'il leur ait été assuré du caractère anonyme de l'entretien.

Les biais de ce travail :

- Biais liés à la constitution de l'échantillon de population.

L'échantillon de notre population n'a pas pour vocation d'être représentatif, cependant la plus grande diversité possible en termes d'âge, de sexe, de lieu d'exercice, de type d'exercice a été recherchée avec la réalisation d'un échantillonnage en variation maximale.

Lors d'un premier temps un mail aux praticiens se trouvant sur la liste du CNGE a été envoyé leur demandant de participer à l'étude. Après quelques entretiens et la découverte de ce biais de sélection un autre recrutement a été organisé par téléphone, pages jaunes pour contrôler ce biais. La diversité de notre panel s'en est trouvée enrichie.

- Biais liés au recueil des données

Les biais internes dus aux caractères personnels du chercheur et des participants étaient difficilement contrôlables, nous n'avions qu'une personne réalisant les entretiens mais celle-ci reformulait le discours des participants à certains moments pour vérifier la bonne compréhension.

La personnalité de l'enquêteur, son caractère, son expérience, ses opinions personnelles peuvent retentir de manière plus ou moins consciente sur les entretiens.

Des biais de suggestion, verbaux ou d'attitude, peuvent modifier les discours des interviewés. Ceux-ci ont été minimisés par l'étude préalable d'une documentation sur les méthodes de l'entretien, mais le manque d'expérience du chercheur dans ce domaine psycho-social laisse inévitablement des traces.

Les biais d'investigation, de recueil des données par le chercheur lors d'un interrogatoire ayant pu influencer le discours ont cependant été réduits par la réalisation d'une trame, d'un questionnaire validé et testé avant réalisation des entretiens.

Les biais externes dus à l'environnement ont été minimisés en choisissant un lieu unique d'entretien le cabinet médical du médecin et en n'ayant aucun observateur lors des échanges.

-Biais liés à l'analyse des données

Présence d'un biais d'interprétation dans les résultats. Une analyse en double codage a été faite pour le contrôler mais faute de temps, une triangulation (en comparant les résultats obtenus avec les résultats issus d'autres études utilisant une méthode de recueil différente) qui aurait renforcé la validité des résultats, n'a pas pu être réalisée.

RESUME DES PRINCIPAUX RESULTATS ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE :

DIAGNOSTIC ET DEPISTAGE

La médecine générale est construite sur un modèle différent de celui de la médecine spécialisée, même si ce modèle repose sur des connaissances biomédicales de base commune. Elle reproduit un modèle global, centré sur le patient, ouvert sur l'extérieur, considérant la maladie comme l'ensemble ou la résultante de facteurs organiques, humains et environnementaux. La médecine générale est une médecine de premier recours avec une prise en charge globale permettant la continuité et le suivi d'un individu. Le praticien en médecine générale coordonne les soins et joue un rôle de santé publique (19).

L'hypertension est surtout dépistée, diagnostiquée et traitée en première ligne, en soins primaires. Tous les médecins de l'étude ont répondu en premier lieu qu'ils prenaient la tension artérielle à leurs patients pour dépister ou diagnostiquer une hypertension artérielle. Ce qui correspond bien à la littérature car nous savons que l'hypertension artérielle représente un des principaux facteurs de risques cardiovasculaires.

Une étude nationale (20) transversale en France de 2007 montre que la prévalence de l'HTA est de 31% en France et qu'elle augmente avec l'âge. Seulement la moitié des adultes hypertendus étaient au courant de leurs pathologies.

Une réponse aussi très fréquente dans cette étude est l'adaptation de la prise de tension en fonction de l'âge et des facteurs de risques cardio vasculaires. Les médecins ont conscience que la prévalence de l'HTA augmente avec l'âge et adaptent leur prise en charge. Pour eux la tension artérielle fait partie intégrante du risque cardio vasculaire global du patient. Ils savent que l'importance de ce risque déterminera la stratégie de traitement. Afin d'évaluer le risque individuel, le généraliste se base sur les tables dérivées des équations de Framingham, qui permettent d'estimer le risque coronarien à dix ans. Ces estimations se font en additionnant les facteurs de risque suivants: sexe masculin, âge (hommes > 55 ans, femmes > 65 ans ou ménopause précoce), hypertension, tabagisme, diabète, cholestérol sérique total > 250 mg/dl et antécédents familiaux (en première ligne) cardio- vasculaires avant l'âge de 50 ans.

Cependant dans la littérature une étude Anglaise (21) montre que les médecins généralistes ne sont pas en mesure de définir avec précision le profil de risque de leurs patients sans se baser sur des tables de risque faisant office de gold standard. Cette étude s'est penchée sur le cas de 810 individus dont le profil de risque fut évalué par le médecin généraliste (n = 27) et a constaté que seul 21 % des estimations étaient correctes. Dans 63 % des cas, le risque était sous- évalué, et surévalué dans 16% des cas, confirmant ainsi les résultats d'études antérieures. Il a néanmoins été démontré que le dépistage précis de facteurs de risques cardio-vasculaires dans la pratique générale est tout à fait possible par le biais d'un consensus. Hors cette étude n'est pas représentative de la réalité, ces estimations de risques cardio vasculaires globales ont été faites par des médecins généralistes et des infirmières ce qui n'est pas représentatif de notre fonctionnement en France.

