



L'absence de mesure de la pression artérielle en consultation de médecine générale : divergence de ressentis entre les médecins et les patients

Clarisse Bouchon, Julie Favier

► To cite this version:

Clarisse Bouchon, Julie Favier. L'absence de mesure de la pression artérielle en consultation de médecine générale : divergence de ressentis entre les médecins et les patients. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02013929

HAL Id: dumas-02013929

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02013929>

Submitted on 11 Feb 2019

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

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



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

BOUCHON Clarisse et FAVIER Julie

Présentée et soutenue publiquement le 27 novembre 2018

**L'absence de mesure de la pression artérielle en consultation de médecine générale :
divergence de ressentis entre les médecins et les patients.**

Directrice de thèse : Madame RICHARD Amélie, MCU associé

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, PU

Membres du jury : Monsieur ESCHALIER Romain, PU-PH
Monsieur DUTHEIL Frédéric, PU-PH



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

BOUCHON Clarisse et FAVIER Julie

Présentée et soutenue publiquement le 27 novembre 2018

**L'absence de mesure de la pression artérielle en consultation de médecine générale :
divergence de ressentis entre les médecins et les patients.**

Directrice de thèse : Madame RICHARD Amélie, MCU associé

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, PU

Membres du jury : Monsieur ESCHALIER Romain, PU-PH
Monsieur DUTHEIL Frédéric, PU-PH

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'Auvergne

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **HAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAL Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENNAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie

M.	DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et CardioVasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et CardioVasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation

Mme HENG Anne-Elisabeth
M. MOTREFF Pascal
Mme PICKERING Gisèle

Néphrologie
Cardiologie
Pharmacologie Clinique

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle
M. FAICT Thierry
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna
M. TCHIRKOV Andréï
M. CORNELIS François
M. DESCAMPS Stéphane
M. POMEL Christophe
M. CANAVESE Frédéric
M. LESENS Olivier
M. RABISCHONG Benoît
M. AUTHIER Nicolas
M. BROUSSE Georges
M. BUC Emmanuel
M. CHABROT Pascal
M. LAUTRETTE Alexandre
M. AZARNOUSH Kasra
Mme BRUGNON Florence

Mme HENQUELL Cécile
M. ESCHALIER Romain
M. MERLIN Etienne
Mme TOURNADRE Anne
M. DURANDO Xavier
M. DUTHEIL Frédéric
Mme FANTINI Maria Livia
M. SAKKA Laurent
M. BOURDEL Nicolas
M. GUIEZE Romain
M. POINCLOUX Laurent
M. SOUTEYRAND Géraud

Biochimie et Biologie Moléculaire
Médecine Légale et Droit de la Santé
Pédiatrie
Cytologie et Histologie
Génétique
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Cancérologie – Chirurgie générale
Chirurgie Infantile
Maladies Infectieuses et Tropicales
Gynécologie Obstétrique
Pharmacologie Médicale
Psychiatrie Adultes/Addictologie
Chirurgie Digestive
Radiologie et Imagerie Médicale
Néphrologie Réanimation Médicale
Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Biologie et Médecine du Développement et
de la Reproduction
Bactériologie Virologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Cancérologie
Médecine et Santé au Travail
Neurologie
Anatomie – Neurochirurgie
Gynécologie-Obstétrique
Hématologie
Gastroentérologie
Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne
M. VORILHON Philippe

Médecine générale
Nutrition Humaine
Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne
M. CAMBON Benoît

Médecine générale
Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine
Mme BOUTELOUP Corinne

Bactériologie Virologie
Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel
Mlle GOUY Carole
Mme FOGLI Anne
Mlle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mlle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mlle MIRAND Andrey
M. OUCHCHANE Lemlih

M. LIBERT Frédéric
Mlle COSTE Karen
M. EVRARD Bertrand
Mlle AUMERAN Claire
M. POIRIER Philippe
Mme CASSAGNES Lucie
M. LEBRETON Aurélien

Biophysique et Traitement de l'Image
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication
Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Immunologie
Hygiène Hospitalière
Parasitologie et Mycologie
Radiologie et Imagerie Médicale
Hématologie

**MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE**

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MASDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine générale
M. BERNARD Pierre	Médecine générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine générale

REMERCIEMENTS

À NOTRE PRÉSIDENT DE JURY,

Merci à Monsieur le Professeur Gilles Clément. Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse et de juger ce travail. Merci de votre bienveillance et de votre enseignement.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

À NOS MEMBRES DU JURY,

Merci à Monsieur le Professeur Romain Eschalier, vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Merci de votre implication dans la formation des médecins généralistes. Veuillez recevoir l'expression de nos sincères remerciements.

Merci à Monsieur le Professeur Frédéric Dutheil, vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Merci de l'intérêt qu'a suscité notre sujet de recherche. Veuillez recevoir l'expression de nos sincères remerciements.

À NOTRE DIRECTRICE DE THÈSE,

Merci à Madame le Docteur Amélie Richard, d'avoir accepté de diriger cette thèse. Nous te remercions pour ta disponibilité, ton investissement et tes échanges ayant rendu ce travail particulièrement enrichissant.

REMERCIEMENTS CLARISSE

À **mes parents**, merci de m'avoir fait grandir dans un monde où les valeurs humaines étaient au centre de votre éducation, loin de la jalousie et de la compétitivité de notre société actuelle. Merci d'avoir su respecter les phases de mon épanouissement sans jamais « me pousser ». Merci d'avoir tout fait pour que je sois celle que je suis aujourd'hui. Je suis consciente de la chance que j'ai eu d'être née dans votre foyer, et je vous en suis à jamais reconnaissante.

À **ma tante Christiane**, je te dédis ce travail de thèse, tout l'amour que tu as pu me porter, toute la joie de vivre qui te définissait et qui me manque tellement.

À **Clément**, mon schatz. Merci pour ton soutien et ton amour.

À **mes grands-parents**, vous avez toujours été un modèle de réussite, votre soutien et votre admiration durant mes années de médecine m'ont été d'une aide précieuse.

À **mes tantes Irène et Sylvie et mes oncles Georges et Alain, à Mamie Meyrou, à Annie, à Madame Jouve** qui ont toujours eu un regard bienveillant sur moi, et m'ont laissé des souvenirs d'enfance inoubliables.

À **Maxime**, merci de me supporter depuis toujours, merci de ta curiosité face à mon quotidien de jeune médecin. Je suis fière de ta reconversion professionnelle.

À **Sandrine**, merci de ta contribution dans ma « réussite », que je te dois en partie. Merci pour ta bienveillance et ta présence à tout moment de ma vie.

À **mon oncle Robert**, merci pour ta simplicité, ta sensibilité et ton soutien depuis toujours.

À **mes tantes et oncles** (Suzanne, Lucie, Xavier, Godfrey, Thierry, Tiphaine) ; **et mes supers cousins** (Régine, Gérald, Lionel, Agnès, Lionel, Marie-Christine, Philippe, Emma, Clémence, Tristan, Raphaël, Lucie, Véro, James, Phil, Matthieu, Guillaume, Florian, Marine, Louanne..).

À **Elodie**, à tous ces souvenirs partagés depuis les bancs du tutorat en P1, aux soirées médecines, à ces heures interminables passées au téléphone, l'internat...

À **Julie**, quelle rencontre au PEV ! Ce fut un plaisir tellement indéfinissable de partager ce travail de thèse avec toi. Tu es une tellement belle personne.

À **mes amis** Cécile, Aurélie, Evaine, Fabienne, Nassime, Mumu, Gabrielle, Ophélie ;

À **mes co-externes et co-internes** devenus des amis pour encore longtemps je l'espère : Virginie, Caroline, Aude, Bastien, Nathalie, Jérôme, Marine, Aurélie, Cyril, Claire, Marion, Marie, Adrien, Vincent, Solène, Laëticia, Hanna ;

Aux médecins m'ayant donné envie de faire de la médecine générale à travers leur passion : Amélie, Soraya, Olivier, Jacques et aux personnes que j'ai eu la chance de rencontrer pendant mes études médicales (Annick, Ghislaine).

REMERCIEMENTS JULIE

À ma Mère, merci d'être présente à chaque moment de ma vie. Merci de m'avoir aidée à me relever dans les difficultés. Merci pour ton amour inconditionnel et pour toutes les valeurs que tu m'as transmises. Tu es un exemple.

À mon Père, merci de m'avoir soutenue tout au long de mon parcours même si ces études ont imposé des sacrifices. Merci d'avoir fait en sorte que je ne manque jamais de rien. J'espère que nous partagerons d'autres moments heureux.

À mon frère Romain, merci d'être toujours là pour moi. Merci pour ton soutien pendant toutes ces années. Nous n'avons pas besoin de nous voir souvent pour savoir que l'on peut compter l'un sur l'autre. Je suis fière de t'avoir comme grand frère.

À mes grands-parents, merci pour votre amour et pour la douceur dont vous m'avez toujours entourée. Mamie, je suis heureuse que tu assistes à ce moment. Papi, Mémé, Pépé, j'espère que vous auriez été fières de moi.

À toi Marien, mon amour. Merci pour ta patience tout au long de ces études. Merci pour toutes les attentions dont tu m'as entourée depuis ces dix années. Beaucoup de belles choses nous attendent. J'ai hâte de découvrir le futur à tes côtés.

À Fadila, merci pour ta générosité. Tu es une belle personne.

À Julia, merci d'être aussi attentionnée et pour ta gentillesse. Tu es la belle-sœur que j'espérais.

À ma belle-famille. Christian, Sylvie, Manon et Marine, merci pour votre bienveillance.

À Virginie, ma meilleure amie. Merci pour ton écoute à toute heure, pour ta réassurance quand j'en ai eu besoin. Merci pour tous ces moments partagés depuis 11 ans déjà. J'attends les suivants avec impatience.

À Clarisse, merci d'avoir été la meilleure partenaire possible pour réaliser ce travail. Merci pour ton amitié et pour ta joie de vivre particulièrement communicante ! Je suis fière de présenter ce travail à tes côtés.

À Betty et Célian, merci pour votre amitié sincère. Betty, je suis heureuse d'avoir croisé ton chemin. Tu es la preuve que caractère et délicatesse s'accordent à merveille. Célian, merci pour ton humour qui sort de l'ordinaire et pour nous avoir permis de rendre ce travail sans faute d'orthographe !

À Caroline, merci pour ton grain de folie qui rend nos soirées particulièrement marquantes !

À tous mes co-internes avec qui j'ai partagé ces trois années et particulièrement à Marlène, Alizée, Florence et Guillaume. Merci d'avoir amélioré le quotidien de l'hôpital.

Aux médecins qui m'ont appris et spécialement à Pascale, Christophe, Anna et Florence. Merci pour vos qualités humaines et professionnelles qui ont rendues ce stage en cardiologie particulièrement riche.

Table des matières

1. INTRODUCTION	16
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES	20
2.1 Choix de la méthode.....	20
2.1.1 Une étude qualitative	20
2.1.2 Des entretiens semi-dirigés	20
2.1.3 Formation aux techniques d'entretien.....	21
2.2 Constitution de l'échantillon.....	21
2.2.1 Critères d'inclusion.....	21
2.2.2 Échantillonnage.....	22
2.3 Élaboration du guide d'entretien et réalisation des entretiens.....	24
2.3.1 Élaboration du guide	24
2.3.2 Réalisation des entretiens.....	25
2.4 Retranscription des entretiens	26
2.5 Analyse des données.....	26
2.6 Éthique.....	27
3. RÉSULTATS	28
3.1 Description de la population	28
3.2 Résultats des médecins	28
3.2.1 Les MG avaient peu de souvenirs des consultations sans mesure de la PA	28
A) Les situations d'absence de mesure étaient adaptées au contexte	28
a) Selon les motifs de consultation	28
b) Selon les patients.....	29
c) Selon des critères dépendants du MG	31
B) Absence d'inconvénient de la mesure.....	32
a) Un geste qui ne prenait pas de temps.....	32
b) Un geste « évident » malgré des conditions de mesure discutables	33
c) « Mesurer la pression artérielle » versus « prendre la tension »	34
C) Les MG mesuraient la PA car ils pensaient répondre aux attentes des patients	34
D) Les craintes des MG	36
a) Les craintes médicales	36
b) Les craintes non médicales	38
3.2.2 L'absence de mesure de PA : une situation fréquente pour un seul MG	45
3.2.3 Vers une remise en question d'une mesure systématique.....	46
A) Autocritiques de leur pratique	46
a) Inculquer de mauvaises habitudes aux patients	46
b) Rassurer faussement les patients.....	46
c) Inquiéter inutilement les patients	47
d) Recherche de cohérence médicale	47
e) Favoriser l'inertie thérapeutique	48
f) Conséquence somatique pour un MG	48
B) Place des automesures.....	48
C) Positionnement des MG vis-à-vis des recommandations	49

D) Impact des explications dans la modification des attentes des patients.....	49
3.2.4 Déroulement de la consultation	50
A) Le canevas de la consultation	50
B) Une évolution des habitudes de mesure de la PA au fil du temps	51
a) A la suite de reproches répétés de la part des patients au sujet de confrères ...	51
b) Passage du statut de médecin remplaçant à médecin installé	52
C) La problématique du temps.....	52
D) L'influence du logiciel informatique	53
E) À travers le raisonnement médical : examen physique systématisé ou orienté	54
a) Examen physique systématisé.....	54
b) Examen physique orienté.....	55
3.3 Résultats des patients.....	56
3.3.1 Les patients n'ayant pas eu de mesure de la PA	56
A) Les motifs de ces consultations	56
B) La majorité des patients était satisfaite	57
a) Des patients sereins.....	57
b) Des patients indifférents à la mesure	58
c) Utilisation de l'AMT.....	59
d) Des patients en recherche de cohérence.....	60
e) Des patients habitués à une absence de mesure	60
C) Une minorité de patients était insatisfaite.....	61
a) Geste indissociable de l'examen physique	61
b) Geste symbolique de la représentation du médecin.....	61
c) Vérification par le médecin.....	62
D) Aucune conséquence sur la relation médecin-patient.....	62
a) La confiance.....	62
b) Les patients recherchaient « l'efficacité »	63
c) La confiance malgré des pratiques variées	63
d) Une demande d'écoute.....	63
e) Une patiente mécontente, mais confiante	64
f) Les attentes des patients.....	64
E) Les attentes des patients en consultation étaient ailleurs	65
a) Envers les médecins.....	65
b) Envers l'examen physique.....	68
3.3.2 Déroulement de la consultation	69
A) L'examen physique : systématique, orienté ou absent	70
B) La durée de la consultation	70
3.4 Présentation de la fiche-outil.....	71
3.4.1 Pour les médecins	71
A) Les remarques positives.....	71
B) Les critiques de la fiche-outil.....	72
C) Les propositions	72
3.4.2 Pour les patients	74
A) Les critiques de la fiche-outil	74
B) Patient acteur de sa santé	75

C) Les proposition des patients.....	75
D) Les rôles et les missions attribués au médecin généraliste dans le cadre du dépistage semblaient flous.....	75
a) Des patients réticents	76
b) Des patients agréablement surpris	76
3.4.3 État des lieux des mesures préventives et de dépistage	76
A) Pour les patients.....	76
B) Pour les MG.....	77
a) Manque de temps (principal obstacle).....	77
b) Inégalités d'application des mesures préventives et de dépistage.....	77
c) Manque de recommandations	78
d) Difficultés de communication avec le patient.....	78
e) Manque d'implication du patient.....	78
f) Peu de solutions	79
4. DISCUSSION.....	80
4.1 Forces et faiblesses de notre étude.....	80
4.1.1 Les forces	80
A) Originalité et pertinence du sujet.....	80
B) Méthode	80
C) Validité externe.....	81
4.1.2 Les faiblesses	81
A) Biais de sélection	81
a) Recrutement des patients	81
b) Recrutement des MG	82
B) Biais de déclaration.....	82
C) Saturation des données.....	83
4.2 Comparaison avec les travaux antérieurs.....	83
4.3 Comment interpréter nos résultats	84
4.3.1 Discordance entre les attentes.....	84
4.3.2 Une habitude pour les MG et les patients	85
4.3.3 Discordance dans le souvenir de la mesure	86
4.3.4 Indifférence des patients à l'absence de mesure	86
4.3.5 Absence mal vécue par les MG	87
4.4 Diagnostic des difficultés actuelles et perspectives d'évolution	88
4.4.1 Difficultés à la mise en place des autres mesures de dépistage et de prévention ...	88
4.4.2 Le mode de rémunération	90
4.4.3 La problématique du temps.....	90
5. CONCLUSION	93
6. BIBLIOGRAPHIE	95
7. ANNEXES.....	98
8. SERMENT D'HIPPOCRATE.....	107

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Affiche de recrutement des patients	98
Annexe II : Grille d'entretien des MG	99
Annexe III : Grille d'entretien des patients	102
Annexe IV : Fiche-outil	104
Annexe V : Tableau d'échantillonnage des MG	105
Annexe VI : Tableau d'échantillonnage des patients	106

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMT : Automesure tensionnelle

ARDOC : Association Régionale des Dépistages Organisés des Cancers

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge

EVIPREV : Evidence Based Preventive Medicine

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IMC : Indice de Masse Corporelle

MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle

MG : Médecin(s) Généraliste(s) de l'étude

MSU : Maître de Stage des Universités

MT : Médecin Traitant

ORL : Oto-Rhino-Laryngologique

PA : Pression Artérielle

PAD : Pression Artérielle Diastolique

PAS : Pression Artérielle Systolique

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SFHTA : Société Française d'Hypertension Artérielle

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners/family physicians

1. INTRODUCTION

Depuis 1974, des institutions tentent de définir la médecine générale et les rôles du médecin généraliste. « C'est la synthèse de ses fonctions qui est unique » : premier recours, intervention à un stade précoce des pathologies, coordination et continuité des soins, prise en charge du patient dans sa globalité et promotion de la santé (1). Pour autant, ces définitions n'apportent pas de réponses à ce que doit être le contenu d'une consultation de médecine générale.

C'est à travers l'absence de mesure de la pression artérielle (PA) que nous nous sommes interrogées sur « les standards » du contenu d'une consultation et les représentations qu'en ont les médecins et les patients.

Nous nous sommes intéressées à ce geste à la suite d'une situation vécue en consultation au cours de laquelle une jeune patiente consultant pour des symptômes de reflux gastro-œsophagien s'était étonnée qu'on ne lui mesure pas sa PA.

La mesure de la PA apparaît être le geste le plus fréquemment réalisé au cours d'une consultation de médecine générale : 98% des médecins généralistes la mesurent à chaque consultation de patients hypertendus et 81,5% à chaque consultation de patients normotendus (2,3).

L'hypertension artérielle (HTA) est le facteur de risque de morbi-mortalité cardiovasculaire le plus fréquent et la première maladie chronique mondiale (en France : plus de 15 millions d'hypertendus) (4,5). L'Organisation Mondiale de la Santé parle d'un « tueur silencieux » : 9,4 millions de morts par an seraient imputables aux complications de l'HTA (4). Son caractère asymptomatique (avant le stade des complications) fait de l'HTA une maladie dont le diagnostic

est primordial. C'est pourquoi le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans le diagnostic de cette maladie par son dépistage en mesurant la PA de ses patients. Elle constitue d'ailleurs le premier motif de consultation en médecine générale (5). Paradoxalement, l'HTA reste insuffisamment dépistée puisque seule une personne sur deux a connaissance de son hypertension artérielle (6).

La mesure est très codifiée en raison de nombreuses interférences et biais pouvant aboutir à un résultat erroné. Le respect des conditions de mesure est indispensable pour la rendre interprétable : période de repos, position du patient, absence d'excitants, brassard adapté, silence pendant la mesure et appareil électronique validé. Autant de facteurs pouvant limiter de manière significative la fiabilité des résultats (7–9). Ainsi, beaucoup de mesures ne seraient pas réalisées dans les conditions recommandées (10).