La technique et la méthode pour une mesure conventionnelle de la tension artérielle sont bien connues par les médecins généralistes. Les patients sont au calme depuis au moins 5 minutes avant la prise, le bras détendu chez un patient assis confortablement avec le brassard au niveau du cœur. En mesurant régulièrement la pression artérielle de leurs patients, les médecins généralistes montrent qu'ils sont soucieux de diagnostiquer ou de suivre une hypertension artérielle. La recherche d'effets secondaires des traitements médicamenteux est aussi une de leurs priorités. Nous pouvons nous demander si les autres spécialistes dont l' « appareil » n'est pas directement concerné par la pression artérielle ont la même attitude en consultation ?

Les hypotensions orthostatiques sont recherchées chez les patients âgés en position debout. Mais aucun des médecins n'a parlé de l'entretien et de l'étalonnage de l'appareil de mesure.

L'adaptation du brassard à la morphologie du patient n'a pas été abordée aussi lors de l'entretien.

Nous n'avons pas eu de précision exacte sur la durée d'une prise de tension au cabinet, entre le moment où le patient s'allonge et la découverte des chiffres.

Nous pouvons discuter de l'applicabilité des recommandations sur une prise de tension, avec une durée moyenne estimée entre 5 et 10 min.

Les médecins généralistes peuvent-ils prendre le temps dans une consultation classique de réaliser une mesure conventionnelle de la tension artérielle ? Ont-ils un matériel adapté aux patients et bien entretenu pour avoir des chiffres fiables ?

L'intérêt clinique sur une prise de tension en dehors des cabinets médicaux est grandissant. L'actualité et la recherche sur l'automesure ou MAPA est riche actuellement. L'utilisation de l'auto mesure tensionnelle a montré une amélioration du contrôle de l'hypertension, une diminution de l'inertie thérapeutique (22) et une meilleure prédiction du risque cardiovasculaire chez les patients (23). Dans la littérature une étude Canadienne de 2014 (24) montre que l'auto mesure à domicile sur 24h automatisé /MAPA serait meilleure face à la prise de tension manuelle au cabinet. En revanche certains médecins interrogés lors des entretiens ont expliqué qu'ils prenaient la tension artérielle lors de leurs consultations parce que de nombreux patients avaient un appareil d'auto mesure à domicile mais qu'ils pensaient que les méthodes et les conditions de mesure n'étaient pas adaptées, surtout chez les personnes âgées. Ils ne font pas confiance aux chiffres que leur apportent les patients. Néanmoins les praticiens utilisent beaucoup l'auto mesure et connaissent quand même ses avantages.

LE DOSSIER MEDICAL

Dans cette étude trois médecins citent la tenue du dossier médical du patient comme argument à la prise de tension artérielle. Pour deux autres la tension artérielle est un paramètre vital, un chiffre, une constante qu'ils intègrent à leurs examens cliniques.

Le dossier du patient constitue un élément clé de la qualité des soins. Il permet de disposer à tout moment de l'histoire médicale du patient, des examens réalisés et des traitements prescrits. Il favorise la continuité des soins.

L'article 45 du décret du 6 septembre 1995 : Code de déontologie médicale précise :

« Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte des éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques »

Or, depuis 2011 la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) vient compléter le paiement à l'acte en médecine libérale. Ce dispositif vise à valoriser l'atteinte d'objectifs déterminés par la sécurité sociale et évalués au moyen d'indicateurs calculés sur l'ensemble de la patientèle « consommatrice et fidèle » du médecin. La tenue d'un dossier informatisé avec les constantes hémodynamique est un indicateur du ROSP. Nous pouvons donc voir que ce n'est pas un argument poussant les généralistes à prendre la tension artérielle en consultation.

RECOMMANDATION DE LA SECURITE SOCIAL

Pas de recommandations sur prise de tension et prix d'une consultation retrouvés après interrogation d'un agent de la sécurité sociale et recherche sur le web.

ETAT DE SANTE

Dans les entretiens certains médecins associent la tension à l'état de santé du patient. Les chiffres tensionnels sont intégrés à un score de santé subjectif qu'ils utilisent lors de leurs consultations.

Dans de nombreuses études il a toutefois été clairement prouvé l'importance de ce dépistage et des chiffres car ce risque est réversible grâce à un traitement antihypertenseur. Une étude (25) portant sur 37000 hypertendus d'âge moyen, traités en double aveugle montre qu'une diminution de la pression diastolique de 5-6 mm Hg sur une durée de cinq ans s'accompagne d'une diminution relative de 35-40% pour l'AVC et de 25% pour les affections coronariennes.

La relation entre hypertension et pathologies pourrait expliquer cette idée que les généralistes et les patients véhiculent par moment. C'est à dire que la tension pourrait être le reflet d'un état de santé. Cependant nous n'avons pas trouvé de score de santé national ou international englobant chiffres tensionnels et prise de tension artérielle. Seul le score d'anesthésie ASA en préopératoire prend en considération le fait que le patient soit hypertendu. Mais ceci n'est nullement applicable en soin primaire.

RELATION MEDECIN – MALADE

Dès que deux personnes se trouvent en contact, elles établissent une relation .Toutes les personnes dont la fonction est de soigner établissent, qu'elles le veulent ou non, une relation soignant-soigné. En médecine générale, cette relation est assez particulière dans la mesure où des éléments aussi disparates que les données biomédicales techniques, les paramètres psychologiques, le rôle de l'environnement familial et social, le fait de donner des soins depuis la naissance jusqu'à la mort, tous ces éléments sont toujours présents, même si leur importance réciproque est variable selon les cas. La relation entre un médecin et son patient, appelée communément la relation médecin-malade, revêt une place particulièrement importante dans la démarche médicale. Elle doit permettre d'instaurer un climat de confiance et d'établir un contrat implicite avec des objectifs à atteindre.

Toutes les enquêtes d'opinion le disent : les patients attendent beaucoup de la qualité de la relation qui s'établit avec ceux qui les soignent. Une des compétences essentielles à la pratique de la médecine est d'établir une relation de qualité avec les patients. L'importance des aspects relationnels dans la pratique médicale remonte à l'antiquité. Une revue de littérature récente (26) montre qu'une meilleure communication dans la relation médecin-patient améliore le suivi et le résultat du traitement, la qualité de vie du patient, sa satisfaction et celle du médecin.

Dans notre étude nous avons vu que le praticien utilise la prise de tension pour faire plaisir à son patient ou tout simplement pour le rassurer. Le médecin connaît l'importance de la relation médecin – malade et ses bénéfices lorsque celle-ci est de

qualité. La prise de tension artérielle joue un rôle important dans l'obtention d'une relation de qualité entre les deux parties. La relation médecin-malade est le socle de l'exercice médical. La mesure de la pression artérielle avec cet aspect mystérieux et magique renforce cette relation et confère un pouvoir à celui qui sait s'en servir. Le médecin avec cet outil va dans le sens du malade, le rassure, communique avec lui et améliore la qualité de cette relation. Cette relation servira de repère et de soutien au patient et favorisera une meilleure prise en charge si elle se déroule dans de bonnes conditions.

La relation médecin-malade a été étudiée de nombreuses fois car elle conditionne l'efficacité thérapeutique et la satisfaction des patients. Les travaux de Balint (27) montrent la place cruciale de la relation médecin-malade dans les préoccupations quotidiennes des praticiens et un nouveau champ de recherche apparaît, à savoir l'effet thérapeutique de cette relation. Quand ces mêmes patients émettent des réserves, c'est sur le temps dont dispose le médecin ou sur sa capacité à expliquer les choses. Il est donc naturel de penser que la qualité d'une relation joue un certain rôle dans l'établissement d'un diagnostic puis de la thérapeutique. Autrement dit, ce qui se passe entre un malade et un médecin est largement considéré comme un élément déterminant dans la qualité, et donc l'efficacité des soins.

Dans une relation médecin-malade en médecine générale c'est assez souvent le malade qui est à l'origine de la relation, dans la mesure où c'est lui qui choisit le médecin et initie la relation.

En effet, même si les patients attendent avant tout une écoute, des explications claires de la part du médecin, le patient attend quand même de son généraliste une compétence professionnelle. Cette relation a notablement évolué au cours de ces dernières années. La révolution des techniques de communication facilite l'accès à l'information médicale. L'expansion du phénomène santé 2.0 a largement contribué à la démocratisation de la connaissance dans le domaine de la santé. C'est sans doute ce passage du « patient passif » au « consommateur de soins » qui bouleverse le plus la relation médecin-malade.

Cette compétence professionnelle a un impact sur la relation médecin-patient dans notre étude. La prise de tension est un symbole de compétence professionnelle du médecin, lorsqu'un médecin est représenté sur une photographie ou une image il a très

souvent un stéthoscope sur lui ou prenant la tension à son patient. Pour la population la prise de tension est l'image du médecin avec sa blouse et son stéthoscope.

La démonstration de leur professionnalisme et de leur compétence compte beaucoup pour les médecins généralistes. Lors de nos entretiens de nombreux médecins ont expliqué prendre la tension car c'est une preuve de leur investissement auprès du patient, ils essaient de leur faire passer un message en disant qu'ils font toujours attention à eux, qu'ils s'occupent de leurs pathologies.

Par ce geste le médecin se rassure aussi lui-même, certains évoquent la peur d'un travail de mauvaise qualité. Ils prennent la tension soit pour rester systématique comme ils l'ont appris à la faculté mais aussi parce que pour beaucoup la prise de tension artérielle est une représentation de bonne pratique pour le praticien mais aussi le patient.