D'autre part, nos recherches ont montré qu'il n'existait pas en France de recommandations précises concernant la fréquence de mesure de la PA en consultation. En 2016, la Haute Autorité de Santé et la Société Française d'Hypertension artérielle indiquent sans autre précision que le médecin généraliste doit mesurer « régulièrement » la PA de ses patients afin de détecter précocement l'apparition d'une HTA (11).

L'étude américaine de Framingham (12,13) apporte des précisions concernant la progression de la PA des patients normotendus puisqu'elle montre que leur risque d'apparition d'une HTA en un an est très faible : une PA normale et normale haute évoluent fréquemment vers l'HTA sur une période de 4 ans, surtout chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Leurs recommandations reprises par la Revue Prescrire (12,14) sont les suivantes :

- Une mesure annuelle en cas de PA normale haute (Pression artérielle systolique (PAS) 130-139 mmHg et/ou Pression artérielle Diastolique (PAD) 85-89 mmHg) et/ou patients âgés de plus de 65 ans.
- Une mesure tous les 2 ans en cas de PA normale (PAS 120-129 mmHg et/ou PAD 80-84 mmHg).
- Une mesure moins souvent pour les patients de moins de 65 ans avec une PA optimale (PAS < 120 mmHg et PAD < 80 mmHg).

En août 2018, la Société Européenne de Cardiologie et la Société Européenne d'Hypertension artérielle préconisent une mesure tous les 5 ans en cas de PA optimale, tous les 3 ans en cas de PA normale, et tous les ans en cas de PA normale haute. Chez les patients de plus de 50 ans, un dépistage « plus fréquent » de la PA au cabinet doit être envisagé (15).

D'un point de vue médico-légal, il n'existe aucun texte de loi concernant le déroulement d'une consultation médicale. Toutefois, il est précisé que le médecin généraliste est libre dans ses choix et dans ses actes tout en ayant l'obligation de pratiquer des soins consciencieux. Il doit « limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. » (16,17).

Tout concorde à dire qu'il n'est pas nécessaire pour la santé des patients de mesurer leur PA à chaque consultation.

Dans les faits, il existe une discordance entre la théorie et la pratique. Pourquoi ce geste qui n'apparaît pas comme obligatoire dans l'examen physique et dont les résultats peuvent être biaisés, reste-t-il incontournable de la plupart des consultations ? Son absence manquerait-elle aux médecins et des patients ?

Nous avons choisi d'étudier des consultations sans mesure de PA car nous partons de l'hypothèse que les patients sont très attachés à sa réalisation. Ce serait pour cette raison que les médecins la mesurent de façon assez systématique au cours des consultations.

Notre objectif est d'explorer et de confronter le ressenti des médecins et des patients en l'absence de mesure de la PA. Nous essaierons d'expliquer pourquoi il existe peu de consultations sans mesure malgré des recommandations n'incitant pas à sa réalisation systématique. Une optimisation du contenu de la consultation permettrait de mesurer moins souvent la PA au profit de mesures de meilleure qualité ou au profit d'autres actes de prévention et de dépistage.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 Choix de la méthode

2.1.1 Une étude qualitative

Issue des sciences humaines et sociales, l'étude qualitative a pour objet d'étudier les représentations et les comportements des acteurs du système de soins. En explorant leur vécu, elle aide à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel et à saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions (18,19). En effet, les comportements des soignants et des patients ne suivent pas toujours la logique scientifique. La recherche qualitative permet d'en rechercher les explications et s'est donc naturellement imposée.

2.1.2 Des entretiens semi-dirigés

Deux types de recueils de données étaient possibles.

La méthode du focus group nous a semblé intéressante, car les personnes sont encouragées à discuter entre elles pour échanger et commenter leurs expériences. Elle aurait pu produire en peu de temps une grande quantité d'informations en saisissant la dimension collective dès la réalisation de l'enquête elle-même (20). Cependant, nous n'avons pas réussi à recruter un animateur expérimenté en focus group. Notre absence de formation en animation de groupe, la nécessité de rester neutre vis-à-vis de la question de recherche et l'existence d'un biais potentiel lié à la présence d'un leader d'opinion au sein du groupe, nous ont conduites à ne pas utiliser cette méthode.

Nous avons donc retenu la méthode par entretien semi-dirigé en rencontrant un à un les différents participants afin d'obtenir les témoignages les plus authentiques.

2.1.3 Formation aux techniques d'entretien

Nous avons collaboré avec Laurent Marty, anthropologue, afin d'être plus à l'aise sur les techniques d'entretien. Le manque d'expérience dans ce domaine avec des premiers entretiens patients tests trop fermés n'avait pas conduit à un contexte propice au dialogue. Les questions ouvertes, les questions de relance et la reformulation ont donc été retravaillées afin que les personnes interrogées se sentent dans un climat propice à l'échange.

Nous avons par ailleurs discuté de l'importance de la symbolique et des phénomènes anthropologiques se rattachant à la mesure de la PA afin de mieux aborder la non-mesure lors de nos entretiens.

2.2 Constitution de l'échantillon

Notre étude a été menée auprès de médecins généralistes (MG) et de patients du département du Puy-de-Dôme. Le recueil de la diversité des opinions et des comportements a nécessité un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale » (20).

2.2.1 Critères d'inclusion

A) Les médecins

Les médecins correspondant aux critères d'inclusions étaient des médecins généralistes installés. Les critères de diversité des médecins retenus comme susceptibles d'influencer les résultats étaient les suivants : sexe, âge, durée d'installation (< 5 ans, entre 5 et 20 ans, > 20 ans), milieu d'exercice (urbain, semi-rural ou rural), mode d'exercice (isolé ou en groupe), spécificité d'exercice (diplômes complémentaires), présence ou non d'un secrétariat,

abonnement ou non à des revues professionnelles, nombre de consultations par jour (≤ 20 , 21 à 29, ≥ 30) et durée moyenne des consultations (≤ 15 minutes ; > 16 minutes).

B) Les patients

Les patients correspondant aux critères d'inclusions étaient des patients majeurs non déments, se souvenant précisément d'une consultation (quel que soit le motif) au cours de laquelle leur médecin traitant ne leur avait pas mesuré la PA.

Les critères de diversité des patients retenus comme susceptibles d'influencer les résultats étaient les suivants : sexe, âge (< 30 ans, entre 30 et 60, > 60 ans), catégorie socioprofessionnelle, lieu d'habitation (urbain, semi-rural ou rural), patients sains ou ayant une ou des pathologies chroniques (HTA ou autre) et nombre de consultations par an (< 3 ; entre 3 et 5 ou > 5).

Concernant leur médecin traitant : sexe, âge, milieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural), méthode de mesure de la PA (électronique ou manuelle), fréquence de mesure de la PA (systématique, quasi-systématique ou non systématique) et durée de la relation médecin-patient.

2.2.2 Échantillonnage

Pour les médecins comme pour les patients, la taille de l'échantillon n'a pas été déterminée à l'avance. Nous avons réalisé les entretiens dans l'objectif de tendre vers une saturation des données.

A) Les médecins

Les médecins ont été sélectionnés de manière aléatoire à partir des données de l'annuaire des Pages Jaunes puis recrutés par contact téléphonique. Leur inclusion a été effectuée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens afin d'en contrôler la distribution et tendre vers une variabilité maximale de l'échantillon.

Sur 27 médecins contactés, 15 ont refusé de participer à cette étude. Les raisons évoquées ont été : le manque de temps, la réticence pour un médecin proche de la retraite à discuter de sa pratique, la difficulté de comprendre l'intérêt porté à « l'absence de mesure » et le manque d'intérêt pour les études qualitatives. Les réactions à l'annonce du sujet de l'étude ont souvent suscité un étonnement.

B) Les patients

Le recrutement des patients s'est avéré difficile étant donné la mesure quasi-systématique de la PA par la plupart des médecins généralistes.

Les patients ont été recrutés par méthode dite « boule de neige » (les personnes interrogées suggèrent d'autres personnes susceptibles de participer à l'étude). La taille de l'échantillon a été limitée par la difficulté à recruter des patients répondant à tous les critères de diversité. Dans un but d'augmenter la taille et d'en diversifier l'échantillon, une affiche de recrutement de patients (**Annexe I**) a été exposée dans un cabinet de médecine générale et aux Thermes de Châtel-Guyon (afin de recruter des patients répondant aux critères sous-représentés : sujets âgés et hypertendus). Cependant, aucun patient ne nous a contactées avec cette méthode.

Au total, 12 entretiens médecins et 9 entretiens patients ont été menés de mars à juillet 2018.

2.3 Élaboration du guide d'entretien et réalisation des entretiens

2.3.1 Élaboration du guide

Préalablement à la réalisation des entretiens, nous avons construit une trame de questions ouvertes et de questions de relances, afin d'aborder les thèmes suivants :

- Pour les médecins : le ressenti en cas de non-mesure, la perception du ressenti des patients, les connaissances des recommandations de fréquence de la mesure, les rôles de la mesure, la place de la mesure dans le raisonnement médical, le déroulement d'une consultation et la délégation du geste.
- Pour les patients : le ressenti en cas de non-mesure, les attentes envers la consultation, les déterminants de la relation médecin-patient, les représentations du geste et la délégation du geste.

Au cours de l'enquête, nous avons modifié nos grilles d'entretien afin de mieux nous recentrer sur l'absence (**Annexe II et III**).

Nous avons également réalisé une fiche-outil (**Annexe IV**) décrivant les principales mesures de prévention et de dépistage pouvant être réalisées en consultation que nous avons présentée aux participants. En effet, il a été complexe de réaliser un travail scientifique sur un sujet aussi impalpable. Cet outil nous a permis de faciliter la discussion avec les interviewés autour de l'absence de mesure. Dès lors qu'il était proposé de faire « autre chose » à la place de la mesure, médecins et patients ont mieux compris les retombées potentielles de l'étude.

Les données émergentes en rapport avec la fiche-outil ne seront volontairement pas toutes détaillées dans nos résultats, car elles ne répondent pas à la question principale du sujet, mais serviront de base à la discussion.

2.3.2 Réalisation des entretiens

Tous les entretiens ont été menés par le même enquêteur qui s'est présenté en tant que médecin généraliste remplaçant préparant sa thèse de docteur en médecine : Julie Favier pour les médecins et Clarisse Bouchon pour les patients. Le principe d'anonymisation des données était rappelé et le consentement oral recueilli.

A) Pour les médecins

Tous les entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins à l'exception d'un, ayant eu lieu au domicile du médecin.

B) Pour les patients

Pour comprendre le ressenti des patients en cas d'absence de mesure de PA, un premier jet d'entretiens tests a été réalisé sur 7 patients. Cependant, il s'agissait de patients pour lesquels la mesure de PA était systématique. De ce fait, leur ressenti en cas d'absence du geste ne pouvait être analysé que de manière conditionnelle. Nous avons donc changé le critère d'inclusion à savoir, des patients se souvenant précisément d'une consultation où leur PA n'avait pas été mesurée. Nous souhaitons avoir leurs souvenirs exacts et non la projection de ce qu'ils pourraient penser si elle n'était pas mesurée. En effet, il existe une différence entre ce que l'on pense des réactions que l'on pourrait avoir dans certaines circonstances, et des réactions que

l'on a effectivement eues lorsque les situations ont été vraiment vécues. Nous avons donc recherché cette authenticité.

Après une prise de contact téléphonique, un rendez-vous était fixé. Tous les entretiens se sont déroulés au domicile du patient à l'exception d'un, ayant eu lieu dans un café.

2.4 Retranscription des entretiens

Les entretiens des médecins ont duré de 21 minutes à 55 minutes.

Les entretiens des patients ont duré de 10 à 48 minutes.

Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone puis retranscrits dans leur intégralité avec les hésitations et les éléments du langage non verbal. Tous les entretiens et verbatim ont été anonymisés.

2.5 Analyse des données

Les caractéristiques des médecins et des patients ont été regroupées sur un tableur (Microsoft Office Excel 2016) afin d'en faire ressortir leurs diversités (**Annexes V et VI**). Les entretiens étaient retranscrits et analysés au fur et à mesure en utilisant le mode plan du logiciel Word®.

La validité de l'analyse a été augmentée par un double codage et une triangulation des données. Chaque chercheur a ainsi effectué son analyse de manière indépendante puis de façon conjointe.

Nous avons analysé les données de façon inductive par théorisation ancrée. Cette méthode vise à « générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives » (21). C'est pourquoi nos grilles d'entretien ont évolué au cours de l'étude (**Annexes II et III**).

2.6 Éthique

Le Comité de Protection des Personnes a été contacté. Les recherches médicales ne nécessitant pas de transmission d'informations personnelles directement ou indirectement identifiantes, elles ne sont pas soumises à la loi « Informations et Libertés » et donc ne nécessitaient aucune déclaration particulière à la CNIL.

3. RÉSULTATS

3.1 Description de la population

Les caractéristiques sociodémographiques et médicales sont détaillées dans les **Annexes V et VI**. Il n'a pas été mis en évidence de lien entre les différents profils des interviewés et leurs ressentis en cas d'absence de mesure.

3.2 Résultats des médecins

3.2.1 Les MG avaient peu de souvenirs des consultations sans mesure de la PA

A) Les situations d'absence de mesure étaient adaptées au contexte

Les MG n'ont pas été marqués par ces consultations, car il s'agissait le plus souvent de motifs aigus ne les ayant pas mis en difficulté. Ainsi, peu d'entre eux ont pu les décrire avec précision.

a) Selon les motifs de consultation

Parfois, lorsque l'examen physique n'était pas perçu comme utile dans la prise en charge, la mesure de la PA n'était pas effectuée.

C'était le cas des consultations pour démarches administratives ou des consultations pour motifs psychologiques.

Les autres motifs de non-mesure les plus souvent cités par les MG ont été :

- Les consultations pour des pathologies cutanées : « *un eczéma par exemple, ou une allergie* » (M5), « *un ulcère de jambe* » (M2).
- En traumatologie : les MG ont mentionné que la mesure de la PA n'apportait rien à la prise en charge du patient ni au raisonnement médical. De plus, la PA pouvait être faussement élevée à cause de la douleur.
- Les pathologies infectieuses bénignes (rhinopharyngite, angine...).
- En cas de réévaluation d'un patient dans un intervalle court : un seul MG a mentionné ne pas mesurer la PA d'un patient avec des comorbidités cardiovasculaires consultant une deuxième fois pour des symptômes bénins : « *Monsieur B. l'autre jour qui est revenu me voir pour son mal de gorge, je la lui ai pas prise et j'ai fait comme j'aurais fait pour d'autres patients pour un mal de gorge, surtout que là je l'avais vu 3 jours avant* » (M4).

En ce qui concernait les consultations de réévaluation de traitement, la mesure de la PA était un geste incontournable pour tous les MG. À titre exceptionnel, la mesure pouvait être absente des consultations de réévaluation de traitement antidépresseur pour des patients qu'ils « *connaissaient bien* ».

b) Selon les patients

- Les enfants

Les MG ont déclaré ne pas mesurer la PA pour les consultations pédiatriques. Seulement deux MG la mesuraient ponctuellement : « *Chez l'enfant, je le fais que dans le cadre d'un épisode infectieux sévère ou dans des altérations de l'état général. J'le fais pas effectivement pour un motif classique* » (M3) ; « *je la prends une fois par an lors de leur visite systématique de suivi annuel, sinon jusqu'à 18-20 ans je leur prends pas* » (M8).

- Les jeunes adultes « en bonne santé »

Globalement, tous les MG mesuraient moins fréquemment la PA des patients jeunes (< 40 ans). Pour un seul MG, l'absence de mesure pour ce profil de patients était régulière : « *Un jeune qui va venir me voir plusieurs fois dans l'année pour... des problèmes de jeunes ? Ben ça peut m'arriver de jamais la lui prendre* » (M4).

- Les patients présentant des facteurs de risques cardiovasculaires

Pour ces patients « à risque », quel que soit le motif de consultation, l'absence de mesure était rare : « *j'ai un patient qui s'est fait une entorse majeure et comme il a fait un AVC ischémique je lui prends quand même la tension* » (M9).

- En cas d'effet « blouse blanche »

En cas d'HTA « blouse blanche », seulement deux MG ne mesuraient pas la PA au cabinet. Quelquefois, la non-mesure était demandée par le patient : « *souvent ils me disent, docteur ne la prenez pas* » (M7). Dans ces cas-là, les MG étaient satisfaits de ces consultations, car le patient comprenait les raisons de la non-mesure.

- Les patients pratiquant les automesures tensionnelles (AMT)

Bien que 11 MG sur 12 utilisaient très régulièrement les AMT, seulement deux ne mesuraient pas la PA au cabinet dans les consultations de suivi des hypertendus lorsque leur relevé d'AMT était normal. Parfois, la normalité du relevé d'AMT ne leur suffisait pas à ne pas mesurer la PA si un bilan cardiologique récent n'avait pas été effectué.

La mesure de la PA malgré la présence du relevé d'AMT permettait de s'assurer de la fiabilité de l'appareil par la concordance des chiffres en ambulatoire et au cabinet. Un MG souhaitait quant à lui s'assurer que les patients n'aient pas « triché » avec les chiffres pour ceux qu'ils savaient réticents à l'introduction d'un traitement antihypertenseur.

Pour d'autres MG, les AMT seraient délaissées par les patients avec le temps. Ils deviendraient moins observant sur le long terme « *l'expérience montre qu'ils le font les premiers mois et après ils s'arrêtent* » (M12) d'où la nécessité de la leur mesurer au cabinet.

Aussi, la mesure de la PA au cabinet représentait pour deux MG une aide motivationnelle pour la poursuite de l'utilisation de l'AMT par les patients, comme un « contrat » entre médecin et patient : « *elle est haute au cabinet, mais chez vous elle est basse, donc faut bien continuer à surveiller chez vous* » ; (M8) « *c'est comme souvent dans la vie, faut faire les deux, c'est un partage* » (M10).

D'autres n'ont pas su expliquer pourquoi ils continuaient de la mesurer au cabinet pour des patients avec un relevé d'AMT normal et pour lesquels ils avaient déjà contrôlé la bonne utilisation de l'appareil par le patient et la fiabilité de la machine. L'ambivalence d'une MG était ici mise en avant : « *je me fie à vos chiffres chez vous, c'est ça qui reflète le mieux* » ; « *je la prends quand même pour voir...* » (M8).

c) Selon des critères dépendants du MG

Parfois, l'absence de la PA ne pouvait pas être expliquée clairement par le MG. En effet, une MG mesurant la PA systématiquement a fait l'expérience de la non-mesure de manière non délibérée lors de deux consultations précédant notre entretien. Elle n'a pas pu en décrire le contexte ni détailler les raisons de la non-mesure. Il semblait néanmoins que l'absence d'intérêt médical de la mesure et une charge de travail importante à ce moment-là aient été déterminantes : « *j'me suis fait la réflexion la semaine dernière, et c'est complètement le*

hasard, j'ai pas fait pour faire un test. Ce jour-là effectivement, j'me suis dit bon y'a pas besoin de prendre la tension, en plus y'avait du travail » (M5).

De manière générale, les MG s'adaptaient à chaque motif de consultation et à chaque profil de patients (âge, antécédents). L'absence de mesure était plus fréquente pour des patients jeunes et sans facteur de risque cardiovasculaire. Au total, la quasi-totalité des situations d'absence de mesure relevées par les MG concernait des motifs aigus.

B) Absence d'inconvénient de la mesure

La réalisation de la mesure de la PA ne représentait aucun inconvénient pour plus de la majorité des MG : *« Y'a pas d'inconvénient à mesurer la PA, y'a que des avantages à le faire » (M5).*

Seule la gestion du matériel (brassards, usure des pièces) était contraignante pour 3 MG : *« et puis petit brassard-gros bras aussi ! Des fois j'ai la flemme de changer de brassard » (M6).* La nécessité d'un étalonnage de l'appareil n'a pas été mentionnée.

a) Un geste qui ne prenait pas de temps

Pour 11 des 12 MG, la mesure n'était pas considérée comme un geste chronophage. Pour la plupart, sa réalisation nécessitait moins d'une minute : *« 10 secondes et c'est terminé. D'ailleurs, je la prends très souvent des 2 côtés donc pour vous dire que... » (M12) ; « J'fais ça très vite donc j'peux pas dire que la tension ça me prenne du temps. » (M6).* Afin d'insister sur le côté non chronophage du geste, quelques MG ont alors évoqué d'autres actes ou démarches qui prenaient plus de temps en consultation : réalisation d'un streptotest, démarches administratives et coordination des soins.

Un seul MG considérait que mesurer la PA « *prenait du temps* ». Il s'agissait de celui ayant le temps de consultation le plus court. Pour ce MG, les consultations duraient environ 10 minutes. Il consacrait plus de temps à l'entretien qu'à l'examen physique : « *L'entretien, ça apporte beaucoup beaucoup ; tout temps gagné sur l'examen clinique pour moi, c'est énorme* » (M4).

b) Un geste « évident » malgré des conditions de mesure discutables

Quelques MG remettaient en question les conditions de mesure et la qualité de leur technique : « *Hier j'avais pas le grand brassard et ben quand on a deux bouts de scratches comme ça qui tiennent, pour faire monter jusqu'à 160, j'peux te dire qu'il faut tenir comme il faut, parce que le bras il est comme ma cuisse !* » (M4) ; « *Je le fais plutôt vite et donc pas bien* » (M6). Paradoxalement, alors qu'ils avaient conscience des biais de mesure existants et des conséquences sur la fiabilité des résultats, la mesure n'en restait pas moins systématique. Ils l'expliquaient d'ailleurs assez souvent aux patients : « *Je tiens pas trop compte de la tension au cabinet (...) Je leur dis que la tension prise au cabinet, souvent dans 50% des cas, elle reflète pas la moyenne des tensions.* » (M7).

Les recommandations de mesure de la PA semblaient pour la majorité des MG difficilement applicables en consultation sans que cela constitue un obstacle à sa réalisation. Elle était ainsi réalisée pour la moitié des MG en début d'examen physique, sans respect de la période de repos : « *Oui, mais ça qui les respecte ? (rires) S'il fallait 5 minutes à chaque fois qu'on fait une prise tensionnelle, je pense qu'il faudrait modifier des choses c'est sûr* » (M5) ; « *On a pas le temps de respecter cette procédure* » (M2).

c) « Mesurer la pression artérielle » versus « prendre la tension »

Finalement, la mesure de la PA représentait moins d'inconvénients lorsqu'elle était réalisée dans un but autre que celui de dépister une HTA. En effet, elle pouvait être entreprise pour répondre à une attente supposée du patient, dans l'objectif de « faire plaisir ». Les MG déclaraient alors être moins attentifs à la méthode : « *j'suis pas forcément très attentive pour être très honnête* » (M1) ; « *quand je gonfle ben je pense à autre chose, des fois j pense même à autre chose quand je dégonfle* » (M6). Aussi, la valeur des chiffres tensionnels pouvait même être oubliée.

À l'inverse, lorsqu'ils cherchaient à dépister une HTA, l'attention portée à la technique de mesure ainsi qu'aux chiffres était plus importante. Par exemple, en cas de céphalées, un MG déclarait mesurer systématiquement la PA des deux côtés.

C) Les MG mesuraient la PA car ils pensaient répondre aux attentes des patients

Tous les MG ont répondu que pour les patients, mesurer la PA était la représentation du rôle du médecin. Elle définirait le médecin, « le modéliserait » comme en témoigne l'image « *du médecin avec le stéthoscope autour du cou* » et aurait plus de portée que n'importe quel autre acte réalisé en consultation : « *J crois que c'est un geste qui est symbolique (...) médecin-tension bien plus que médecin-prise de poids ou médecin-mesure de la taille* » (M5).

À ce propos, un MG déclarait : « *peut-être que c'est un geste hautement technique pour eux* » (M1). Cette image serait encore plus forte en milieu rural : « *L'archétype de l'examen clinique pour les gens, et encore plus nous en rural, c'est la prise de tension* » (M3).

La mesure de la PA serait considérée par les patients comme une partie indissociable de l'examen physique, un élément clé de la consultation. L'absence de mesure serait alors vécue

comme une consultation incomplète, un examen bâclé, un manque d'attention et par conséquent la considération que le MG « *n'a pas fait son travail* ». Elle représenterait donc un gage de qualité du médecin voire un devoir et rassurerait quant au professionnalisme.

Les MG pensaient que la mesure était plus attendue par les patients en présence de certains symptômes. Pour beaucoup de patients, toute variation de leur chiffre tensionnel serait expliquée par un raisonnement leur étant propre : être fatigué serait synonyme d'une « baisse de tension » et avoir une PA élevée serait secondaire au stress.

La mesure de la PA serait d'autant plus attendue chez les patients plus âgés et chez les patients hypertendus dont l'objectif tensionnel a été difficile à atteindre. En revanche, elle serait moins attendue en cas de consultation pour motifs psychologiques ou traumatologiques : « *ils préfèrent qu'on consacre plus de temps à l'entretien et qu'on laisse tomber l'auscultation* » (M7).

Pour certains patients, il s'agirait d'une donnée concrète et importante de l'examen physique, à la différence de la palpation, de l'auscultation des autres systèmes où le corps est livré à une expertise médicale qui leur serait moins accessible : « *Quand j vais leur palper le ventre, ils savent pas ce qu'il se passe sous mes mains, à la différence des fois où je prends la tension* » (M6).

Pour toutes ces raisons, la quasi-totalité des MG pensait que les patients attendaient d'eux une mesure de leur PA. Pour certains, cette attente serait tellement forte qu'elle serait ressentie même en l'absence d'une demande du patient : « *On sent très clairement que les gens ont besoin qu'on leur prenne la tension* » (M6). Elle était donc souvent entreprise et anticipée dans l'objectif de « *faire plaisir* » aux patients, donc parfois en s'éloignant de son but médical :

« j'ai donc raison de le faire. Pas raison médicalement, raison relationnellement. » ; « il faut quand même reconnaître que moi j'prends la tension dans 95 % des cas, mais y'a bien 50 % des cas où j'me dis que j'aurais pas eu besoin de la prendre » (M5). Cette MG distinguait donc les « mesures de pression artérielle » des « prises de tension » réalisées dans un but relationnel.

Une seule MG a évoqué un éventuel décalage entre les attentes réelles des patients et celles supposées par les médecins et se demandait indirectement si elle avait bien cerné leurs attentes : *« C'est comme le fait de délivrer une ordonnance à la fin. On se sent le besoin de le faire et apparemment les gens l'éprouvent pas forcément, donc y'a un p'tit peu un décalage entre ce qu'on croit que le patient veut. J pense que c'est dans le même genre d'idée » (M8).*

D) Les craintes des MG

a) Les craintes médicales

- Peur de sous-évaluer le risque cardiovasculaire

Crainte de sous-diagnostiquer une HTA

Le dépistage de l'HTA semblait être la préoccupation première des MG interrogés, conscients qu'il s'agissait d'une pathologie à forte prévalence : *« C'est quand même le premier motif de consultation (...) à force de prendre des tensions, je peux que penser que je vais en trouver vu la fréquence » (M10).* Son dépistage avait d'autant plus d'intérêt chez un patient consultant peu et pour un motif bénin (entorse de cheville...), ayant des facteurs de risques cardiovasculaires ou n'ayant pas de suivi en médecine du travail. Deux MG ont alors évoqué la notion de « *service rendu au patient* ».

Déséquilibre tensionnel et ses conséquences

Les MG connaissaient les risques médicaux liés aux variations de PA. Ils avaient la crainte de sous-estimer ces risques s'ils ne mesuraient pas la PA.

Une hypotension ou une hypertension étaient recherchées en cas de symptômes pouvant être l'expression d'une origine cardiovasculaire tels que les vertiges, les céphalées ou les douleurs thoraciques. S'assurer d'un « bon contrôle tensionnel » et de l'observance thérapeutique chez les patients hypertendus était essentiel pour tous les MG : « *Y'a un AVC toutes les quatre minutes en France (...) ça fait 360 AVC par jour* » (M9).

- Faire une erreur diagnostique en perturbant le raisonnement médical

En cas de « symptômes flous »

Pour de nombreux MG, la mesure de la PA donnait une indication générale sur l'état de santé du patient. Elle permettait également de jauger leur état de fatigue : « *On rejoint le bon sens populaire. C'est-à-dire que t'es blanc comme un lavabo oui t'es fatigué* » (M10).

En cas de pronostic vital pouvant être engagé

Elle pouvait être utilisée pour estimer la gravité d'une pathologie, l'évaluation de l'hémodynamisme en cas de sepsis, de déshydratation ou d'hémorragie : « *Y'en a un qui était en train de perforer un ulcère. Et donc le premier geste ça a été la prise tensionnelle et après immédiatement derrière c'était le 15* » (M2).

Pour un MG, la mesure de la PA était le geste le plus important de l'examen physique et le plus rapidement exécuté pour un patient jugé « inquiétant » : « *dès qu'un patient est pas bien, qu'on trouve un peu... pas du tout comme d'habitude* » (M2).

b) Les craintes non médicales

- Perte d'identité du médecin généraliste

Pour un autre, envisager de mesurer moins fréquemment la PA a été perçu comme une dégradation du rôle du médecin généraliste. Il évoquait une tendance à soustraire des compétences aux médecins généralistes : « *j'me rends compte qu'on commence déjà à écrêter des gestes, avant j'accouchais, avant je suturais, avant je prenais la tension, avant je faisais de la gynéco et puis petit à petit... Mais alors dites-moi qu'est-ce que je fais ?* ».

Mesurer moins souvent la PA a été interprété dans le sens de gagner du temps sur la consultation, au détriment du temps accordé aux patients, pour une médecine plus « rentable » : « *Je trouve étonnant qu'on s'attaque au geste déjà essentiel de l'examen médical* » ; « *est-ce qu'on doit rabaisser, diminuer l'acte médical, l'examen médical ? Moi, j'me vois pas faire cette médecine-là* » ; « *l'économie n'est pas forcément à faire sur mon acte médical et ma façon de travailler (...) et là pour moi, c'en est un exemple, on m'enlève des gestes* » (M10).

Pour ce MG, il n'était pas concevable d'enlever ce geste. « *De toute façon, je ne me vois pas ne pas la prendre* ». Sa réaction prouve que le sujet est sensible. La mesure de la PA reflétait alors la complexité des rôles du médecin généraliste.

- Changer le déroulement de la consultation en perturbant la « routine »

Il est apparu que pour beaucoup de MG, mesurer la PA était un acte automatique, réflexe. De ce fait, ne pas mesurer la PA systématiquement faisait craindre « *d'oublier le geste trop souvent* » (M1). En effet, les soins primaires sont complexes, nombreux sont les sujets à explorer. Dans ce contexte, la routine d'un examen physique pouvait rassurer le médecin.

Aussi, pour une jeune MG réalisant toujours le même examen physique, tout ce qui pouvait en perturber le déroulement, comme l'oubli de la mesure de la PA, était source d'inconfort : « *J'suis presque perturbée parce que j'ai pas mené ma consultation comme je la mène habituellement* » ; « *j'ai tellement un driving dans ma consultation* » (M6). L'absence de mesure de la PA pouvait donc déstabiliser le MG.

- Les conséquences médico-légales

Certains se sont interrogés sur leurs obligations médico-légales. Pouvait-il y avoir des conséquences si le médecin ne faisait pas un acte médical ou ne prescrivait pas un examen complémentaire à un patient ? L'absence de recommandations dans certains cas (mesure de la PA, prescription de biologie, etc.) n'aidait pas les MG dans leur prise de décision : « *Sauf qu'à partir du moment où y'a pas de recommandations, si les gens la réclament, on la fait pas (...) si dans l'intervalle il se passe quelque chose t'es bon hein* » (M5).

Certains ressentaient ainsi une certaine « pression » de la part des patients : « *y'a une espèce de peur par rapport à ça, parce que y'a une pression des gens quand même importante, sur les prises de sang, sur la tension* » (M5).

- Peur de perdre un outil « multifonction »

Moyen de communication

Pour une large majorité des MG, il s'agissait d'un moment propice à la délivrance de conseils hygiénodététiques et à l'éducation thérapeutique des patients. Une PA élevée représentait une « porte d'entrée » pour aborder la prévention des risques cardiovasculaires (alimentation, exercice physique...) et les conséquences de l'HTA.

La mesure de la PA était également l'occasion d'encourager le patient en cas de normalisation des chiffres tensionnels et de renforcer son observance thérapeutique.

Elle pouvait également servir d'ouverture au dialogue, amenant le patient à aborder des sujets qu'il n'aurait pas spontanément évoqués (stress au travail...).

Réassurance du patient

La mesure de la PA était parfois utilisée par les MG comme un outil placebo-thérapeutique rassurant le patient : « *Si c'est un placebo, mais que ça soigne votre patient après tout... y'en a bien qui se mettent des aiguilles partout sur la tête et sur les jambes et ça marche ! C'est le seul but au fond* » (M4).

Le toucher : premier contact physique avec le patient

La majorité des MG ont déclaré initier leur examen physique par la mesure de la PA. Ce premier geste de l'examen était l'occasion d'un premier contact physique. Pour deux MG, débiter l'examen physique par la mesure de la PA était même nécessaire afin d'obtenir la confiance et la coopération du patient : « *Ça commence toujours par la prise de la tension parce*

que sinon ils ont la considération qu'on a pas fait notre travail. Pour qu'il y ait cette confiance réciproque, y'a toujours la prise de la tension » (M3) ; « Tant qu'on l'a pas pris, l'examen est pas fini, il est à la limite pas commencé » (M1).

Contrairement aux recommandations, peu de MG utilisaient la méthode de mesure électronique. Elle était décrite comme moins humaine : *« c'est pas l'humain quoi (...) c'est moins tactile » (M4)*. Aussi, une MG mesurant habituellement la PA avec cette méthode, confiait même qu'elle préférerait dans certaines situations utiliser la méthode manuelle pour accentuer la proximité avec ses patients : *« J'avoue que si c'est un patient qui vient pour dépression, je la prends en manuel. Pour l'acte humain, pour le contact » (M8)*.

Le contact physique avec le patient par le biais de la mesure manuelle était important pour les MG : *« je touche beaucoup mes patients quoi. Je m'assois à côté machin, j'les fais décaler, c'est un moment que j'aime cette prise de tension » (M6)*.

Une justification du prix de la consultation

Deux MG ont évoqué leur besoin de matérialiser la consultation à travers la mesure de la PA. En effet, à travers ce geste ils estimaient que le patient n'avait pas consulté « pour rien » : *« ça nous donne l'impression qu'on s'est occupé du patient même si c'est totalement injustifié. Parce qu'on peut très bien prendre la tension et mal s'occuper du patient et pas la prendre et s'en être très bien occupé » (M5)*. On retrouve ici le concept du médecin délivrant un service « quasi-commercial » (mesurer la PA, rédiger une ordonnance) pour justifier le prix de la consultation : *« j'ai beaucoup de mal à laisser partir les gens sans rien » (M8)*. L'une d'entre elles a alors évoqué l'impact du mode de rémunération sur les pratiques, le médecin se sentant redevable, car le patient paie.

Peur de perdre le « symbole » même de la consultation

Pour 7 MG, la mesure de la PA avait une image symbolique forte. C'était un geste ancré dans l'inconscient collectif, qu'on ne remettait pas en question. Mesurer la PA « c'est faire de la médecine » : « *J pense que c'est même dans les mœurs des médecins, qu'il faut prendre la tension à chaque examen clinique* » (M5). Le geste en lui-même compterait au moins autant que la valeur des chiffres tensionnels.

On observait que plus de 70 % des MG qui attribuaient un symbole à la mesure de la PA utilisaient encore une méthode de mesure manuelle. Le tensiomètre manuel était même un outil d'affection pour une MG : « *je pensais pas être aussi attachée à mon tensiomètre* » (M6).

L'acte était parfois presque religieux, mystifié : « *Je prends le bras, j'enfile le brassard, j vais prendre la tension... Silence... Je vais écouter* » (M3).

La symbolique du « toucher » avait une place importante dans ce geste et d'autant plus dans la méthode manuelle, où le brassard à tension pouvait être considéré comme le prolongement du bras du médecin. L'image du médecin est en effet souvent associée à des instruments ayant une symbolique forte. Aussi, le stéthoscope, associé à toute mesure de PA manuelle pouvait être utilisé pour asseoir leur autorité et mettre en avant leur statut de médecin en donnant plus de poids à leur discours : « *le stéthoscope effectivement, comme c'est quelque chose qui est très représentatif du médecin (le met autour du cou), dès fois, quand on a besoin de recadrer un peu* » (M3).

À travers l'absence de mesure, les MG craignaient donc la disparition de symboles forts associés à leur image de médecin.

- Répercussions sur la relation médecin-patient

La plupart des MG a gardé un vécu négatif des consultations où ils n'avaient pas mesuré la PA dès lors qu'ils avaient eu l'impression de ne pas avoir répondu à l'attente de leurs patients. Pour autant, les demandes des patients étaient rares, mais ont fortement marqué les MG.

Insatisfaction du patient, réelle ou ressentie

Dans ces situations, les MG pensaient n'avoir pas répondu à l'attente du patient, celui-ci ayant été « contraint » de réclamer la mesure. Ils pensaient percevoir l'insatisfaction du patient « *j'ai vu que ça la gênait...* » (M4) sans que celui-ci ne l'ait forcément verbalisée : « *y'a des fois, on voit que les patients sont contrariés* » (M5).

Les remarques « *Vous ne n'avez pas pris la tension* » ou réclamations « *Pouvez-vous me prendre la tension ?* » étaient souvent vécues comme une sanction, un reproche. Les MG souhaitaient en majorité éviter ce rappel à l'ordre : « *à chaque fois les patients te rappellent à l'ordre* » (M5) ; « *le jour où j'me suis mis à le faire de façon systématique, les patients se sont mis à me dire - ah ben quand même, enfin maintenant vous vous mettez à faire votre métier correctement* » (M3).

Les MG éprouvaient souvent une culpabilité voire une déception d'avoir manqué à leurs attentes. Pour une MG, les deux seules fois où elle se souvenait de ne pas avoir mesuré la PA, l'ont confortées dans son idée de le faire systématiquement, car les patients lui ont fait remarqué qu'il manquait quelque chose à la consultation. L'absence de mesure sonnait comme un manquement à son devoir. Aussi de manière plus générale, l'absence d'examen physique serait difficilement vécue par les patients. Une MG a fait le rapprochement avec les consultations d'anesthésies : « *ça les choque énormément quand ils vont voir les anesthésistes, qu'ils leur*

prennent pas la tension (...) ne les examinent pas. Ils ont l'impression de pas avoir été vus et qu'on aurait pu faire de la télémedecine » (M11).

Peur de décevoir leurs patients

Plusieurs MG ont évoqué leur crainte d'un jugement négatif de la part de leurs patients, une peur de perdre leur patientèle en cas de non-mesure. Un MG a avoué que parce qu'il était encore jeune, il avait le sentiment de devoir prouver sa légitimité : *« j'suis quand même encore jeune donc du coup j'fais quand même attention à prendre la tension parce que je sais que les gens, ils vont m'attraper là-dessus si je le fais pas » (M3).*

Selon ce MG exerçant en milieu rural, le médecin traitant bénéficierait encore d'une considération importante, un « privilège » qui n'existerait plus en milieu urbain, l'incitant à être plus attentif aux attentes des patients ainsi qu'à leurs représentations du professionnalisme des médecins.