Cette notion est retrouvée dans deux thèses de médecine générale (13) (14).

Une autre réponse très fréquente voire systématique est une prise de tension par le médecin généraliste pour répondre à l'attente du patient, d'autant plus que la personne est âgée. Les demandes des patients sont souvent claires lors de la consultation et la phrase « pourriez-vous prendre ma tension Docteur ? » résonne dans les oreilles d'un praticien comme un refrain quotidien. Cette idée nous la retrouvons dans la littérature. Les chiffres de tension artérielle sont très importants pour le patient et il leur est la plupart du temps indispensable de les connaître pour que la consultation soit accomplie. C'est la valeur normale des chiffres tensionnels qui rassure le patient, plus que l'acte de mesure tensionnelle. On apprend dans la littérature que pour 85% des patients cet acte est important quelque soit le motif de la consultation.

53% des consultants ont trouvé anormal que leur médecin ne leur prenne pas la tension artérielle lors d'une consultation. Mais aussi 62% des patients disent que cet acte fait partie intégrante de la consultation de médecine générale. Il était également 23% à avoir besoin de la prise de tension artérielle pour être rassurés sur leur état de forme générale.

Le geste de la prise de tension est pour le patient un geste symbolique de la consultation médicale qui représente pour beaucoup un véritable rite conjuratoire.

Le patient de nos jours sait ce qu'il veut et le fait savoir. L'accès à l'information ayant été révolutionné, la place de celui-ci dans la relation médecin-malade a complètement été modifier. Nous sommes passés d'un style paternaliste à une approche active avec une médecine participative. Le patient devenant consommateur et acteurs de soins.

L'éducation et l'information reçues par ces patients au cours de leur vie mais aussi leur histoire personnels leur a permis d'acquérir des connaissances et un savoir les rendant plus autonome et plus critiques.

Contrairement à cette idée de « prise de tension artérielle symbolique » soulevée par les patients dans d'autres études, chez les médecins généralistes interrogés nous retrouvons une discordance de discours. Pour certains ce geste n'a pas de symbole, il peut être réalisé par n'importe quel intervenant du milieu de santé alors que pour d'autres médecins c'est le symbole même d'une consultation en médecine générale.

Or tous s'accordent à dire que c'est l'examen clinique de base et de routine en médecine générale.

L'idée d'une confiance en son Médecin traitant est largement évoquée dans l'étude même si le mot n'apparaît pas clairement dans les entretiens. Porte dit : « Tout acte médical normal n'est, ne peut être et ne doit être qu'une confiance qui rejoint librement une conscience » (28). Les praticiens en prouvant leur investissement, en essayant de rassurer le patient et répondant à ses attentes essaient de créer cette atmosphère de confiance dans leur relation. Certains praticiens pour ne pas perdre cette confiance lorsqu'ils ne prescrivent pas de traitement ou pour justifier le prix de la consultation utilisent des actes techniques simples comme la prise de tension. Cette notion de confiance nous la retrouvons aussi dans le code de déontologie, en tant que regroupement de normes morales régissant la pratique médicale. Cette idée de droiture professionnelle, de devoir médical qui « oblige » le praticien et le rend totalement responsable de la personne qu'il prend en charge.

l'article 30 code de déontologie : « Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, sans compter avec le temps que lui coûte ce travail et, s'il y a lieu, en s'aidant ou se faisant aider, dans toute la mesure du possible, des conseils les plus éclairés et des méthodes scientifiques les plus appropriées. Après avoir établi un diagnostic ferme comportant une décision sérieuse, surtout si la vie du malade est en danger, un médecin doit s'efforcer d'imposer l'exécution de sa décision. En cas de refus, il peut cesser ses soins dans les conditions de l'article 24 » (Article 30 du code de déontologie médicale de 1947)

COMMUNICATION

La communication, elle, est un échange de messages entre les personnes. Elle suppose l'existence d'émetteurs et de récepteurs — ce sont les soignants et les soignés — ainsi

qu'un système de transport de messages par vecteurs verbaux, écrits ou comportementaux dans un espace d'expansion défini.

La communication est un des aspects de la relation, élément essentiel car de sa qualité dépend celle de la relation. Aussi joue-t-elle un rôle décisif à toutes les phases de l'exercice médical.

Si l'on en juge par les nombreuses méthodes proposées aux médecins pour améliorer leur capacité à communiquer, il doit y avoir là une clé pour aborder la relation médecin-malade. C'est d'autant plus vrai que la plupart des cultures tiennent à l'image de soignants qui savent, en face de patients qui ne savent pas. Le modèle français de la relation médecin-patient est généralement qualifiée de paternaliste. Il est caractérisé par une communication essentiellement unilatérale et asymétrique, allant du médecin vers le patient. L'information est « descendante », autoritaire, transmise par une personne supposée détenir le savoir à une personne demandeuse (29).

Progressivement la société a modifié ses normes, privilégiant la notion de contrat de soins officialisée par toute une série de dispositions légales (30).

Le médecin doit fournir au malade l'information légalement requise pour obtenir un consentement éclairé. Aujourd'hui le patient ne veut plus être traité en objet. C'est le principe du libre arbitre qui devient prédominant et sur lequel repose aujourd'hui la relation médecin-patient. C'est également le rôle de la loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner, qui instaure pour les patients le droit à accéder à l'ensemble des informations concernant leur santé. La communication s'effectue, elle, dans les deux sens, malade-médecin et médecin-malade, et aboutit à une relation.

De malade confiant dans la décision médicale le patient est devenu partenaire autonome, puis codécideur, enfin usager consommateur de soins. Le partenariat entre médecin et malade ainsi que la construction d'une relation dynamique est l'alliance thérapeutique. En parlant d'alliance on induit un rapport de personne à personne, qui passe un contrat. Cette alliance ne peut exister sans l'intentionnalité et la continuité des soins. La participation du patient à la décision médicale, plusieurs études (31) ont mis en évidence certains bénéfices pour le malade : son anxiété diminue et il est satisfait quand il peut communiquer avec le praticien. Un partenariat efficace entre le médecin et le malade améliore l'efficacité thérapeutique. Cette négociation entre le médecin et le

patient, pouvant aboutir à une décision partagée, semble répondre aux attentes des patients : les patients désirent être informés

Dans notre étude la prise de tension est utilisée par le médecin comme un outil, un outil de communication. Le praticien utilise ce geste pour se rapprocher du patient en créant un premier contact physique avec un échange non verbal. La communication est au centre de la relation, le médecin dispose de tous ces outils. La communication non verbale le toucher et le regard en suggérant que le brassard à tension est le prolongement du bras du médecin.

D'après le psychiatre psychanalyste anglais Michel BALINT, « *le médecin lui-même aurait des effets thérapeutiques positifs et négatifs comme tout médicament* ».

A QUI PRENDRE LA TENSION

Dans notre étude 50 % des médecins répondent prendre la tension artérielle à tous leurs patients en consultation avec une adaptation pour les enfants en fonction de l'âge. En revanche le reste des médecins ne prennent pas à 100% de leurs patients la tension en consultation, ils adaptent ce geste à la situation clinique, aux motifs de consultation et plus simplement au patient.

D'autres médecins font la distinction entre pathologies aiguës et chroniques chez des patients connus comme normotendus. Ce groupe de praticiens s'accorde à dire qu'il adapte l'examen et plus précisément la prise de tension à la situation.

Or nous avons vu en introduction qu'une étude américaine (6) publiée dans Lancet en 2001 avait montré qu'un dépistage annuel est sûrement nécessaire pour les patients qui ont une tension normale haute. Un dépistage tous les 2 ans serait raisonnable pour les patients avec une tension artérielle normale ou ayant plus de 65 ans. Et que seuls les patients de moins de 65 ans avec une tension optimale peuvent subir le dépistage moins fréquemment.

Dans la littérature plusieurs études épidémiologiques montrent qu'au niveau de la population, non seulement le dépistage mais aussi le traitement de l'hypertension sont insuffisants. Il ressort d'une enquête canadienne (32) ("Canadian Heart Health Survey") que dans ce pays d'Amérique du Nord, seule la moitié des patients hypertendus sont

connus, et que seuls 16% d'entre eux sont suffisamment traités. Plus proche de nous une étude observationnelle belge (33) nous donne un bon aperçu de la situation. Cette étude s'est penchée sur le niveau de traitement de 3761 patients auprès de 253 généralistes en Belgique, et a montré un contrôle suffisant de la TA chez seulement 31 % des patients hypertendus.

Nous pouvons expliquer cela par le fait que les données actuelles de la science ne sont pas toujours issues des soins de santé primaires : elles s'appuient souvent sur les résultats d'études menées en soins secondaires ou tertiaires dont la transposition en médecine générale est problématique. Ce décalage explique en partie la difficulté de mise en œuvre des recommandations pour la pratique clinique par les médecins généralistes, qui ne les trouvent pas toujours adaptées à la réalité de terrain. La médecine générale ne se réduit pas à une partie des autres disciplines mise bout-à-bout, ni à une modalité d'exercice particulière. Elle repose sur les trois éléments constitutifs de l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) : les données scientifiques validées, le contexte clinique ambulatoire et le comportement du patient dans son milieu de vie.

Les médecins interrogés sont tous d'accord pour dire que la prise de tension est un geste qui reste utile en cabinet de ville. Les conditions de réalisation sont discutées ici. Certains expliquent qu'ils ont conscience que toutes les prises de tension ne sont pas dans les meilleures conditions mais que ce geste leur donne une idée, les alerte et les oriente sur les patients à suivre et contrôler à distance. Pour eux c'est un acte rapide, gratuit et reproductible vraiment utile en consultation. On parle ici d'une constante hémodynamique ayant toute son importance en consultation. D'autres expliquent une prise de tension systématique chez les populations jeunes venant pour tout autre chose par le fait que ces dernières consultent très peu et que lorsque les médecins ont la possibilité de les voir dans leur cabinet ils en profitent pour prendre une tension artérielle.