Enfin, certaines situations ne les concernant pas directement ont pu être marquantes : *« Justement en Creuse, un de mes associés était parti voir une angine (...) il a pas pris la tension et il a été décrété mauvais médecin et c'est tellement resté figé que (...) je sors le brassard, tout le temps, tout le temps (...) Les patients refusaient de le voir parce qu'il avait pas pris la tension ! » (M1).*

Difficultés à « dire non »

Lorsqu'une attente du patient était ressentie, la quasi-totalité des MG accédait à la demande. Il semblait exister une difficulté pour les MG à dire « non », à « refuser » un examen médical : *« ça m'est jamais arrivé de dire, - oh ben non, pour vous ça sert à rien » (M8).* Une MG avouait même *« s'exécuter »* face à une demande de mesure de PA.

Une autre confiait que lorsqu'elle ressentait une demande implicite, mais qu'elle avait décidé de ne pas mesurer la PA, elle préférait changer d'avis en disant à son patient que l'examen physique n'était pas encore terminé plutôt que de lui expliquer pourquoi elle avait initialement décidé de ne pas la prendre.

Dans la plupart des cas, malgré la justification de leur décision de non-mesure les MG finissaient quand même par la mesurer pour ne pas contrarier le patient : *« je leur explique que j'étais pas forcément inquiète, que la dernière fois c'était bien et que y'avait pas de raison que ça ait changé si vite, mais bon... je leur prends »* (M11).

3.2.2 L'absence de mesure de PA : une situation fréquente pour un seul MG

Un seul MG semblait à l'aise lors des consultations où la PA n'avait pas été mesurée. Dans ces situations, il n'avait pas ressenti le besoin de faire le geste et pensait avoir répondu aux attentes de ses patients. Il n'avait pas eu l'impression que le geste ait manqué aux patients, qu'ils soient contrariés ou insatisfaits. D'ailleurs, ceux-ci n'avaient pas manifesté de réclamations ou de reproches. Il en ressort ainsi que la satisfaction du médecin dépend avant tout de celle du patient : *« j'avais pas la sensation que ça lui manquait. J'en ai un bon souvenir de la consultation quelque part »* (M4). Il avait conscience de ne pas avoir commis de faute médicale. L'absence de mesure ne représentait pas une prise de risque pour la santé de ses patients : *« j'avais pas la sensation que ça lui portait préjudice »* (M4).

Il n'avait pas eu peur d'altérer son image de médecin ou qu'il y ait des conséquences sur la relation médecin-patient. Son image ne dépendait pas que du geste. Il pouvait dire « non » au risque de perdre sa patientèle : *« Si ils sont pas contents, y'a une autre crèmerie au coin de la rue »* (M4) et les remarques de son prédécesseur n'avaient eu aucune influence sur sa pratique : *« il m'avait dit - fait attention parce que les gens ils disent que tu prends pas la tension à chaque fois, mais depuis que je suis ici je la prends encore moins »*.

Il était le seul à avoir refusé de mesurer la PA à une patiente qui le lui avait demandé. Celle-ci n'avait pas semblé contrariée, car les raisons de la non-mesure lui avaient été expliquées.

3.2.3 Vers une remise en question d'une mesure systématique

Malgré leurs habitudes de mesure, la plupart des MG ont discuté de la pertinence et des conséquences d'une mesure systématique dans certaines situations.

A) Autocritiques de leur pratique

a) Inculquer de mauvaises habitudes aux patients

Pour une MG, mesurer la PA systématiquement, c'était inculquer de mauvaises habitudes aux patients : « *C'est un peu mal les habituer que de la prendre tout le temps* » (M6).

Ces habitudes généreraient des attentes qui seraient ensuite transmises de génération en génération de patients : « *ils l'expriment ensuite à leurs enfants* » (M3).

b) Rassurer faussement les patients

La mesure de la PA pouvait également donner l'illusion au patient d'être en bonne santé en occultant les autres problématiques (surpoids, tabagisme...) : « *j'ai une méchante pneumopathie, j'respire comme un cochon, mais j'ai 12 de tension donc tout va bien !* » ; « *avoir une bonne tension, c'est comme dire jusqu'ici tout va bien* » (M4).

c) Inquiéter inutilement les patients

Deux MG ont déclaré parfois minimiser les chiffres obtenus en méthode manuelle lorsqu'elles savaient que les conditions de mesure n'étaient pas fiables afin de leur éviter « *une longue discussion* ». En effet, une PA faussement élevée pouvait être anxiogène pour le patient : « *Si on la prend alors qu'ils sont algiques ou en retard, on tombe sur un chiffre élevé, ça les stress donc je leur explique que ça n'a pas forcément de grande valeur* » (M5).

d) Recherche de cohérence médicale

Pour un seul des MG, la mesure de la PA devait être entreprise uniquement lorsqu'on en attendait quelque chose et ne s'inscrivait pas dans une routine de consultation ni dans un objectif relationnel : « *C'est un examen, un acte technique, ça se fait pas de façon inutile, ça se fait pas sans but. C'est pas la peine de la chercher si on sait pas quoi en faire* » (M4). Il s'agissait du MG ayant le temps de consultation le plus court. Ainsi, tout acte médical était pesé minutieusement.

De plus, la pertinence d'une mesure systématique chez des patients ne présentant pas de pathologies cardiovasculaires voire même pour des patients hypertendus équilibrés sous traitement a été discutée : « *Les gens qu'on voit tous les trimestres pour des pathologies autres que l'hypertension, le diabète et à qui on va prendre la tension à chaque fois, effectivement y'a trois fois de trop !* » (M5).

Enfin, un MG a établi un parallèle entre ne plus mesurer la PA au cabinet d'un patient hypertendu pratiquant l'AMT et ne plus contrôler le dextro d'un patient diabétique lors d'une réévaluation de traitement : « *on devrait à eux, pratiquement plus prendre la tension, comme le*

diabétique avec ses glycémies » (M7). Cela sous-entendait un questionnement de certains actes réalisés au cabinet pour des patients « chroniques » s’inscrivant dans un suivi « ambulatoire ».

e) Favoriser l’inertie thérapeutique

La mesure systématique pouvait de surcroît favoriser l’inertie thérapeutique, un retard dans l’utilisation des AMT lorsque le médecin cherchait des prétextes à une élévation des chiffres tensionnels : *« Je la prends systématiquement et parfois j’ai tendance à la sous-estimer, je cherche des excuses : j’étais à la bourre, il était stressé, on vient de parler du décès de sa mère et sur un an, j’en fais rien. » ; « mais là ça fait plusieurs fois où tu lui trouves des excuses, il aurait peut-être fallu arrêter de la prendre et lui filer l’automesure. » (M6).*

f) Conséquence somatique pour un MG

Une mesure trop fréquente, voire « abusive » de la PA pouvait même avoir des conséquences somatiques pour le praticien : *« à force de prendre la tension 56 fois à droite, à gauche, allongée, debout, ça m’a fait un kyste synovial au niveau du poignet » (M9).*

B) Place des automesures

Tous les MG sauf un utilisaient régulièrement les automesures, ils étaient donc conscients des biais des mesures réalisés au cabinet. D’après le MG le plus âgé, les AMT avec l’autonomisation du patient auraient transformé la relation médecin-patient en la faisant évoluer vers une relation de partenariat propice aux soins. Elles participeraient ainsi à ce que le patient devienne expert de sa maladie : *« ils sont acteurs » ; « ça change complètement avec l’appareil électronique le rapport qu’on a avec le patient, on est vraiment dans l’accompagnement, on est plus dans le -il faut que, il faut que » (M7).*

C) Positionnement des MG vis-à-vis des recommandations

Aucun des MG n'avait de connaissance des recommandations de fréquence de la mesure de PA au cabinet. Certains MG se disaient intéressés par ces recommandations. En effet, deux MG ont déclaré qu'ils pourraient les utiliser pour expliquer à leurs patients pourquoi la mesure de la PA n'est pas forcément utile à chaque consultation. Ces recommandations pourraient les aider dans leur pratique quotidienne en les soutenant dans leur décision de non-mesure : « *du coup j'aurai les recommandations pour leur dire : non non c'est bon je la prends pas à chaque fois* » (M4).

Certains nuançaient tout de même l'intérêt de ces recommandations en justifiant qu'il existait toujours un écart entre la théorie et la pratique et émettaient donc des réserves quant à leur application.

La médecine générale est une discipline complexe dans laquelle le médecin doit s'adapter à chaque type de consultation, à chaque contexte, en prenant en compte le patient dans sa globalité et ne peut pas toujours suivre une logique de soins : « *la recommandation c'est ce vers quoi on doit tendre, mais c'est pas forcément vers ce qu'on peut aller systématiquement* » (M3) ; « *on peut bien toujours les avoir, après comme j'veus dis les gens, ils attendent tellement ça, que moi ça me changerait pas* » (M1).

D) Impact des explications dans la modification des attentes des patients

Tous les MG pensaient qu'expliquer aux patients l'absence de mesure de la PA permettrait de la faire accepter : « *si on prend le temps de leur expliquer pourquoi on l'a pas fait, y'aura pas de conséquences au bout du compte* » (M5).

Pour une MG, cette explication devrait se dérouler en deux temps, dans le cadre d'une relation de partenariat : *« il vaut mieux lui expliquer tout en lui prenant et la fois d'après il ne le demandera pas plutôt que de lui expliquer et pas lui prendre, lui refuser de prendre une tension »* (M11).

Pour deux autres, délivrer ces explications permettrait aux patients de ne pas ressentir d'incompréhension voire de frustration : *« Du coup, c'est pas qu'on répond pas à leurs attentes, c'est qu'on leur a expliqué que leurs attentes étaient pas bonnes »* (M4).

3.2.4 Déroulement de la consultation

Nous avons pu étudier par le biais de notre question de recherche, des éléments clés du déroulement de la consultation.

A) Le canevas de la consultation

La mesure de la PA pouvait avoir un rôle de transition entre l'entretien et l'examen physique, elle structurerait la consultation : *« c'est ce qui rythme la consultation entre l'interrogatoire et puis le moment où on va faire l'examen clinique »* (M3).

C'était aussi un moment de passation entre le médecin et le patient : *« dans la première partie c'est lui qui a la main, qui vient avec son problème, dans la deuxième partie, c'est la reprise de la main du praticien. C'est une coupure dans la consultation qui permet de reprendre la main »* (M3).

Elle permettait parfois d'écourter le temps de l'entretien, en invitant le patient à passer à l'examen physique : *« quand c'est du psy, l'interrogatoire se prolonge et on est un peu limité donc y'a un moment... ça permet de... - passez à côté j'veis vous prendre la tension »* (M8).

Plusieurs MG ont évoqué que la mesure de la PA leur permettait un temps de réflexion, une pause dans la consultation. Ce moment durant lequel le patient ne parle pas était l'occasion de s'interroger sur une éventuelle demande « cachée », de refaire le point sur ce qui avait été dit et de réfléchir à la conduite à tenir : « *Quand je la prends, je commence à réfléchir à - antibio, pas antibio ? Je sais que je mène ma réflexion au moment où je fais ça* » (M6).

B) Une évolution des habitudes de mesure de la PA au fil du temps

Quelques MG ont signalé avoir modifié leurs habitudes de mesure de la PA au fil de leur carrière.

a) *A la suite de reproches répétés de la part des patients au sujet de confrères*

Un MG a déclaré mesurer plus souvent la PA depuis qu'il avait entendu, en tant que médecin remplaçant, de nombreuses remarques des patients au sujet de confrères ne mesurant pas la PA : « *j'en ai tellement entendu faire cette réflexion, dire -j'suis allé voir un médecin, qu'est-ce c'est que ce toubib quoi ? Il m'a même pas pris la tension, je me dis que j'aimerais pas que mes patients pensent exactement la même chose de moi.* » (M3).

Pour ce MG, les patients se livreraient plus facilement aux médecins remplaçants qu'à leur médecin traitant : « *Quand on est installé, nos patients ils vont rarement nous le dire, mais quand on est remplaçant, on l'entend souvent en revanche, les gens se livrent un peu plus facilement étant donné qu'on est de passage* » (M3).

Il en était de même pour une MG à propos d'une expérience touchant un de ses collègues il y a 30 ans : « *En Creuse, où effectivement un de mes associés a pas pris la tension et il a été*

décrété mauvais médecin et c'est tellement resté figé que moi maintenant j'prends la tension. Je sors le brassard. Tout le temps, tout le temps. Systématiquement. » (M1).

b) Passage du statut de médecin remplaçant à médecin installé

Un quart des MG mesuraient plus fréquemment la PA depuis qu'ils étaient installés du fait d'un nombre plus important de consultations pour réévaluation de traitement ainsi que d'une plus grande attention portée aux attentes supposées des patients. Pour ces MG, la satisfaction des patients était un élément important de la relation médecin-patient.

A l'inverse, le MG ayant le temps de consultation le plus court a affirmé quant à lui mesurer moins souvent la PA depuis qu'il était installé (M4).

C) La problématique du temps

Les MG avaient des durées de consultations assez variées. Un seul consultait sur des créneaux de 10 minutes ce qui rendait la mesure de la PA chronophage. À l'opposé, un autre accordait au minimum 20 minutes par consultation voire 40 minutes en cas de motifs particuliers (évaluation d'un syndrome dépressif, consultation de nourrissons). Presque tous ont affirmé manquer de temps en consultation : « *j'aimerais avoir des consultations d'une heure* » (M8).

Les consultations multimotifs représentaient ainsi une difficulté dans la gestion du temps de consultation pour les MG. Un d'entre eux estimait d'ailleurs qu'en moyenne un praticien devait gérer 4 motifs par consultation.

Les démarches administratives ont été citées plusieurs fois comme tâches chronophages dans l'activité des médecins généralistes. Il s'agissait pour eux d'un temps empiétant sur la prise en charge du patient : « *si on perdait pas autant de temps dans la paperasse* » (M4).

La gestion du temps de consultation apparaissait être une problématique quotidienne.

Pour un MG, l'argument financier pouvait inciter à réaliser des consultations plus courtes. Il souhaitait une revalorisation des consultations en fonction des motifs, avec des tarifications plus ou moins importantes en fonction du temps passé avec le patient : « *ça inciterait les médecins à voir moins de patients par jour donc avoir plus de temps* » (M12).

Le temps apparaissait comme un élément pouvant influencer les décisions autour de la mesure de la PA. Aussi, pour la majorité des MG la mesure électronique était plus longue que la mesure manuelle : « *Quand votre tension est pas bonne, soit trop basse, soit trop haute, il reprend plusieurs fois la mesure alors qu'au brassard, même si on a 21 de tension, vous l'avez en une fois* » (M12). En plus du facteur relationnel, le temps pourrait également expliquer la plus grande utilisation de la méthode manuelle malgré les recommandations.

Enfin, pour tous mesurer la PA était moins chronophage que d'expliquer aux patients pourquoi elle n'était pas nécessaire : « *ça va prendre du temps, et un temps qu'on a pas forcément* » (M5) ; « *le temps que je passerai à expliquer pourquoi je ne prends pas la tension, pour garder cette situation de confiance...serait beaucoup plus long que de prendre la tension* » (M3).

D) L'influence du logiciel informatique

Trois MG ont mentionné que le logiciel informatique avait une influence dans le processus décisionnel de mesure ou non de la PA. Il les inciterait à remplir « les cases » des

valeurs biométriques qui s'affichaient à l'écran : « *quand on voit les valeurs biométriques, on a envie de les remplir ; si je vois que ça fait plus de 9 mois ça fait moche !* » (M12).

Une MG a déclaré n'avoir pas mesuré la PA à un de ses patients en première intention, mais quand elle s'est aperçue que la case était « vide » ; elle s'est donc relevée pour mesurer la PA : « *et au moment d'écrire la tension j'dis – ah ben tiens c'est vrai, j'veus ai pas pris la tension* » (M6).

E) À travers le raisonnement médical : examen physique systématisé ou orienté

L'examen physique était considéré systématisé dès lors que le médecin suivait le même protocole, quel que soit le motif de consultation. À l'inverse, il était orienté lorsque le médecin réalisait un examen centré sur la plainte.

a) Examen physique systématisé

Pour la quasi-totalité des MG, dès lors qu'un examen physique était initié, la mesure de la PA y était associée : « *J'ai tendance à faire un examen un peu systématique tout le temps, ce qui explique aussi à mon avis que je prenne la tension tout le temps.* » (M6).

Nous avons observé que la mesure systématique de la PA s'intégrait dans un examen répondant à un protocole bien défini : « *je fais l'examen systématique quand même : cardio, pulm, tension, sat (...) dans le même ordre* » (M3). Les habitudes différaient entre les MG, l'examen pouvant être ascendant « des pieds à la tête » ou descendant. Un médecin plus âgé mesurait quant à lui la PA systématiquement aux deux bras.

Aussi, le dépistage au sens large représentait une de leurs préoccupations principales justifiant le côté systématique de l'examen : « *Un examen clinique global systématique, à titre de dépistage, à titre de mon job quoi... de prévention primaire* » (M3).

Pour le médecin le plus âgé, cette démarche systématique a été renforcée par le vécu d'expériences antérieures « positives » : « *on s'aperçoit qu'à la longue on trouve des choses, il m'est arrivé de trouver des cancers du rein à la palpation systématique* » (M7).

Parmi les 4 MG exerçant en milieu rural, un seul a insisté sur les spécificités de cet exercice et les particularités de la patientèle dont il s'occupait. Il s'agissait d'une patientèle qui consultait peu voire « au dernier moment » et donc plus à risque. Le médecin généraliste avait donc un rôle prépondérant en matière de dépistage.

Le côté systématique s'inscrivait également dans la prise en charge globale du patient : « *Mon rôle de médecin généraliste à la base, c'est de vérifier la personne dans son ensemble* » (M3).

Les consultations étant souvent « multi-motifs », cela évitait de reprendre l'examen si une nouvelle problématique était soulevée par le patient a posteriori.

b) Examen physique orienté

Lors de consultations pour réévaluation de traitement, seulement 3 MG sur 12 ne réalisaient pas d'examen physique systématisé, il était orienté en fonction de leurs pathologies chroniques. L'un d'entre eux, avait des consultations courtes, « une course contre la montre » expliquant que l'examen n'était pas exhaustif : « *L'examen clinique c'est 40% du temps de ma consultation en moyenne sur les 10 minutes, je fais ça vite. Tout temps gagné sur l'examen clinique pour moi, c'est énorme* » ; « *si on pouvait regarder les oreilles à travers la gorge, ça serait nickel !* » (M4).

En cas de motif aigu, 4 MG réalisaient uniquement un examen physique centré sur la plainte.

8 MG sur 12 débutaient leur examen en fonction de la plainte, puis poursuivaient avec l'examen physique systématisé : « *Si y'a un problème particulier, de commencer par le problème et après de reprendre le reste de l'examen* » (M11).

Finalement, même une consultation pour motif aigu ne les dispensait pas de réaliser un examen physique complet.

3.3 Résultats des patients

3.3.1 Les patients n'ayant pas eu de mesure de la PA

A) Les motifs de ces consultations

Pour huit des neuf patients, les motifs de consultation sans mesure de la PA concernaient des pathologies aiguës : gastro-entérite, lombo-sciatique pendant la grossesse, lombalgie aiguë, tendinite de la coiffe des rotateurs, angine, cystite, rhino-pharyngite et acné.

Certains patients avaient déjà été confrontés dans le passé au même type de symptômes : angine, cystite, lombalgie aiguë et rhino-pharyngite. De ce fait, ils pouvaient avoir une idée du diagnostic et une représentation de l'examen physique qu'ils allaient avoir : « *j'ai tout le temps la même chose en faite, j'ai une angine* » ; « *il me dit d'aller sur la table, il m'allonge, il me met le bâton, ensuite il me gratte les amygdales avec le coton-tige* » (P2).

Pour deux des neuf patients, le motif de consultation sans mesure de la PA concernait le renouvellement de traitement de leurs pathologies chroniques : antidépresseur et hormones thyroïdiennes.

Les motifs de consultation étaient uniques, sauf pour une patiente qui venait pour réévaluer son traitement antidépresseur et parler d'un problème cutané.