A travers ces études nous avons appris : qu'une pression artérielle normale haute et normale progresse souvent vers l'hypertension sur une période de quatre années en particulier chez les personnes âgées. Les jeunes adultes consultent très peu leur médecin généraliste. A partir de cette constatation nous pouvons discuter de la faisabilité/possibilité de mettre en place une méthode de dépistage efficace (sur une

autre étude) en définissant un groupe à risque moyennant un système d'inscription auprès du médecin généraliste. Celui-ci disposera alors d'un profil de risque de ce groupe de patients dans son dossier électronique. Une classification des risques pourra automatiquement être élaborée.

Les stratégies modernes de consultation, d'information, de motivation et de participation du patient sont nécessaires dans ce cadre. Le généraliste pourrait bénéficier de la collaboration de toutes les parties concernées : les autorités (campagnes d'information, budgets pour campagnes de prévention, programmes informatiques et soutien de la pratique), l'industrie pharmaceutique, le personnel infirmier, les cardiologues.

5. CONCLUSION

Aujourd'hui l'hypertension artérielle est encore sous diagnostiquée et sous traitée en France et dans le Monde. Le bénéfice d'une diminution des valeurs tensionnelles sur les complications cardiovasculaires est bien connu.

Notre étude qualitative a permis d'explorer les opinions et les expériences des médecins généralistes de la région PACA afin de comprendre pourquoi ils prenaient la tension artérielle en consultation à cette population.

Les médecins généralistes ont évoqué de nombreuses raisons expliquant la prise de tension artérielle lors d'une consultation. En pratique, il paraît indispensable de bien distinguer d'une part, la mesure précise, standardisée de la pression artérielle, et d'autre part la « prise de tension » rituelle placebo-thérapeutique qui ne saurait être absent, actuellement dans notre pays, lors de nombreuses consultations. Cette prise de tension rituelle répond à des objectifs divers et ses conditions de réalisation n'ont pas besoin d'être standardisées.

C'est un outil de communication indéniable permettant une amélioration certaine de la relation médecin- patient. De nos jours communiquer n'est pas seulement échanger un savoir ou la connaissance contre une écoute bienveillante. Le médecin avance avec le patient dans la durée. La prise de tension peut servir de justification sur un choix de prise en charge. Pour de nombreux médecins c'est l'examen de base qu'ils exécutent car il existe une demande des patients et qu'il leur permet de nombreux bénéfices.

Il est reconnu que seule une bonne technique de « mesure de la pression artérielle » est capable d'aboutir à une bonne décision de traiter ou non une hypertension artérielle.

Cependant, en faisant une revue de la littérature aucune recommandation officielle sur la prise de tension chez un normotendu n'a été retrouvée. Les médecins seraient intéressés par la création de recommandations officielles mais celles ci devront prendre en compte les spécificités de la médecine générale.

Enfin certains médecins ouvrent le débat sur la création d'un dépistage de masse en ciblant une population à risque non suivie en soins primaires.

Le deuxième point est l'apport indéniable de la MAPA et de l'automesure confirmé par de nombreuses publications actuelles. Il serait intéressant dans un deuxième temps de rechercher les facteurs limitants et les freins à leur utilisation en soins primaires.

6. BIBLIOGRAPHIE

(1) MacMahon S, Peto R, Cutler J et al. : Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 1 : Prolonged differences in blood pressure : prospective observational studies corrected for regression dilution bias. Lancet 1990 ; 335 : 765-774.

(2) Kannel WB, Dawber TR, McGee DL : Perspectives on systolic hypertension : The Framingham study. Circulation 1998 ; 61 : 1179-1189

(3) Blacher, Jacques, Jean-michel Halimi, Olivier Hanon, Jean-Jacques Mourad, Atul Pathak, Bruno Schnebert, and Xavier Girerd. "Prise En Charge de L'hypertension Artérielle de L'adulte." Société française d'Hypertension Artérielle, sfhta, January 2013.

(4) Etude Ecogen | Une Production CNGE Recherche. Accéder à la « boîte noir » de la médecine générale" Accessed April 6, 2015. http://http://cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/CNGE_Lyon_12_Session_ECOGEN.pdf

(5) Labarthe, Géraldine. "Etudes et Résultats, Les Consultations et Visites Des Médecins Généralistes: Un Essai de Typologie." Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale Ministère de la santé et de la protection sociale Drees, Juin 2004. N°315.

(6) Vasan, R. S., M. G. Larson, E. P. Leip, W. B. Kannel, and D. Levy. "Assessment of Frequency of Progression to Hypertension in Non-Hypertensive Participants in the Framingham Heart Study: A Cohort Study." *Lancet* 358, no. 9294 (November 17, 2001): 1682–86. doi:10.1016/S0140-6736(01)06710-1.

(7) Bakx, J. C., H. J. van den Hoogen, W. J. van den Bosch, C. P. van Schayck, J. W. van Ree, T. Thien, and C. van Weel. "Development of Blood Pressure and the Incidence of Hypertension in Men and Women over an 18-Year Period: Results of the Nijmegen Cohort Study." *Journal of Clinical Epidemiology* 52, no. 6 (June 1999): 531–38.

(8) Staessen J, Van Hoof R, Fagard R, Amery A : Epidemiology of treated and untreated hypertension in the elderly. In: Amery A and Staessen J, eds, Handbook of hypertension, Vol. 12, Hypertension in the elderly, New York, Elsevier, 1989, p. 320-351.

(9) 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task 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* 2007, 25 : 1105-1187

(10) Chatellier G, Genes G, Clerson P, Vaur L, Ménard J, Bobrie G. Results of the SHEAF study: self measurement of blood pressure at home in the elderly : assesment and follow-up. Oral communication. European Society of Hypertension. Milano 2003.

(11) Sega R, Facchetti R, Bombelli M, Cesana G, Corrao G, Grassi G, Mancia G. Prognostic value of ambulatory and home blood pressure compared with office blood pressure in the general population : follow-up results from the PAMELA study. *Circulation* 2005 ; 111 : 1777 – 1783. OS

(12) Bouvier JP, SOURZAC R, VERRIEST O : Diagnostic d'une hypertension artérielle légère à modérée en médecine générale, Société Française de Médecine Générale et du Collège National des Généralistes Enseignants, 1993

(13) Kerdrain-Deridder, Clémentine. “Pourriez-vous prendre ma tension, docteur ? : connaissances et croyances sur la mesure de la tension artérielle au cabinet du médecin généraliste.” Thèse d'exercice, Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales, 2006.

(14) Duguey, Jean-Philippe. “Etude des représentations du patient autour de la tension artérielle et de sa prise en consultation de médecine générale.” Thèse d'exercice, Université de Caen. UFR de médecine, 2007.

(15) WHO–UNICEF. Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978

(16) Allen, Justin, Bernard Gay, Harry Crebolder, Jan Heyrman, Igor Svab, Paul Ram, and Philip Evans. “LES DEFINITIONS EUROPEENNES Des Caractéristiques de La Discipline de Médecine Générale, Du Rôle Du Médecin Généraliste et Une Description Des Compétences Fondamentales Du Médecin Généraliste - Médecin de Famille.” WONCA EUROPE, 2002.

(17) Frappé, Paul. *Initiation à la recherche*. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale :Broché ; 2011.

(18) Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. *Les méthodes qualitatives* Vendôme.PUF ;2009

(19) Donaldson M.S., Vanselow N.A. The nature of primary care *J Fam Pract* 1996

(20) Godet-Thobie, Hélène, Michel Vernay, Amivi Noukpoape, Benoît Salanave, Aurélie Malon, Katia Castetbon, and Christine De Peretti. "Niveau Tensionnel Moyen et Prévalence de L'hypertension Artérielle Chez Les Adultes de 18 À 74 ans, Etude Nationale Nutrition Santé 2006-2007." SFHTA, décembre 2008.

(21) Montgomery, A A, T Fahey, C MacKintosh, D J Sharp, and T J Peters. "Estimation of Cardiovascular Risk in Hypertensive Patients in Primary Care." *The British Journal of General Practice* 50, no. 451 (February 2000): 127–28.

(22) Diascorn, Antoine. "L'automesure tensionnelle permet-elle de diminuer l'inertie thérapeutique dans la prise en charge des patients hypertendus en soins primaires ? : revue systématique de la littérature." Thèse d'exercice, Université du droit et de la santé, 2013.

(23) Fagard, R H, C Van Den Broeke, and P De Cort. "Prognostic Significance of Blood Pressure Measured in the Office, at Home and during

Ambulatory Monitoring in Older Patients in General Practice.” *Journal of Human Hypertension* (2005) 19, 801–807. doi:10.1038/sj.jhh.1001903; Published Online 16 June 2005, n.d.

(24) Myers, Martin G. “Replacing Manual Sphygmomanometers with Automated Blood Pressure Measurement in Routine Clinical Practice.” *Clinical and Experimental Pharmacology & Physiology* 41, no. 1 (January 2014): 46–53. doi:10.1111/1440-1681.12149.

(25) Collins R, Peto R, MacMahon S, Hebert P, Fiebach N, Eberlein K, Godwin J, Qizilbash N, Taylor J, Hennekens C. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. *Lancet* 1990 ; 335 : 827-838.

(26) Fournier C, Kerzan S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique* 2007;5,19:413-419

(27) BALINT M. *Le Médecin, son Malade et la Maladie*. 2nd ed. Paris: Payot; 1966, 422 p.