B) La majorité des patients était satisfaite

Dans ce contexte de situations essentiellement aiguës, les patients étaient satisfaits de leur consultation. L'absence de mesure de la PA ne les avait pas gênés. Les patients expliquaient qu'ils n'étaient pas inquiets voir même ils se disaient indifférents à leurs chiffres de PA.

a) Des patients sereins

- Connaissance de leur PA

La PA n'apparaissait pas être un geste important de l'examen physique dès lors qu'elle n'était pas une source d'inquiétude pour le patient. En effet, plusieurs d'entre eux ne portaient pas d'intérêt à cette mesure, car ils savaient que leur PA habituelle était normale. Ils n'éprouvaient donc aucun bénéfice à ce que le geste soit présent à chaque examen physique « *j'ai toujours une bonne tension* » (P5).

- Connaissance des symptômes accompagnant les variations tensionnelles

Une PA trop basse était symptomatique pour les patients, il s'agissait d'un organisme trop affaibli. La fatigue pouvant être la cause comme la conséquence de chiffres trop bas. Elle pouvait aussi entraîner des malaises vagues et des vertiges.

Une PA trop haute était associée à des maux de tête, des difficultés respiratoires, une oppression thoracique, une fatigue ou un stress.

Aucun d'entre eux n'avait pas de symptômes pouvant être associés à une mauvaise PA.

Leur état général les rassurait donc déjà sur leur PA : « *Non, ça ne m'a pas posé problème, dans la mesure où je n'étais pas malade* » (P5).

b) Des patients indifférents à la mesure

- Connaissance des biais de mesure

Seulement deux patients savaient que la mesure de PA pouvait être biaisée au cabinet.

Une patiente évoquait l'agacement d'un temps d'attente trop long chez son médecin responsable de chiffres anormalement élevés et donc n'attendait pas qu'on la lui prenne : la PA « *n'est jamais fiable* » (P6) chez le médecin.

Un patient hypertendu décrivait une agitation inhabituelle en se rendant chez son médecin « *on se gare, on monte les escaliers, on se bouscule, on est un peu plus tendus* » pouvant modifier les chiffres retrouvés au cabinet à l'inverse de ceux obtenus à domicile « *dans de bonnes conditions* » (P9).

Finalement, leur connaissance des biais de mesure les rendait indifférents à l'absence de PA ; « *Je pense que (l'absence de mesure) c'est très bien* » (P6).

- Non concernés

Certains patients ne savaient pas à quoi correspondait la PA, l'HTA et ses risques. Il s'agissait surtout des patients jeunes et sans facteurs de risque cardiovasculaires. L'absence de

mesure n'était donc pas ressentie comme un manque : *« je n'en ai pas besoin, c'est pas vital »* (P2) ; *« je m'en moque un peu, ça ne m'apporte pas grand-chose »* (P3).

- Un geste non thérapeutique

La patiente hypertendue précisait que la mesure de PA n'apportait pas de solution à un problème psychologique : *« c'est pas quand on est dépressif qu'on va nous prendre la tension que ça va nous faire... quelque chose d'extraordinaire »* (P4).

c) Utilisation de l'AMT

Le patient hypertendu n'avait aucune attente vis-à-vis de la mesure lors de sa consultation pour rhino-pharyngite : *« j'avais juste la gorge qui faisait mal et en plus je ne faisais pas de température. »* (P9). Il savait que depuis qu'il était traité ses chiffres étaient normaux, chiffres qu'il vérifiait via l'AMT : *« je l'ai mesuré quelquefois tout seul et je me trouvais 12 »* (P9).

La patiente hypertendue déclarait quant à elle d'abord contrôler sa PA avec l'AMT en cas de symptômes avant de décider ou non de se rendre chez son médecin : *« si un jour j'ai, des vertiges ou, que je ne me sente pas bien... bon je vais dire attend je vais déjà la prendre avant d'aller chez lui. »* (P4).

d) Des patients en recherche de cohérence

- Entre le motif et l'examen physique

Certains patients étaient en recherche de cohérence par rapport au motif de consultation : *« je ne voyais pas pourquoi il me prendrait la tension alors que je venais pour un mal de dos »* (P7).

- Entre les différentes pratiques des médecins

Une patiente comparait la pratique de son médecin avec celles d'autres spécialistes (angiologues) qui eux non plus ne la mesuraient pas : *« vous voyez c'est pour vous dire que même des spécialistes ils ne vont pas vous prendre la tension... »* (P4). Ainsi, pour elle, la mesure de la PA n'était pas spécifique au médecin généraliste et donc l'absence de mesure n'était pas considérée comme anormale.

Une jeune patiente, consultant essentiellement son médecin pour des angines, associait l'absence de mesure à une spécificité de son médecin : *« vu que c'est mon médecin généraliste, il ne me prend jamais ma tension »* (P2). Elle comparait sa pratique à celle d'autres médecins (SOS médecins) qui lui avaient mesuré la PA pour le même motif.

e) Des patients habitués à une absence de mesure

Pour la majorité des patients interrogés, l'absence de mesure n'était pas considérée comme anormale puisque leur médecin ne les avait pas habitués à une mesure systématique de la PA : *« il ne m'a jamais mesuré ma tension. »* (P2) ; *« Même quand j'y suis allée après avoir eu de la tension, des fois il ne me la prend pas systématiquement »* (P4) ; *« Je me souviens de*

plein de consultations où il ne m'a pas pris la tension » (P6) ; « je sais qu'un médecin n'est pas que là pour prendre la tension, puisqu'il ne la prend pas ! » (P7).

C) Une minorité de patients était insatisfaite

Une patiente (P8) consultant pour le renouvellement de son traitement d'hormones thyroïdiennes a exprimé son insatisfaction. Le patient hypertendu (P9) consultant pour une rhino-pharyngite est resté ambivalent concernant l'absence de mesure.

Il s'agissait des patients les plus âgés (71 et 76 ans).

a) Geste indissociable de l'examen physique

Pour la patiente, alors qu'elle était normotendue et qu'elle ne présentait aucune inquiétude par rapport au risque d'avoir de l'HTA, la consultation devait comprendre un examen physique obligatoire (avec la mesure de la PA). Il s'agissait d'une nécessité pouvant s'expliquer d'une part via le coût de sa visite chez le médecin : *« je me dis - ben tiens tu as donné une visite pour pas grand-chose finalement »* (P8) (en référence à une autre consultation où elle n'avait pas été examinée). D'autre part, l'historique de cette patiente avec les médecins mettait en avant des expériences négatives avec une insatisfaction des moments d'écoute. Dès lors, l'examen physique en plus d'être indispensable à la consultation, reflétait aussi l'attention que lui portait son médecin.

b) Geste symbolique de la représentation du médecin

Cette patiente était donc très attachée à la mesure de la PA sans pour autant pouvoir expliquer pourquoi ce geste était plus important qu'un autre : *« ça me choque s'il ne me prend pas ma tension, mais ça vient peut-être de moi »* (P8).

Les raisons de l'importance de la mesure semblaient ambiguës. En effet, elle pensait ne pas avoir été habituée à sa réalisation systématique, mais déclarait : « *peut-être qu'avant les médecins prenaient régulièrement la tension ?* » (P8), sous-entendant qu'ils avaient pu rendre le geste symbolique à ses yeux. Aussi, elle pensait être d'une génération (> 70 ans) plus attachée à ce geste. Ce fossé générationnel a également été mis en avant dans les résultats des médecins.

c) Vérification par le médecin

Pour le patient hypertendu, cela lui permettait de contrôler si les chiffres qu'il retrouvait en pratiquant l'AMT étaient similaires à ceux de son médecin : « *une sécurité* » (P9). La cohérence entre ces données ainsi que la normalité des chiffres lui procuraient un sentiment de satisfaction personnelle, car il en découlait que son traitement était équilibré : « *si le médecin me la prend et trouve la même chose que moi je suis content* » (P9). Il déclarait toutefois que la mesure n'était pas indispensable à chaque consultation (ici rhino-pharyngite) : « *J'estimais que ce n'était pas du tout une obligation* » (P9).

D) Aucune conséquence sur la relation médecin-patient

a) La confiance

L'absence du geste n'avait eu aucune répercussion sur la relation médecin-patient. En effet, la majorité des patients avaient confiance en leur médecin et en ses décisions : « *J'ai confiance en lui* » (P1) ; « *moi je fais confiance après, je me dis que s'il ne le fait pas, c'est que... il a pas besoin de le faire* » (P6). De plus, la plupart des patients interrogés étaient à la recherche d'un médecin « décideur » et donc s'en remettait pleinement à sa prise en charge : « *S'il juge qu'il est bon pour son diagnostic de le faire il le fait sinon il ne le fait pas.* » (P1).

b) Les patients recherchaient « l'efficacité »

Ils avaient été habitués par leur médecin à un examen physique orienté. Certains avaient alors développé leur esprit critique et se demandaient pourquoi ils auraient dû avoir une mesure de PA pour une lombalgie, une angine ou une cystite : « *c'est un cas où je vois pas pourquoi elle m'aurait pris la tension.* » (P9).

Il en découlait qu'aucun patient n'avait demandé la mesure de PA. Ils trouvaient une cohérence entre les symptômes décrits et l'examen physique réalisé. Ils étaient satisfaits de la qualité des soins.

La patiente ayant une HTA « blouse blanche » émettait une critique positive : l'absence de mesure de PA était pour elle une « *très bonne chose* » (P6), car elle savait que les chiffres n'étaient pas fiables au cabinet. Pour autant, celle-ci ne pratiquait pas l'AMT.

c) La confiance malgré des pratiques variées

L'absence d'harmonisation autour des pratiques entre les praticiens soulevait des interrogations. En effet, une patiente (P2) habituée à ce que son médecin ne lui mesure jamais sa PA, se demandait pourquoi d'autres le faisaient (SOS médecins). Cependant, ce questionnement ne remettait nullement en cause les compétences de son médecin.

d) Une demande d'écoute

Paradoxalement, bien qu'une patiente était habituée à une mesure systématique, elle n'attribuait aucune symbolique ni valeur particulière au geste. Au contraire, pour les consultations d'ordre psychologique, elle considérait l'examen physique comme un frein à la

libération totale de la parole : « *quand on commence à parler et qu'on est assis à son bureau, on sait qu'il est là pour nous écouter* » ; « *après on casse un peu le truc (...) on va sur la table d'examen, on ne peut pas parler aussi facilement* » ; « *pour la tension on ne sait pas s'ils ont besoin du silence ou pas. Moi je ne sais jamais à quel moment je peux parler* » (P3). Elle était en attente d'une écoute et trouvait que le moment d'entretien était interrompu trop rapidement. L'absence d'examen physique permettrait de poursuivre plus longtemps l'entretien et serait donc bénéfique à la relation médecin-patient dans ce contexte.

Ceci a également été bien décrit par les MG qui déclaraient parfois interrompre l'entretien « grâce » à l'examen physique.

e) Une patiente mécontente, mais confiante

La seule patiente pour qui la mesure de PA était importante s'était dite insatisfaite de l'absence de mesure : « *je n'étais pas contente* » (P8). Elle avait alors cherché des explications pour se rassurer et excuser son médecin, comme s'il ne pouvait pas l'avoir fait délibérément : « *il était mal gratté aujourd'hui, il n'a même pas eu le temps de prendre ma tension* » ; « *il était peut-être fatigué, énervé, je me suis dit c'est pas la peine de... j'y suis pour rien* » (P8).

f) Les attentes des patients

À l'unanimité et à notre grande surprise, aucun patient n'a déclaré que cette absence de mesure avait eu de répercussions sur leur relation médecin-patient pour la consultation décrite. Même cette dernière patiente très attachée à la mesure de la PA déclarait : « *j'en suis très satisfaite de Docteur C., très satisfaite comme médecin* » (P8). Sa relation avec son médecin semblait dépendre de son écoute : « *il m'a toujours bien entendu pour ma thyroïde hein, pour me questionner* », de sa simplicité : « *il est accueillant...* » et de sa disponibilité : « *- n'oubliez*

pas que je me déplace ». En effet, leurs attentes envers leur médecin ne dépendaient pas de ce geste, ni même d'un autre.

E) Les attentes des patients en consultation étaient ailleurs

a) Envers les médecins

- Des compétences indispensables

Le MG devait apporter une réponse thérapeutique à leur douleur physique et/ou psychologique.

Les patients attendaient également des informations orales sur leur pathologie et sur la conduite à tenir. Une réassurance chez les patients inquiets était importante.

Les patients souhaitaient une écoute attentive : *« il a vraiment des compétences d'écoute et pour arriver à faire parler qui sont importantes »* (P3) ; *« c'est quelqu'un qui vous écoute, ça c'est la première chose »* (P9).

L'attention et l'investissement du médecin à leur égard faisaient aussi partie de leurs attentes : *« on a l'impression qu'il s'y intéresse vraiment, qu'il essaie de faire au mieux pour que ça aille bien »* (P3).

La connaissance de leur dossier médical était importante : *« quand j'arrive on sent qu'il a relu le dossier parce qu'il sait de quoi il parle, et ça j'apprécie vraiment (...) on a pas à tout réexpliquer à chaque fois »* (P3).

Le médecin devait aussi être au centre de leur parcours de soin en coordonnant leur suivi médical et en les orientant vers les spécialistes si nécessaire.

Sa disponibilité à travers le temps qu'il accordait à la consultation et son amplitude horaire hebdomadaire reflétaient pour la moitié des patients la qualité du médecin : *« elle m'a eut pris en urgence »* (P9).

Certaines mesures de dépistage étaient attendues : une patiente aimerait être pesée à la place de la mesure de PA. En effet, le poids était un sujet sensible pour elle et il serait plus simple d'en parler avec son médecin si cette mesure était réalisée.

Enfin, une patiente attendait de son médecin qu'il soit un omnipraticien pouvant à la fois assurer son suivi gynécologique, et aussi le suivi pédiatrique de son enfant : « *je change de médecin parce qu'elle fait un suivi un peu plus... gynéco, pédiatrie, elle fait tout, que lui il fait pas de suivi comme ça* » (P6).

- Une relation de confiance

Comment se construisait la relation de confiance ? Le patient était-il conscient de la complexité du travail du médecin ?

Tout d'abord, les patients évoquaient la justesse de l'expertise médicale de leur médecin : « *les compétences, ce qui est le plus important pour moi chez un médecin généraliste c'est qu'il ait un bon diagnostic. Le reste je m'en fiche, après je lui fais confiance* » (P1).

À ce propos, cette patiente expliquait apprécier d'autant plus son médecin qu'il n'était pas systématique dans la prescription d'examens complémentaires. Pour elle, « *un généraliste qui vous connaît beaucoup ou pas du tout et qui vous prescrit pour un mal de tête un scanner pour moi ce n'est pas un bon généraliste puisqu'il n'a pas de diagnostic sans appui d'examens* » (P1). Les examens complémentaires, tout comme la mesure de la PA, devaient être utilisés à bon escient. On notait chez cette patiente une notion d'efficience dans les examens complémentaires qui semblait intuitive. Elle avait conscience qu'il fallait sauvegarder nos ressources, son métier en tant que profession paramédicale la sensibilisait peut-être plus.

La confiance semblait plus facilement accordée quand en plus d'être médecin, il s'agissait du médecin de famille ; « *maman le connaît bien* » (P2). En effet, la réputation du médecin et le vécu partagé avec celui-ci (bon diagnostic, guérison, prises en charge adaptées) contribuaient à renforcer le lien entre le patient et son médecin dans le temps. Cependant, être le médecin de famille pouvait aussi constituer une barrière chez certains patients malgré la relation de confiance établie et la connaissance du secret médical, comme si à travers cette relation de soin, tout ne pouvait pas être dit ou avoué ; une recherche inconsciente d'être un bon patient ? Une patiente comparait à ce sujet ses problèmes personnels à ses problèmes gynécologiques, une sphère de l'intime réservée à une tierce personne et non à son médecin : « *je le connais peut-être un peu trop... si j'avais des problèmes psychologiques, je pense pas que j'irai lui en parler* » ; « *C'est comme si j'ai des problèmes gynéco, ça me gênerait qu'il m'examine.* » (P8). Ainsi, les rôles des médecins généralistes étaient aussi définis par leurs patients en fonction des problèmes qu'ils décidaient de leur confier.

Les patients appréciaient que leur médecin ait connaissance de leurs particularités médicales : « *il me connaît, il sait ce que j'ai, les médicaments qui me conviennent, parce que je suis déjà allée voir d'autres médecins ils m'ont donné des médicaments qui ne me convenaient pas* » (P2).

La bonne entente « *on s'entend bien avec lui, j'aime bien aller avec lui* » (P2) semblait également importante dans une relation médecin-patient. De même que l'accueil, la bienveillance et la simplicité du médecin permettaient au patient d'avoir une certaine proximité avec celui-ci et de se sentir dans une relation privilégiée qui était bénéfique à la confiance.

Enfin, pour un patient la relation de confiance était plus facile avec un médecin de même sexe, où il était plus à l'aise.

L'absence d'une relation de confiance envers le médecin traitant était mise en avant pour deux patientes cependant l'absence de mesure de la PA n'en était pas la conséquence.

Tout d'abord, le manque de « feeling » envers leur médecin était évoqué. Elles ne se sentaient pas à l'aise pour des raisons difficilement identifiables, voire inconscientes : *« je n'étais pas à l'aise avec lui sur ces sujets-là »* (P6). Le médecin était donc avant tout ici un médecin technicien pour les problèmes de « forme », mais pas de « fond » : *« le personnel, ce que l'on ressent, non, jamais »* (P6). Cependant, il restait le médecin référent pour l'une, car *« j'ai rien de méchant pour le moment donc je vais en rester vers lui »* (P4). Pour l'autre, le changement de médecin avait déjà eu lieu.

- Ne pas avoir à décider pour leur santé

Certains patients attendaient que leur médecin, détenteur du « savoir », décide à leur place. Ils s'en remettaient à l'examen physique que leur médecin décidait de faire : *« ce n'est pas moi qui vais lui dire ce qu'il doit faire comme examen, c'est lui qui sait »* (P5) ; *« je me dis que s'il ne le fait pas c'est qu'il a pas besoin de le faire »* (P6).

Toutefois, un médecin « décideur » pouvait constituer un frein à l'expression de leurs attentes. Les patients « n'osaient pas » aborder certains sujets (surtout pour les motifs psychologiques) de peur de le déranger. Ils attendaient que leur médecin soit à l'initiative de certaines questions, une « pensée magique » dans laquelle il devinerait leurs attentes.

b) Envers l'examen physique

Les motifs aigus de consultation des patients étant bien différents, nous aurions pu penser que leurs attentes étaient dépendantes de leurs plaintes. Cependant, il n'a pas été mis en évidence de lien entre les motifs de consultation et les attentes envers le geste de mesure de PA, peut-être parce qu'aucun de ces patients n'avait de symptômes pouvant être associés à une

mauvaise PA. Concernant les deux patients ayant consulté pour des motifs chroniques, les données étaient insuffisantes pour savoir s'il existait un lien entre une consultation pour réévaluation de traitement et les attentes du geste.

À travers l'examen physique de leur médecin, les patients étaient unanimes pour dire qu'ils voulaient un diagnostic : « *c'est le but quand on va voir le médecin, on a besoin d'un diagnostic !* » (P7).

L'examen permettait aussi d'éliminer les diagnostics différentiels même si l'hypothèse diagnostique paraissait évidente à l'interrogatoire : « *il ne se limite pas à la cause que le patient dit, il va chercher voir s'il y a d'autres causes ou pas* » (P5).

Cet examen physique pouvait également servir de diagnostic étiologique comme le streptotest pour une angine.

Enfin, le fait d'avoir eu un examen minutieux rassurait le patient ; le diagnostic et la conduite à tenir proposés par le médecin avaient alors plus de poids.

Seulement une patiente (ayant une HTA) n'avait aucune attente vis-à-vis de l'examen physique. Elle pensait avoir déjà connaissance du diagnostic (cystite) et ce n'était pas une source d'inquiétude (motif « *banal* »). Elle semblait donc accorder peu d'importance à l'examen physique : « *je me dis que même s'il m'aurait regardé, ça aurait rien changé* » (P4). Aussi, elle était réticente à être examinée, car elle craignait qu'au cours de l'examen physique : « *il me trouve des trucs qui vont pas aller !* » (P4).

3.3.2 Déroulement de la consultation

Comme pour les médecins, il nous a semblé intéressant d'étudier la vision des patients concernant le déroulement d'une consultation.

A) L'examen physique : systématique, orienté ou absent

Pour une patiente, l'examen physique était systématique, quel que soit le motif de consultation.

Il était orienté pour six patients ; examen ostéo-articulaire pour une douleur d'épaule, examen du rachis pour la lombalgie aiguë, palpation abdominale pour la gastro-entérite, palpation de la thyroïde pour le renouvellement d'hormones thyroïdiennes et examen ORL pour les viroses.

Il était absent pour deux patients : lombo-sciatique chez une patiente enceinte de 5 mois et cystite chez une patiente hypertendue.

Le déroulement de l'examen physique était donc médecin-dépendant. Les patients avaient été habitués par leur médecin et ils avaient confiance en sa façon de faire. De ce fait, l'examen physique réalisé par leur médecin leur paraissait adapté.

B) La durée de la consultation

Le temps de la consultation n'a pas eu de répercussions sur la satisfaction des patients alors que la moitié des consultations aurait duré moins de dix minutes.

Trois patients se sont sentis pressés par leur médecin qu'ils pensaient plus débordé aujourd'hui qu'autrefois ; « *on a l'impression que les médecins consacrent moins de temps maintenant, parce qu'ils ont beaucoup de patients... on reste moins longtemps chez lui, faut aller vite tout le temps* » (P9) ; « *faut pas que ça tarde* » (P6). Deux patients avaient alors anticipé la consultation en écrivant les sujets à aborder afin de ne rien oublier. Cependant, aucun des patients n'avait associé l'absence de mesure de la PA avec la durée de la consultation.

3.4 Présentation de la fiche-outil

Afin d'ouvrir davantage la réflexion concernant l'absence de mesure systématique de la PA, nous avons élaboré une fiche expliquant aux patients les autres actes de prévention et de dépistage que les médecins pouvaient réaliser en consultation.

3.4.1 Pour les médecins

La fiche outil a permis une meilleure acceptation du sujet même pour les MG les plus réticents à la non-mesure. À la fin des entretiens, l'enquêteur a résumé la problématique de cette façon : « Est-il possible de mesurer moins souvent la PA mais mieux ? Que peut-on faire si on ne mesure pas la PA ? ».

A) Les remarques positives

La fiche-outil pourrait améliorer la communication médecin-patient, notamment sur les sujets sensibles : « *parce que y'en a qui osent pas parler, j'vois les violences, si on pose pas la question, ils nous en parlent pas* » (M8). Tous les MG interrogés ont pensé que la fiche-outil serait intéressante pour refaire le point avec leurs patients concernant les mesures de dépistage et de prévention : « *je me suis rendu compte que j'ai plein de mes patients, je savais pas s'ils fumaient, j'avais pas leur poids dans le dossier* » (M5).

Au-delà d'être un outil de communication, elle pourrait être un outil de travail pour le médecin, comme un rappel des mesures à ne pas oublier. Tous les thèmes listés leur semblaient importants.

B) Les critiques de la fiche-outil

Les thèmes, bien qu'intéressants, étaient trop nombreux ce qui pourrait freiner le patient à aborder certains sujets et le médecin risquerait de « perdre » le patient dans trop d'informations. Plusieurs MG ont insisté sur leur difficulté à gérer les consultations multimotifs, la plupart des patients ne savant pas hiérarchiser leurs problèmes : « *ils viennent nous voir pour 6 motifs et à la fin ils partent et ils disent - au fait depuis hier ça me serre dans la poitrine* » (M8).

Finalement, la principale problématique soulevée par les MG restait l'intégration de cette fiche-outil dans l'organisation actuelle du système de soins. Tous ont répondu qu'il était difficilement réalisable d'évoquer plusieurs des sujets listés sur le temps imparti d'une consultation. Pour la plupart des MG, il paraissait difficile de devoir reporter à une autre consultation un problème soulevé par manque de temps. À l'inverse, un MG a insisté sur le fait que la médecine générale était la spécialité qui permettait justement un suivi au long cours en revoyant régulièrement les patients : « *le seul avantage d'un médecin généraliste par rapport à un spécialiste c'est qu'il a le temps de le revoir* » (M12).

Enfin, cette fiche pourrait conduire à une sélection des patients et perpétuer les inégalités en matière de prévention et de dépistage. En effet, ceux qui ne se sentent pas concernés par le dépistage ou la prévention auront toujours du mal à s'intéresser à ces thèmes.

C) Les propositions

Seulement deux MG pensaient qu'il valait mieux dispenser des conseils en matière de prévention et de dépistage à partir du motif de consultation initial : « *il vaut mieux faire ça de manière systématique à chaque consult du coup au bout d'un an, on a fait un peu tous les items, plutôt que de convoquer la personne en une fois et d'essayer de bien faire en faisant tout.* »

(M10). L'inconvénient principal de cette méthode était que certains sujets sont peu voire jamais abordés : *« on le fait une fois de temps en temps, mais ce qui est pas bien, mais c'est que c'est pas très régulier et y'a des fois où ça fait deux ans où on a pas regardé »* (M10).

La question de l'organisation du dépistage dans le déroulé d'une consultation semblait être une de leurs préoccupations et constituait un véritable problème de gestion. Il était compliqué de lister et d'envisager chaque acte de prévention et de dépistage au fur et à mesure des consultations. Ainsi, pour la grande majorité, une consultation préparée et dédiée à la prévention et au dépistage serait plus efficace. Un MG en avait envisagé les modalités : *« il faudrait une consultation prise en charge d'une heure de 2 ou 3C, en tiers payant »* (M7) à des âges charnières comme l'âge de rappel vaccinal *« 25 ans, 45 ans, 65 ans »* ou avant le départ en retraite avec une convocation de la Sécurité Sociale.

Améliorer la fonctionnalité des logiciels-métiers en créant un système de rappel semblait être une attente des MG : *« L'outil informatique moderne devrait être capable de nous driver »* (M12).

Deux MG ont proposé de remplacer ponctuellement la mesure de la PA par un autre geste ou une question de prévention ou de dépistage. L'une d'entre elles évoquait notamment l'utilisation de la spirométrie : *« de temps en temps, dire, tenez aujourd'hui je vous prends pas la tension parce que finalement, elle était bonne la dernière fois, mais j'aimerais qu'on refasse un peu plus le point sur... est-ce que vous êtes essoufflé ? »* (M6) ou de la mesure du périmètre abdominal dans l'évaluation du risque cardiovasculaire, à condition que cet acte ne prenne pas plus de temps que la mesure de la PA : *« remplacer un geste technique qui prend 3 minutes contre une évaluation sur le sommeil, le psychisme ou les violences, là on va pas être gagnant ! »* (M8).

3.4.2 Pour les patients

Les patients se sentaient interpellés à la lecture de la fiche-outil par certains items, dépendant de leur âge, de leur connaissance dans le domaine de la santé et de leurs antécédents personnels et familiaux.

Les thèmes pour lesquels les patients se sentaient concernés et insuffisamment dépistés étaient le poids, les cancers de la peau, la vaccination, les troubles de la mémoire, les différentes formes de violences, les troubles du sommeil, la contraception et le tabac.

À l'inverse, les thèmes pour lesquels ils se sentaient concernés et correctement dépistés étaient le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein, le dépistage du cancer colorectal, la promotion d'une activité physique et d'une alimentation équilibrée et la vaccination.

Certains ne se sentaient pas concernés. Les causes étaient multiples : mauvaise compréhension du langage médical choisi ; patients trop jeunes pour certains thèmes (prostate, ostéoporose, troubles de mémoire) ou ne se sentant pas concerné par certains sujets (absence de problème de poids, de sommeil et de problème psychologique...).

A) Les critiques de la fiche-outil

À la première lecture, comme pour les MG, la fiche était trop conséquente en items : « *Alors pour les hypocondriaques, on va peut-être pas avoir tout ça* » (P5) ; « *Après ça peut être compliqué, quand on y va pour un rhume ou une grippe, ce serait peut-être compliqué d'aborder tous ces thèmes-là* » (P5).

Ils avaient l'impression que tous les thèmes devaient être abordés lors d'une consultation ce qui leur semblait difficilement réalisable. Le fait d'aborder certains de ces thèmes au fil des consultations semblait aussi poser problème. En effet, les thèmes perçus comme prioritaires

pour le patient seront toujours les mêmes. De ce fait, certains sujets jugés moins importants que d'autres pour leur santé seront toujours discutés en dernier voire jamais abordés : « *on pourrait s'adresser à son médecin de médecine générale pour conseils (sexualité), mais bon on le fait pas, parce qu'il y a tellement de choses.* » (P9).

Aussi, il pouvait être également compliqué de savoir quand serait pour eux la prochaine consultation. Il leur était donc difficile de se projeter dans le temps avec certains sujets qu'ils aimeraient aborder. Les consultations étaient rarement à l'initiative du patient dans le domaine de la prévention et du dépistage.

B) Patient acteur de sa santé

Un patient décrivait la fiche-outil comme une aide afin d'améliorer sa prise en charge à travers la découverte de nouveaux thèmes : « *un médecin c'est pas quelqu'un qui peut deviner, faut lui amener le plus d'éléments possibles* » (P9).

C) Les propositions des patients

Pour une patiente, ce serait au médecin de proposer « *un petit contrôle annuel* » (P3) avec la réalisation d'un ou plusieurs items de la fiche-outil. Ces items devraient être adaptés à l'âge du patient et seraient notifiés dans le dossier médical.

D) Les rôles et les missions attribués au médecin généraliste dans le cadre du dépistage semblaient flous

Certains thèmes de dépistage étaient déjà confiés par le patient à un autre médecin spécialiste (frottis par le gynécologue...).

a) Des patients réticents

Deux patientes interrogées (P4 et P7) ne feraient pas réaliser leurs frottis par leur médecin généraliste. Elles auraient des difficultés à changer leurs habitudes : *« je ne serai pas allée voir un généraliste pour ça (le frottis), c'est peut-être bête de dire, mais j'ai mon gynéco qui me suit depuis mes grossesses et après je l'ai suivi... »* (P4).

Aussi, un patient (P5) ignorait que la prise en charge des problèmes psychologiques faisait partie des compétences d'un médecin généraliste. Il comprenait difficilement comment ce dernier pourrait interagir sur ses problèmes personnels.

b) Des patients agréablement surpris

À l'inverse, à la lecture de la fiche-outil certains découvriraient avec intérêt la multiplicité des sujets que leur médecin pouvait leur proposer.

Cette fiche permettait de recentrer le médecin généraliste au cœur du parcours de soins : *« c'est toutes les choses qui un peu comme ça spécifiques qu'on ne pense pas forcément que ça puisse être fait par le médecin traitant »* (P9).

3.4.3 État des lieux des mesures préventives et de dépistage

A) Pour les patients

Nous nous sommes intéressées à la réalisation d'autres actes de prévention et de dépistage proposés aux patients en consultation.

Selon leurs dires, la prévention portait surtout sur les mesures hygiénodiététiques.

La pesée était rare : 5 patients déclaraient n'avoir jamais été pesés alors que parmi eux deux étaient en surpoids.

Le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon était facilité par les courriers de l'ARDOC.

Le dépistage d'une consommation de tabac était surtout réalisé lors de la première consultation avec le médecin. Deux patientes étaient fumeuses et n'auraient jamais eu d'interventions brèves.

Deux patients ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal étaient suivis en coloscopie.

Une patiente ayant des facteurs de risque d'ostéoporose avait réalisé une ostéodensitométrie.

En somme, peu de thèmes de dépistage et de prévention étaient décrits spontanément par les patients. Peut-être n'associaient-ils pas toutes les mesures proposées par leur médecin généraliste à des actes de prévention et de dépistage ?

B) Pour les MG

Tous s'accordaient à dire que la prévention et le dépistage avaient une place centrale dans leur pratique quotidienne. Cependant, il existait de nombreux obstacles à la mise en application de toutes les mesures recommandées.

a) Manque de temps (principal obstacle)

Tous ont évoqué le manque de temps pour réaliser les mesures préventives et de dépistage recommandées : « *les consultations sont trop denses on a pas assez de temps* » (M5).

b) Inégalités d'application des mesures préventives et de dépistage

Certains thèmes étaient privilégiés par les MG. Ces inégalités d'application des mesures de prévention et de dépistage dépendaient en partie des préférences du praticien « *ah moi le poids*

c'est mon dada ! » (M6) et étaient orientées en fonction des sujets qu'ils maîtrisaient le mieux « j'parle beaucoup d'alimentation, d'activité physique, ça c'est facile » (M8).

c) Manque de recommandations

La fréquence de la réalisation de certains actes a été soulevée et beaucoup s'interrogeaient sur l'âge à partir duquel il était nécessaire de dépister telle ou telle pathologie. L'absence de recommandations pour certains items semblait représenter un frein à leur mise en application : *« si on avait quelque chose de plus cadré, on ferait ça systématiquement » (M5).*

d) Difficultés de communication avec le patient

D'autres sujets étaient considérés comme « tabous » par les MG : *« Alcool, drogues, incontinence urinaire c'est pareil ! C'est des questions qu'on n'ose pas aborder » (M6).* Il pouvait exister également une barrière du côté des patients, pour lesquels certaines questions pouvaient être parfois vécues comme intrusives : *« y'a des patients qui sont pas prêts qu'on leur pose toutes ces questions parce qu'ils auront l'impression d'une certaine intrusion » (M6).*

e) Manque d'implication du patient

Certaines expériences n'avaient pas été encourageantes pour les MG faisant naître un sentiment de résignation : *« ce qui m'a fait le plus de déconvenues, c'était peut-être les alcoolos, de leur répéter tout le temps pour pas boire, que le gars écoute pas et puis le jour où il se fait gauler son permis avec 15 jours de taule au-dessus de la tête en sursis, miracle ! J'ai beaucoup été déçu de la portée de mon message » (M10).* De plus, certains patients avaient régulièrement besoin d'être sollicités pour effectuer les mesures de prévention et de dépistage : *« de toute façon, l'humain, faut négocier. Tout le temps, c'est usant, mais c'est comme ça » (M10).*

f) Peu de solutions

Une MG a soulevé la problématique de « l'après-dépistage » en évoquant le manque de ressources sur lesquelles les médecins généralistes pouvaient s'appuyer. En effet, dans certaines situations, les solutions à apporter aux patients étaient limitées : « *une fois qu'on a soulevé le problème et ben après on est dans l'impasse. L'obésité, pas de solution, les problèmes psychiques, burn-out, tout ça, on a peu de solutions* » (M8).

Tous les MG se disaient impliqués dans les actes de prévention et de dépistage et avaient conscience que des progrès devaient être réalisés dans ces domaines : « *c'est sûr qu'on a un boulot à faire sur la prévention et c'est absolument pas faire de la prévention que de prendre la tension à chaque fois.* » (M5).

4. DISCUSSION

4.1 Forces et faiblesses de notre étude

4.1.1 Les forces

A) Originalité et pertinence du sujet

L'absence de mesure de la PA en consultation n'a jamais été étudiée dans les travaux antérieurs. Les thèses qualitatives existantes portaient essentiellement sur les représentations des patients et des médecins en présence du geste.

La force de notre étude était de comparer le ressenti à la fois des médecins et des patients.

Au-delà de répondre à la question principale de l'étude et pour donner plus de sens à la question de recherche aux yeux des interviewés, nous avons proposé un outil ouvrant de nouvelles perspectives en termes de dépistage concernant le contenu d'une consultation de médecine générale.

B) Méthode

La validité de nos résultats a été augmentée à travers ce travail collaboratif par le double codage et la triangulation des données limitant de ce fait les biais d'interprétation.

C) Validité externe

Les critères de la grille COREQ ont été utilisés pour la rédaction, gage de la qualité méthodologique (22). Ces critères concernaient l'équipe de recherche et de réflexion, la conception de l'étude, et l'analyse des résultats. Ils nous ont aidées à nous autoévaluer et à être plus rigoureuses dans notre travail.

4.1.2 Les faiblesses

A) Biais de sélection

a) Recrutement des patients

L'échantillon des patients s'est avéré peu représentatif de la population générale. Il a été difficile de recruter des patients se souvenant d'une consultation au cours de laquelle leur médecin ne leur avait pas mesuré la PA. Il a également été difficile de recruter des patients répondant à tous les critères de diversité. Les catégories « comorbidités » et « âge avancé » étaient sous-représentées reflétant par ailleurs les pratiques des MG. En effet, la mesure de la PA était plus fréquemment réalisée chez ces patients considérés à risque de développer une HTA.

Aussi, les patients ont été sollicités par méthode dite « boule de neige », l'enquêteur avait alors peu de contrôle sur la méthode d'échantillonnage.

b) Recrutement des MG

Aussi, deux MG interrogés étaient connus de l'enquêtrice, ceci ayant pu influencer les réponses.

B) Biais de déclaration

Parler de l'absence de quelque chose a été compliqué, car difficilement palpable. En effet, en tant qu'enquêtrices nous avons été confrontées à des difficultés d'explications de notre sujet. Il a ainsi pu en découler une difficulté de compréhension chez certains MG : « *L'absence de mesure de la PA ? Pour quoi faire ? Quel est l'intérêt ?* ». Les MG ont développé beaucoup d'idées autour de la mesure de la PA et en tentant de les recentrer autour de « l'absence » il se peut que notre discours ait pu les influencer (19). Aussi, il apparaît que l'attachement fort de certains MG au geste de mesure a pu modifier leurs réponses. Nous les avons rassurés sur l'objectif de l'étude qui était de chercher les conditions d'une médecine plus efficiente.

De plus, les MG avaient peu de souvenirs des consultations sans mesure de la PA. En effet, ils travaillent dans un environnement complexe, réalisent de nombreuses consultations chaque jour, et doivent s'adapter à chaque patient et à chaque situation en mobilisant des ressources différentes. L'absence de mesure de la PA ne représentait donc pas une situation marquante en l'absence d'une demande des patients, d'autant plus qu'elle concernait des motifs aigus et bénins. Ainsi, l'étude de leur ressenti a donc dû être élargie de manière hypothétique.

Enfin, parmi notre échantillonnage, nous avons recruté un couple médecin-patient et nous avons pu mettre en évidence une discordance dans leurs déclarations. Les origines de cette discordance peuvent être nombreuses. En effet, médecins et patients accordent chacun plus

d'importance à certains éléments de la consultation. De plus, en tant qu'observateurs extérieurs nous ne pouvons pas percevoir tous les déterminants de la relation médecin-patient.

C) Saturation des données

Nous pensons que nous ne sommes pas arrivées à saturation des données pour les patients. Certains profils de patients étaient sous-représentés : seulement 2 patients hypertendus. Aussi, les motifs de consultation étaient surtout représentés par des plaintes aiguës. Seulement deux motifs concernaient un renouvellement de traitement (antidépresseur et hormones thyroïdiennes). Les attentes autour de l'examen physique pour les motifs aigus étaient centrées sur la plainte. Un plus grand nombre de situations de renouvellement de traitement auraient permis de diversifier les données, les attentes des patients autour de la mesure auraient pu être plus importantes dans ce contexte de réévaluation régulière de leur état de santé.

4.2 Comparaison avec les travaux antérieurs

Nos résultats rejoignaient les conclusions de la thèse de Clémentine Kerdrain (23) qui s'était intéressée aux connaissances et aux croyances des patients et des médecins en présence de la mesure de PA. Le geste apparaissait plus important pour le médecin que pour le patient : « 73% des patients normotendus interrogés n'exigeaient pas le geste ».

L'étude de Gregory Gachet (10) quant à elle, rejoignait nos constatations concernant les rôles attribués à la mesure tensionnelle. Ses conclusions, comme celles d'Antoine Fontaine (24) retrouvaient également que la PA était mesurée devant les attentes supposées des patients et qu'elle avait un impact relationnel considérable.