(28) PORTES L. Du consentement du malade à l’acte médical, communication à l’Académie des sciences morales et politiques, 30 janvier 1950, Paris, Masson & PUF, p. 158

(29) Mantz, Jean-Marie, and Francis Wattel. "Importance de La Communication Dans La Relation Soignant-Soigné." Groupe de travail de la commission XV, Ethique et Responsabilité Professionnelle. Académie Nationale de Médecine, n.d.

(30) Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (J.O. n° 54 du 5 mars 2002)

(31) Gagnon, Eric « L'avènement médical du sujet. Les avatars de l'autonomie en santé. » *Sciences sociale et Santé*. 1998. n°16-1, pp51

(32) Joffres, M. R., P. Ghadirian, J. G. Fodor, A. Petrasovits, A. Chockalingam, and P. Hamet. "Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Canada." *American Journal of Hypertension* 10, no. 10 Pt 1 (October 1997): 1097–1102.

(33) Fagard, R. H., and M. Van den Enden. "Treatment and Blood Pressure Control in Isolated Systolic Hypertension vs Diastolic Hypertension in Primary Care." *Journal of Human Hypertension* 17, no. 10 (2003): 681–87. doi:10.1038/sj.jhh.1001598.

7. ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Je vous remercie de me recevoir aujourd'hui.

Il s'agit de parler de votre expérience sur la prise de tension artérielle et la relation médecin-malade et de réfléchir sur les représentations du médecin. Votre point de vue, exprimé ici, sera utilisé pour un travail de recherche, élaboré dans le cadre de ma thèse en Médecine, de façon parfaitement anonyme. Comme convenu l'entretien d'aujourd'hui est enregistré, et si vous êtes d'accord nous pouvons commencer

Qualitatif : Canevas ouvert

- 1) Comment prenez vous la tension ? A quel moment ? Pouvez vous me décrire la situation.
- 2) En pratique courante pourquoi prenez vous la tension artérielle chez une personne non hypertendue?
- 3) Quels symboles donnez vous à ce geste ?
- 4) Quels messages au patient passez vous à travers ce geste ?
- 5) Lors d'un examen clinique chez un normotendu qu'attendez vous /motivations de la prise de tension artérielle ?
- 6) Que représente la prise de tension artérielle pour vous ? hormis des chiffres
- 7) Quelle est la place de la prise de tension artérielle dans la vie de tous les jours ? quotidien ?
- 8) Prenez vous la tension à tous vos patients normotendus ?quelles sont les raisons ?

- 9) A qui ne prenez vous pas la tension ?

- 10) Pensez vous que vos patients attendent en consultation une prise de tension ? Quel est votre sentiment par rapport à l'attente du patient ?

- 11) Quels sont les effets délétères et bénéfiques de la prise de tension artérielle ?

- 12) Mesurer la tension artérielle en cabinet chez vos patients est ce encore utile ? pourquoi ?

- 13) Connaissez vous des recommandations sur la prise de tension artérielle chez le normotendu ?
Pensez vous que des recommandations sont utiles ?
Des outils de prévention pourraient ils être mis en place ? lesquels ?

Données quantitative :

- Age
- Sexe
- Durée d'exercice
- Lieu d'exercice
- Type d'exercice
- Appareil utilisé : manuel /automatique

Tableau 2: Directives pour une mesure conventionnelle de la tension artérielle (OMS/ISH)

- Période de calme pour le patient au moins cinq minutes avant la mesure

- Patient assis confortablement sur une chaise

- Bras détendu, dénudé, soutenu

- Brassard au niveau du cœur

- Ne pas boire de café ni fumer durant la demi-heure précédant la mesure

- D'abord mesurer la différence de tension aux deux bras. Si cette différence est supérieure à 10 mmHg, utiliser par la suite le bras présentant la tension la plus élevée.

- Taille du brassard : la partie gonflable doit être de 13 à 15 cm de large et de 30 à 35 cm de long. Elle doit couvrir au moins 80 % du haut du bras.

- Déflation lente du brassard : 2 mmHg par seconde.

- Minimum de deux mesures sur une période d'au moins trois minutes ; calcul de la valeur moyenne.

- La TA systolique est donnée par les premiers bruits de Korotkoff (phase I) tandis que la TA diastolique correspond à la disparition des sons (phase V).

- Déterminer d'abord l'ordre de grandeur de la TA systolique, en palpant le pouls radial.

- La tension est toujours prise chez une personne âgée en position debout afin d'exclure toute hypotension orthostatique.

Tableau N° 4 : Méthode Mesure pression artérielle

- 1) Premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.
- 2) Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins et la gestion du recours aux autres spécialités.
- 3) Approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire
- 4) Mode de consultation personnalisée à travers une relation médecin-patient privilégiée
- 5) Responsabilité de la continuité des soins dans la durée, selon les besoins du patient
- 6) Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires
- 7) Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient
- 8) Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide
- 9) Développement de la promotion et de l'éducation de la santé
- 10) Responsabilité spécifique en termes de santé publique
- 11) Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle

Tableau 5 : WONCA 11 critères pour définir la médecine générale

8. SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.