Enfin, une mesure sur cinq était réalisée dans les conditions recommandées (10). Ceci

rejoignait les réponses des MG qui déclaraient ne pas pouvoir respecter les conditions de mesure principalement par manque de temps.

4.3 Comment interpréter nos résultats

4.3.1 Discordance entre les attentes

Les attentes exprimées par les patients ne correspondaient pas à celles supposées par les MG. Cette discordance pouvait s'expliquer par le fait que les représentations et les attentes des uns et des autres sont rarement partagées. La grande majorité des patients interrogés avaient une confiance importante en leur médecin et ne remettaient pas en cause leurs décisions concernant l'examen physique.

Notre travail a révélé des non-dits au sein de la relation médecin-patient autour de la mesure de la PA. Les non-dits au sein de la consultation ont déjà été décrits. L'étude « Consensus, controverses et dissensions entre médecins généralistes et patients autour de l'insomnie chronique primaire » a exploré les opinions croisées des médecins et des patients insomniaques. La discordance principale de cette étude était que les médecins pensaient que les patients voulaient une ordonnance d'hypnotiques alors que les patients disaient ne pas en vouloir. Les attentes des patients étaient les mêmes que dans notre étude et portaient sur l'écoute, le temps, la prise en charge globale, du soutien, de la réassurance et de la considération. Certains médecins ressentaient également une pression de prescription et craignaient la perte de leur patientèle en cas de refus de renouvellement du traitement (25,26).

La verbalisation de ces non-dits pourrait aboutir à un soulagement, un renforcement de la relation, ainsi qu'un gain de temps. Aussi, les patients experts sont une source d'informations

précieuses et pourraient être utilisés comme partenaires des médecins afin de favoriser le dialogue, dans le but d'améliorer la qualité des soins (27,28).

4.3.2 Une habitude pour les MG et les patients

Nous avons pu mettre en évidence que les attentes des patients étaient directement en lien avec les habitudes de leur MG. La répétition de certains actes pourrait créer des attentes chez les patients, comme des repères qu'ils associeraient aux standards d'une consultation médicale.

Même s'il existait une routine de l'examen avec une mesure fréquente voire quasi-systématique de la PA, les MG ne portaient pas la même attention à toutes les mesures. En effet, ils adaptaient les conditions de mesure aux motifs de consultation. Les consultations pour des pathologies aiguës bénignes (virose, traumatologie, dermatologie...) entraînaient souvent une absence de mesure ou une mesure par un médecin peu attentif à la méthode et aux chiffres. Ces mesures s'apparentaient à ce que nous pourrions appeler « la prise de tension ». À l'inverse, ils étaient plus attentifs à la mesure pour des patients avec des facteurs de risques cardiovasculaires ou avec des symptômes pouvant être en lien avec une HTA (céphalées, vertiges...). Il s'agirait dans ces cas-là de la réelle « mesure de la pression artérielle ». Cependant, même ces mesures n'étaient pas toujours réalisées dans des conditions idéales, et leur fiabilité pouvait en être réduite.

Pour pratiquer une médecine efficiente et avoir une bonne qualité de soins, il semblerait intéressant de mesurer moins souvent la PA, et lorsqu'elle est médicalement justifiée prendre le temps de réaliser une mesure fiable. Les attentes des patients ne dépendant pas de ce geste, les médecins pourraient avec plus de facilité adapter leur pratique.

Enfin, certaines « prises de tension » permettaient un instant de réflexion, une pause dans la consultation. Cette routine autour du geste peut cependant favoriser l'inertie thérapeutique. Toutefois, la routine de l'examen a certainement un rôle. Les médecins généralistes sont confrontés à des problèmes chaque fois différents et des situations complexes. La routine peut être un fil conducteur au sein de toute cette complexité. Aussi, il est difficile de se prononcer sur cette routine qui est certainement une aide, mais aussi un piège pour les médecins.

4.3.3 Discordance dans le souvenir de la mesure

Notre étude a révélé une discordance dans le souvenir des consultations. Les deux vécus de consultations étaient parallèles, mais avec des souvenirs différents. Les patients signalaient que leur médecin ne leur mesurait pas la PA de façon systématique. À l'inverse, les MG, même s'ils signalaient ne pas mesurer la PA dans certaines circonstances insistaient sur le fait que cette mesure était le plus souvent systématique dans leur examen. Cette discordance traduit peut-être que les médecins et les patients ne gardent pas les mêmes souvenirs des consultations, car ils sont impactés par des éléments très différents. Les uns sont marqués par l'attention qui leur est portée ; les autres sont concentrés sur le diagnostic rare, mais grave à éliminer.

4.3.4 Indifférence des patients à l'absence de mesure

Pour tous les patients, l'absence de mesure n'a pas altéré la relation médecin-patient. En effet, n'étant pas habitués à une mesure systématique, ils n'avaient aucune attente envers le geste. De plus, quel que soit leur statut tensionnel (normo ou hypertendus), leurs attentes étaient les mêmes, car leur PA n'était pas une source d'inquiétude. Ces résultats sont-ils en lien avec le fait qu'aucun d'entre eux n'avait de comorbidités « lourdes » et qu'ils ne présentaient pas de symptômes pouvant être associés à une mauvaise PA ?

4.3.5 Absence mal vécue par les MG

Les MG se souvenaient et étaient marqués durablement lorsqu'eux-mêmes ou leurs collègues avaient reçu une demande de leur patient « Pouvez-vous me prendre la tension ? » ou même "Vous ne m'avez pas pris la tension". Cela sonnait comme un manquement à leur devoir de médecin, un « rappel à l'ordre », sauf pour un seul des MG interrogés qui était à l'aise avec cette absence de mesure, et disait ne pas se soucier de son image. Cependant, les patients demandeurs étaient rares, car ils avaient le plus souvent confiance en leur médecin. Les MG ressentaient peut-être cette pression de faire le geste, car leur mémoire était marquée par les rares fois où le patient l'avait demandée.

Aussi, il semblait difficile pour les MG de « dire non » face à une demande réelle ou ressentie. Cette difficulté à « dire non » peut se comparer aux obstacles de la non-prescription où la décision de faire ou ne pas faire ne dépend pas uniquement de déterminants cliniques ou scientifiques. La décision est aussi largement influencée par des facteurs psychologiques et sociaux qui échappent parfois à toute logique rationnelle (29).

La valorisation du médecin généraliste notamment par la diffusion au grand public des différentes compétences le définissant permettrait-elle l'affranchissement des « clichés » du modèle de soin ? À ce propos, la WONCA (1) propose une définition des caractéristiques de la médecine générale et des compétences requises du médecin généraliste. Onze caractéristiques ont été décrites :

- Premier maillon de la chaîne de soins
- Coordination et continuité des soins
- Approche centrée patient

- Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques
- Intervention au stade précoce et non différenciée des maladies
- Promotion de l'éducation de la santé
- Établissement d'une relation médecin-patient privilégiée
- Responsabilité en termes de santé publique
- Prise en charge globale du patient dans toutes ses dimensions (physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle)
- Démarche diagnostique spécifique déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans un contexte de soins primaires.

Cette définition montre que le médecin généraliste doit combiner toutes ces particularités et exerce donc un métier complexe.

4.4 Diagnostic des difficultés actuelles et perspectives d'évolution

4.4.1 Difficultés à la mise en place des autres mesures de dépistage et de prévention

Malgré le vif intérêt des patients et des MG concernant les domaines de prévention et de dépistage, nous avons constaté que les obstacles à l'intégration des recommandations en pratique courante étaient nombreux.

Du côté des patients, beaucoup ne consultaient pas spontanément pour « parler » de prévention et de dépistage. En effet, leurs connaissances limitées dans ces domaines et la crainte d'une maladie sont des hypothèses pouvant expliquer nos résultats.

Du côté des MG, les objectifs étaient difficilement atteignables en l'état actuel de l'organisation du système de soins. La moitié des mesures préventives ne seraient pas appliquées (3). En effet,

un médecin généraliste devrait consacrer 20% de son temps de consultation annuelle aux procédures préventives. En fonction du nombre de consultations annuelles et de la durée de consultation par patient ce taux pourrait passer de 0,6 à 200% du temps annuel de consultation par patient (30). Malgré leur désir d'implication et leur conscience professionnelle, les MG étaient obligés de prioriser leurs missions.

Quelles solutions pouvons-nous proposer ?

La connaissance des recommandations de fréquence autour de la PA et l'établissement de recommandations pour certains actes de prévention et dépistage pourrait servir de repères aux médecins et guider leurs pratiques. Des lignes directrices existent dans d'autres pays : les États-Unis avec l'US Preventive Service Task Force (31), le Canada avec le Canadian Task Force on Preventive Health Care (32) et la Suisse avec le programme de prévention EviPrev (33).

Aussi, la création d'un outil de travail tel qu'une fiche-outil ou via l'amélioration des fonctionnalités du logiciel informatique constitueraient une aide. En effet, des études ont montré une amélioration du taux de vaccination grâce aux alertes de logiciels informatiques (34).

La valorisation de certains actes par la ROSP pourrait-elle encourager certains médecins à y accorder une place plus importante ?

Enfin, une consultation dédiée avec un temps et un mode de rémunération adaptés pourrait aider à tendre vers les recommandations.

4.4.2 Le mode de rémunération

Une patiente s'est déclarée insatisfaite, car elle estimait que le tarif d'une consultation devait comprendre une mesure de PA. Aussi, deux MG se sentaient redevables du paiement. Mesurer la PA, tout comme délivrer une ordonnance matérialisait le prix de la consultation. Le paiement à l'acte a donc un impact sur les attentes des patients et par conséquent sur les pratiques des médecins.

4.4.3 La problématique du temps

La problématique du temps est revenue dans les entretiens patients et pour tous les MG. Les MG déclaraient manquer de temps de manière générale. De ce fait, on pourrait supposer qu'ils adaptaient leur examen au temps qui leur était imparti et que chaque geste était réalisé dans une logique d'efficience.

Pour tous les MG sauf un, la mesure de la PA n'était pas un geste qui prenait du temps. Sa durée de réalisation était évaluée entre 10 secondes et trois minutes. Cependant, les MG déclaraient ne pas pouvoir respecter les recommandations de mesure par manque de temps. La mesure de la PA en méthode électronique nécessite environ 1 minute 30 secondes, en ne comptant pas la période de repos (5 minutes). Si l'on considère qu'un médecin mesure la PA systématiquement, sur une journée de 25 patients nous avons estimé qu'il passerait au minimum 37 minutes à la réalisation de ce geste. Un temps considéré comme non négligeable pour un geste dont la fiabilité est discutable puisque non réalisé dans les conditions recommandées. Ainsi, il apparaissait une ambivalence dans la perception des MG autour du temps accordé à la PA. La perception du facteur temps par les MG dépendait finalement de la pertinence qu'ils accordaient au geste.

Quelles solutions pouvons-nous proposer ? Mesurer moins souvent la PA mais mieux.

La fiche-outil permettrait de rappeler aux médecins les autres actes de prévention et dépistage pouvant être effectués en consultation. Ainsi, la mesure de PA pourrait être réalisée moins souvent lorsque le médecin la juge médicalement non nécessaire et remplacée par d'autres actes.

Tous les MG sauf un utilisaient les AMT pour dépister une HTA blouse blanche, confirmer le diagnostic d'HTA et adapter le traitement antihypertenseur. Ils étaient donc conscients des limites de la mesure de PA au cabinet. Malgré l'utilisation des AMT, la mesure de la PA en consultation n'en était pas moins systématique, car le geste restait encore associé au symbole même de la consultation.

En 2017, la SFHTA à l'occasion de la 37^e journée de l'HTA encourageait les mesures ambulatoires en proposant un remboursement tous les 5 ans des appareils d'AMT, une prise en compte de l'AMT dans les ROSP et le remboursement pour les indications où elle était nécessaire de la MAPA (35). Une meilleure organisation autour des AMT (remboursement, utilisation de l'algorithme HyResult (36), participation des infirmières ASALEE) permettrait d'élargir son utilisation.

En septembre 2018, les propositions du Plan Santé du gouvernement (27) font part de la création d'un nouveau métier : les assistants médicaux, comme il en existe déjà en Allemagne et au Canada. Ce Plan a été élaboré dans le but de répondre aux difficultés du système de soins actuel : difficultés d'accès aux soins, vieillissement de la population et développement de pathologies chroniques. Les difficultés des médecins mentionnées sont les mêmes que celles qu'ils nous ont rapportées : course à l'activité, importance des charges administratives, insuffisante reconnaissance de la qualité des soins et des bonnes pratiques et manque de temps

pour soigner. La qualité des soins et la pertinence des actes sont considérées comme des chantiers prioritaires du plan santé.

Les assistants médicaux auraient pour but de dégager du temps médical au médecin généraliste avec la délégation de certains gestes et notamment celui de mesure de la PA. En Allemagne, leurs interventions ont conduit à réduire significativement la durée moyenne de consultation (10 minutes versus 18 minutes en France). Pour autant, l'Allemagne présente un des meilleurs taux de satisfaction des patients d'Europe (37–40). Néanmoins, la recherche d'une efficience maximale doit-elle passer par une réduction du temps de consultation ?

5. CONCLUSION

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer et de comparer le ressenti des médecins et des patients en l'absence de mesure de la PA au cours d'une consultation de médecine générale.

Les MG se souvenaient de peu de consultations sans mesure de la PA. Les situations d'absence de mesure existaient et étaient adaptées au contexte (motifs aigus et bénins) et aux facteurs de risques cardiovasculaires des patients. Les MG avaient le sentiment d'avoir souvent entendu les patients demander une mesure de la PA lorsqu'elle n'était pas prise en consultation. De leur côté, les patients signalaient faire confiance à leur médecin et ne pas demander de mesure de la PA. Une des hypothèses de cette discordance est que même si les demandes des patients sont rares elles marquent fortement les MG et participent à entretenir une mesure systématique. L'impression laissée aux MG par le patient qui demandait une mesure était forte et laissait un souvenir pérenne de la consultation. Les MG oubliaient peut-être toutes les consultations pour lesquelles le patient n'avait pas sollicité de mesure. Les MG pensaient que le geste était attendu et ressentaient une pression des patients pour sa réalisation. Ils craignaient des répercussions en l'absence de mesure. Répercussions médicales : sous-estimer le risque cardiovasculaire, faire une erreur diagnostique, et répercussions relationnelles en décevant leurs patients. Il semblait aussi difficile pour les MG de « dire non » face à cette demande réelle ou ressentie. La mesure était donc réalisée à la fois dans un but médical, mais aussi pour répondre aux attentes supposées de leurs patients.

Paradoxalement, la majorité des patients étaient indifférents à l'absence de mesure de la PA. Aucun n'avait le souvenir d'avoir demandé le geste, car ils avaient confiance en leur médecin et en ses décisions concernant l'examen physique. Les patients connaissaient certains

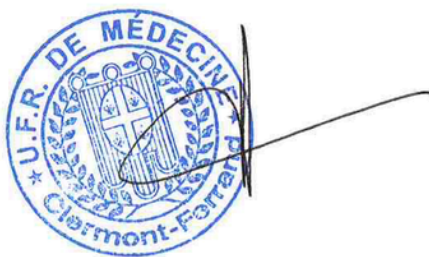
symptômes d'hypotension ou d'hypertension, qui auraient pu leur faire attendre la mesure. L'absence de mesure n'altérerait pas la relation médecin-patient. L'instauration d'une bonne relation avec son médecin dépendait pour le patient d'un ensemble de compétences médicales : justesse de l'expertise, écoute active et réassurance. Le patient semblait laisser au médecin le choix de lui mesurer ou non la PA. L'hypothèse pourrait être que l'examen physique est moins accessible à la décision partagée que les autres modalités de prise en charge du patient.

Ainsi, il existait une discordance entre les attentes réelles des patients et celles supposées par les médecins. Ces résultats révèlent des non-dits au sein de la consultation et contredisent notre hypothèse initiale.

L'amélioration de la communication médecin-patient permettrait une relation plus authentique dans l'objectif d'une médecine plus efficiente. La valorisation et la diffusion des compétences du médecin généraliste à travers la fiche-outil constituent une piste pour l'amélioration de la qualité des soins. Cette fiche-outil proposant d'autres actes de prévention et de dépistage a intéressé les deux acteurs de la relation de soins. Elle constitue une base à cette réflexion.

Le Doyen de l'UFR de Médecine,

Pierre CLAVELOU



Le Président du Jury,

Gilles CLEMENT

68-015

A handwritten signature in black ink, which appears to be 'Gilles CLEMENT', written over the printed name. The signature is stylized and includes a long horizontal stroke.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Allen DJ, Heyrman PJ. LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
2. Xavier Lemerrier, Didier Duhot, Michel Arnould, Andréa Poppelier, Gilles Hebbrecht. Caractéristiques de la mesure de la pression artérielle par les médecins généralistes français. Société Française de Médecine Générale [Internet]. 2008 Disponible sur: http://www.sfmng.org/news_letter/nl22/cmng08_po_03_%20pression_arterielle.pdf
3. Sebo P, Maisonneuve H, Cerutti B, Fournier JP, Senn N, Rat C, et al. Etats des lieux des pratiques préventives réalisées par les médecins de soins premiers. 2018;(140):72-3.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Panorama mondial de l'hypertension: un tueur silencieux responsable d'une crise de santé publique mondiale: Journée mondiale de la santé 2013. 2013;Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85334/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_fre.pdf
5. SFHTA_Etat_des_lieux_maladies_hypertensives_en_FRANCE_JHTA-2017_Decembre2017_VF.pdf [Internet].Disponible sur: http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2017/12/SFHTA_Etat_des_lieux_maladies_hypertensives_en_FRANCE_JHTA-2017_Decembre2017_VF.pdf
6. L'hypertension artérielle en France : Prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006.
7. 2013 ESH/ESC 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). European Heart Journal. 21 juill 2013;34(28):2159-219.
8. HAS Fiche Mémo Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. 2016.
9. Krzesinski J-M, Saint-Remy A. Comment je mesure la pression artérielle au cabinet. Revue Médicale de Liège. 2012;67(9):492-498.
10. Gachet Grégory. Mesure de la pression artérielle en cabinet de médecine générale: est-ce encore utile? [thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France]: faculté de médecine; 2009.
11. HAS Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. 2016.
12. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Kannel WB, Levy D. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. The Lancet. nov 2001;358(9294):1682-6.
13. Kannel WB, Dawber TR, McGee DL. Perspectives on systolic hypertension. The Framingham study. Circulation. 1980;61(6):1179-1182.
14. Revue Prescrire. Surveillance de la pression artérielle. juill 2002;22(230):536.

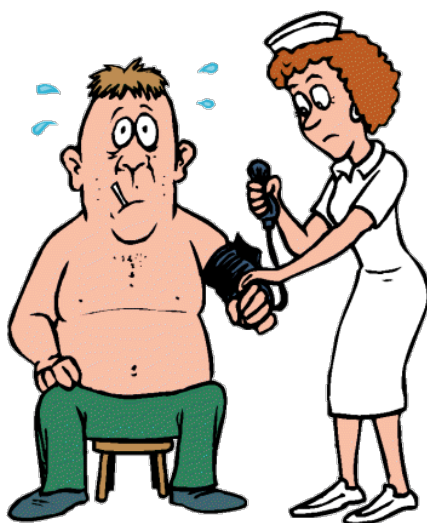
15. Les recommandations de l'ESC/ESH 2018 sur l'hypertension artérielle (HTA) [Internet]. Disponible sur: <https://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/recommandations-esc-2018-hypertension-arterielle>
16. Code de la santé publique - Article R4127-8. Code de la santé publique.
17. Code de la santé publique - Article R4127-32. Code de la santé publique.
18. Petersen W, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Initiation à la recherche. Frappé P, éditeur. Neuilly-sur-Seine, France: GM Santé; 2011. 216 p.
19. Lejeune Christophe. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. 2014.
20. Laurent Marty, Philippe Vorilhon, Hélène Vaillant-Roussel, Pierre Bernard, Clémentine Raineau, Benoît Cambon. Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus group. 2011;22(98):129-35.
21. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique. 1994;(23):147.
22. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.
23. Kerdrain-Deridder Clémentine. « Pourriez-vous prendre ma tension, docteur? » connaissances et croyances sur la mesure de la tension artérielle au cabinet du médecin généraliste. Nantes; 2006.
24. Antoine Fontaine. La perception de la prise de tension artérielle par les médecins généralistes du rôle médical à la symbolique - document [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01288746/document>
25. Yoann Gaboreau, Floriane Pricaz, Anaëlle Cote-Rey, Ingrid Roucou. Consensus, controverses et dissensions entre médecins généralistes et patients autour de l'insomnie chronique primaire. févr 2017;(130):52.
26. Guillaume Gaudin. Le non-dit dans la consultation de médecine générale : une étude qualitative sur son importance aux yeux des généralistes. [Internet]. Faculté de Médecine de Nancy; 2013. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_GAUDIN_GUILLAUME.pdf
27. Ma santé 2022, un engagement collectif [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
28. Compagnon C, Berthod-Wurmser M, Bousquet F. L'essor du patient expert au service d'une démocratie en santé. Revue française des affaires sociales. 19 avr 2017;(1):143-53.

29. Bénédicte HAUVESPRE. La non prescription : représentations et vécu des médecins généralistes. 2012.
30. Bucher S, Maury A, Rosso J. Temps et faisabilité de la prévention en soins premiers. mars 2018;(141):108-9.
31. USPSTF A and B Recommendations - US Preventive Services Task Force [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/>
32. Canadian Task Force on Preventive Health Care | Published Guidelines [Internet]. Disponible sur: <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/>
33. Cornuz J, Auer R, Neuner-Jehle S, Humair J-P, Cardinaux R, Battegay E, et al. Recommandations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical. REVUE MÉDICALE SUISSE. :7.
34. Prescrire: « Le logiciel métier du généraliste: état et potentiel » [Internet]. AssoConnect. Disponible sur: <https://www.france-aim.org/articles/22454-dr-w-lindemann-le-logiciel-metier-du-generaliste-etat-et-potentiel>
35. 37es Journées de l'HTA : de nouvelles propositions de la Société française d'hypertension artérielle [Internet]. egora.fr. 2018. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-medicales/cardio-vasculaire-hta/34865-37es-journees-de-l-hta-de-nouvelles-propositions-de-la>
36. Hy-Result - A propos [Internet]. Hy-Result. Disponible sur: <http://www.hy-result.com/a-propos/>
37. Le contenu de la consultation de médecine générale en Allemagne : une étude comparative avec la France [Internet]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-3411>
38. Pillot Alicia, Supper Irène, Guérin Mad-Hélenie, Hsiung Laura, De Haas Pierre, Letrilliart Laurant. Transférabilité des procédures de soins des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé. 2014;25(114):186-93.
39. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? 2007;8.
40. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. 2012;(797):8.

7. ANNEXES

Annexe I : Affiche de recrutement des patients

**VOUS SOUVENEZ-VOUS D'UNE CONSULTATION
AU COURS DE LAQUELLE VOTRE MÉDECIN NE
VOUS A PAS MESURÉ LA TENSION ARTÉRIELLE ?**



Dans le cadre de ma thèse de Docteur en Médecine générale,

**j'étudie le ressenti des patients en cas d'absence de mesure de la pression
artérielle par leur médecin généraliste,**

Je suis à la recherche de patients qui accepteraient de répondre à quelques questions au cours d'un entretien d'environ 20 minutes.

Je suis essentiellement à la recherche de profils masculins, de plus de 50 ans, ayant une ou plusieurs maladies chroniques (hypertension ou autre).

Annexe II : Grille d'entretien des médecins

Première version :

1/ Racontez-moi la dernière fois où vous avez mesuré la pression artérielle

Relance : décrivez-moi la situation

2/ Qu'attendez-vous de la mesure de la PA au cabinet ?

3/ Que représente la mesure de la PA pour vous ?

Relance : Est-ce un geste important de l'examen clinique ? Si oui, pourquoi ?

Quel symbole donnez-vous à ce geste ?

4/ Dans quelles conditions pratiques mesurez-vous la PA au cabinet ?

*Relance : * Comment mesurez-vous la PA ? Avec quel type d'appareil ?*

** Quelle est votre méthode de référence de mesure de la PA ?*

** À quel moment ?*

5/ Pensez-vous que votre pratique ait évolué au fil des années ?

6/ À quelle fréquence mesurez-vous la PA des patients normotendus et hypertendus ?

7/ Connaissez-vous des recommandations de fréquence de mesure de la PA en consultation ?

Pensez-vous que des recommandations soient utiles ?

8/ Pensez-vous que les patients attendent que vous leur mesuriez la PA à chaque consultation ?

9/ Pourriez-vous envisager de mesurer moins fréquemment la PA de vos patients en consultation ?

Relance : Quel est/serait votre ressenti si vous ne mesur(i)ez pas la PA lors d'une consultation ?

Quelles conséquences sur votre image en tant que médecin/sur le déroulement de la consultation ?

Quels sont/seraient les obstacles à ne pas le faire ?

Quel est votre sentiment par rapport à l'attente du patient ?

10/ Quels bénéfices pourriez-vous en tirer ?

Relance : À quoi pourrait vous servir le temps gagné à ne pas mesurer la PA ?

11/ Concernant vos habitudes de prescription, quelle place accordez-vous à la déprescription/non-prescription ?

Version retravaillée :

RESSENTI EN CAS DE NON-MESURE

1/ Avez-vous souvenir de certaines consultations où vous n'auriez pas pris la tension ?
(Lumbago, syndrome dépressif, entorse...)

- *Qu'avez-vous ressenti ?*
- *Avez-vous expliqué au patient pourquoi vous ne l'avez pas prise ?*
- *Pensez-vous que le patient ait été satisfait de la consultation ? Et vous ?*

Et d'une consultation où vous n'auriez pas pris la tension alors que le patient vous l'a demandée ?

2/ Pensez-vous que : prendre moins souvent la tension en consultation, pourrait avoir des conséquences :

- *Sur votre image en tant que médecin ?*
- *Sur le déroulement de la consultation ?*
- *Sur la relation médecin-patient ?*

RÔLES ET REPRÉSENTATIONS DE LA MESURE DE LA PA

3/ Qu'attendez-vous de la mesure de la PA au cabinet ?

- *Quelles informations vous apporte-t-elle d'un point de vue médical ?*
- *Quelles sont vos motivations à la prendre ?*

4/ Que représente la mesure de la PA pour vous ?

- *Est-ce un geste important de l'examen clinique ? Si oui, pourquoi ?*
- *Attribuez-vous un symbole à ce geste ?*
- *Passez-vous des messages aux patients à travers ce geste ?*

PLACE DE LA PA DANS LE RAISONNEMENT CLINIQUE

5/ À quel moment de la consultation prenez vous la tension ?

6/ Votre examen est-il différent lorsque le patient vient pour une plainte particulière ou pour une réévaluation de traitement ?

7/ Pensez-vous que votre pratique ait évolué au fil des années ?

- *Mesurez-vous plus souvent ou moins souvent la PA en consultation ?*
- *Concernant la méthode par exemple : accordez-vous plus de place à l'automesure ?*
- *Délégez-vous ce geste ? (IDE libérale, ASALEE, pharmacien ?)*

SENTIMENTS VIS-À-VIS DES ATTENTES DU PATIENT/REPRÉSENTATIONS

8/ Pensez-vous que les patients attendent que vous leur mesuriez la PA à chaque consultation ?

9/ D'après vous, si les patients sont en attente de la mesure, que recherchent-ils ?

BÉNÉFICES D'UNE MESURE MOINS FRÉQUENTE

10/ Pour vous, quels sont les inconvénients de la mesure de la PA en consultation ?

11/ Quels bénéfices pourriez-vous tirer du fait de ne pas prendre la tension lors d'une consultation ?

- *À quoi pourrait vous servir le temps gagné à ne pas mesurer la PA ?*
- *Est-ce que ça vous permettrait de faire autre chose ? Que ce soit au cours de l'entretien ou de l'examen clinique ?*
- *En termes de prévention ou de dépistage ?*

OUVERTURE – EXPLICATIONS DE LA FICHE-OUTIL

12/ Pensez-vous que ce document expliquant que la prise de tension systématique en consultation n'est pas utile permettrait aux patients de les aider à communiquer avec vous concernant leurs attentes (ou de vous faire part de leurs attentes) en termes de dépistage/prévention

Que pensez-vous de cet outil dans votre pratique quotidienne ?

Annexe III : Grille d'entretien des patients

Première grille d'entretien utilisée durant les 7 entretiens tests :

- 1) Qu'est-ce que la pression artérielle ?
- 2) Qu'est-ce que l'hypertension artérielle ? Avez-vous une notion de chiffre ?
- 3) Est-ce un geste important de l'examen clinique selon vous ? Pourquoi ?
- 4) À quelle fréquence pensez-vous qu'elle doit être contrôlée ?
- 5) Pouvez-vous me décrire la manière dont s'y prend votre médecin pour vous la mesurer ?
- 6) Qu'est-ce que vous faites/ressentez quand le médecin vous mesure la PA ?
- 7) Quelles sont vos attentes par rapport à ce geste ?
- 8) Avez-vous un intérêt de connaître les chiffres ? L'analyse des chiffres ? Pourquoi ?
- 9) Que ressentez-vous si on ne vous la mesure pas au cours de la consultation ? Sur une échelle de 0 à 10 : 0 indifférent et 10 frustration ?
- 10) Avez-vous entendu parler/connaissez-vous l'automesure tensionnelle ? Si oui que pouvez-vous m'en dire ?

Grille d'entretien utilisée pour les 9 entretiens patients :

ABSENCE

- 1) Avez-vous souvenir d'une consultation au cours de laquelle votre médecin ne vous aurait pas pris la tension ?
- 2) Pouvez-vous me raconter cette consultation ?
- 3) Avez-vous été satisfait de cette consultation ?
- 4) Est-ce que quelque chose vous a manqué ? Pourquoi ?

ATTENTES

- 5) Avez-vous eu une réaction par rapport à l'absence de mesure de PA ? L'avez-vous réclamée ?
- 6) Quelles étaient vos attentes lors de cette consultation envers le médecin ? A-t-il répondu à vos attentes ? Si oui comment ?

ALTERNATIVES

- 7) Qu'a-t-il fait à la place de vous mesurer la PA ?
- 8) Auriez-vous aimé qu'il se passe autre chose ? Que le médecin aborde des sujets particuliers avec vous ?
- 9) Quelles sont les compétences du médecin généraliste selon vous ? Pourquoi ce médecin ?
- 10) Si demain, le geste n'est plus réalisé par le MG, mais par une IDE, un pharmacien ou par des mesures à la maison, qu'en pensez-vous ?
- 11) Réalise-t-il des actes de prévention dépistage ? Si oui lesquels ?

Si je vous montre ce document avec des actes de prévention que peut réaliser votre médecin traitant lors d'une consultation, autre que le dépistage de l'HTA, est-ce que ceux-ci vous permettraient de mieux accepter l'absence du geste ?

- 12) Est-ce que cette fiche vous permettrait de mieux communiquer avec votre médecin et d'aborder ces différents sujets ?

Annexe IV : Fiche-outil

Prendre la tension systématiquement à chaque consultation n'est pas utile pour avoir un reflet global de votre état de santé.

La prévention et le dépistage des autres problèmes de santé sont tout aussi importants dans votre prise en charge.

Avez-vous pensé à évoquer avec votre médecin traitant au cours de consultations successives, les thèmes suivants ?

Voici les actes de prévention et de dépistage possibles lors de consultations successives :

- * Contrôle du **poids** (pour diagnostiquer une anorexie, un surpoids, une obésité)
- * Contrôle de la **taille** (pour calculer votre IMC, diagnostiquer un tassement vertébral)
- * Suivi et mise à jour du **calendrier vaccinal**
- * Prévention et dépistage des **risques cardiovasculaires**
- * Prévention et dépistage de l'**ostéoporose** (évaluation des apports en calcium et vitamine D, mesure de la taille, ostéodensitométrie)
- * Dépister une baisse de la **vision**, une DMLA
- * Prévention et dépistage de **troubles cognitifs** (perte de mémoire...)
- * Dépister un **tabagisme** et aide à l'arrêt
- * Dépister un abus d'**alcool**, une dépendance et conseils pour une réduction de la consommation
- * Dépister une consommation de **drogue**
- * Prévention et dépistage des **infections sexuellement transmissibles**
- * Conseils autour de la **contraception**, de la **sexualité**
- * Dépistage de l'**incontinence urinaire** et évaluation du retentissement sur la qualité de vie
- * Dépistage du **cancer du col de l'utérus** (par la réalisation d'un frottis)
- * Dépistage du cancer du **sein** (palpation mammaire, mammographie)
- * Dépistage du cancer **colorectal** (par la remise du test Hémocult et explications)
- * Dépistage orienté et informé du cancer de la **prostate**
- * Dépister les cancers de la **peau** (par examen de votre peau) et prévention de l'exposition solaire
- * Dépister toute forme de **violence** (physique, psychologique, sexuelle, harcèlement)
- * Dépister les **problèmes psychologiques** : dépression, anxiété, stress au travail, burn-out
- * Dépister un **trouble du sommeil**
- * Dépister un **syndrome d'apnée du sommeil**
- * Promotion d'une **alimentation** équilibrée, d'une **activité physique** adaptée

Parlez-en à votre médecin.

Annexe V : Tableau d'échantillonnage des MG

ANNEXE V : Tableau d'échantillonnage des MG												
Médecin	Sexe	Age	Durée d'installation (années)	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Spécificité d'exercice	Secrétariat	Nb de consultation/jour	Durée consultation	Revues professionnelles	Méthodes de mesure	Fréquence de la mesure
1	F	58	25	Semi-rural	En groupe	MSU/Homéopathie/Mésothérapie	Sur place	20 à 25	15 à 20 min	La Revue du Praticien	Manuelle anéroïde	Systématique
2	H	56	26	Semi-rural	En groupe	MSU	0	20	15 min	Prescrire	Manuelle mercure	Quasi-systématique
3	H	35	1	Rural	En groupe	MSU/Echographie/Polysonnographie/Conseiller ordinal titulaire	Sur place	25 à 30	≥ 20 min	Prescrire	Manuelle anéroïde	Systématique
4	H	33	3	Semi-rural	Isolé	0	0	40	10 min	0	Manuelle anéroïde	Non systématique voire ponctuellement
5	F	53	20	Urbain	En groupe	MSU	Sur place	30	15 à 20 min	Prescrire/Le Panorama	Manuelle anéroïde	Quasi-systématique voire systématique
6	F	28	4 mois	Semi-rural	En groupe	0	Sur place	25	20 min	0	Manuelle anéroïde	Quasi-systématique
7	H	63	36	Urbain	En groupe	MSU/médecin du sport	Sur place	30	20 min	Prescrire	Electronique	Quasi-systématique
8	F	41	10	Semi-rural	En groupe	MSU/médecin du sport	Sur place	25	20 min	Prescrire/La Revue du Praticien	Electronique	Quasi-systématique
9	H	61	33	Rural	Isolé	0	0	30	15 min	0	Electronique	Systématique
10	H	64	34	Semi-rural/rural	Isolé	0	Téléphonique	20 à 25	≥ 20 min	0	Manuelle anéroïde ET électronique	Systématique
11	F	63	30	Rural	En groupe	0	Sur place	20 à 25	20 min	Prescrire	Manuelle anéroïde ET électronique	Quasi-systématique
12	H	35	1	Urbain	Isolé	0	0	30	15 min	0	Manuelle	Quasi-systématique

Annexe VI : Tableau d'échantillonnage des patients

ANNEXE VI : Tableau d'échantillonnage des patients												
Patient	Sexe		Catégories Socioprofessionnelles	Pathologie(s)	Nb de consultations par an	Lieu d'habitation	Sexe du médecin traitant (MT)	Âge du MT	Lieu d'exercice du MT	Mesure ou non systématique de la PA	Méthode de mesure	Nombre d'années relation médecin-patient
1	47	F	Profession intermédiaire de la santé	0	> 4	Urbain	Homme	63	Rural	Non	Manuelle	20 ans
2	19	F	Etudiante	0	5	Urbain	Homme	63	Rural	Non	Manuelle	19 ans
3	27	F	Profession intermédiaire	Syndrome dépressif	5	Semi-rural	Homme	32	Semi-rural	Oui	Electronique	18 mois
4	62	F	Employée	HTA	7	Urbain	Homme	45	Urbain	Non	Manuelle	1 an
5	32	H	Employé	0	1 à 2	Urbain	Homme	60	Urbain	Non	Manuelle	10 ans
6	26	F	Employée	0	4	Semi-rural	Homme	50	Semi-rural	Non	Electronique	4 ans
7	44	F	Employée	0	1 à 2	Urbain	Homme	50	Semi-rural	Non	Manuelle	8 ans
8	71	F	Retraitée employée	Hypothyroïdie	4	Rural	Homme	63	Rural	Non	Manuelle	7 ans
9	76	H	Retraité profession intellectuelle supérieure	HTA - Myélome	4	Urbain	Femme	57	Urbain	Non	Manuelle	30 ans

8. SERMENT D'HIPPOCRATE

Version longue

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Version courte

En présence des Maîtres de cette FACULTÉ et de mes chers CONDISCIPLES, 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 je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans 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.

L'absence de mesure de la pression artérielle en consultation de médecine générale : divergence de ressentis entre les médecins et les patients.

Résumé :

CONTEXTE : La médecine générale a pour but d'être efficiente, pertinente et prodiguer des soins de qualité. La mesure de la pression artérielle (PA) est un geste rituel dans les consultations de médecine générale. Selon les dernières recommandations, une mesure de la PA tous les trois ans en cas de PA normale chez le sujet sain est suffisante.

OBJECTIF : Étudier et comparer le ressenti des médecins et des patients lorsque la PA n'est pas mesurée en consultation. Au travers de l'élaboration d'une fiche-outil, proposer d'autres mesures de prévention et de dépistage.

MATÉRIEL et MÉTHODES : Il s'agit d'une étude qualitative menée par deux enquêtrices qui ont réalisé une triangulation des données. 12 médecins généralistes (MG) et 9 patients ont été interrogés au cours d'entretiens semi-dirigés. La fiche-outil a été présentée aux médecins et aux patients pendant l'entretien.

RÉSULTATS : Les MG se souvenaient de peu de consultations sans mesure de la PA. Les demandes des patients, bien que rares, ont durablement marqué les MG et ont participé à entretenir une mesure systématique. Les craintes des conséquences d'une non-mesure étaient nombreuses tant sur le plan médical que sur le plan relationnel. Les MG ressentaient une pression des patients pour la réalisation du geste. A contrario, les patients se disaient globalement indifférents à l'absence de mesure de PA, ils avaient confiance en leur médecin. Les attentes des patients étaient portées vers : la justesse de l'expertise médicale, l'écoute, la réassurance et la disponibilité. La présentation de la fiche outil a interpellé les MG et les patients et leur a permis d'envisager une trentaine d'autres mesures de dépistage possibles en médecine générale.

CONCLUSION : Ce travail met en évidence une discordance entre les attentes réelles des patients et celles supposées par les médecins et révèle les non-dits. Les MG craignaient des répercussions médicales et relationnelles en l'absence de mesure. Les patients disaient s'en remettre au médecin concernant l'examen physique. Au travers de la résolution des non-dits en consultation et en définissant mieux les rôles du médecin généraliste, il existe des perspectives d'amélioration de la qualité des soins.

Mots-clés :

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| - ressentis | - pression artérielle |
| - médecins généralistes | - relation médecin-patient |
| - patients | - attentes |
| - absence de mesure | - divergence |