

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

BALANDREAUD Guillaume

Présentée et soutenue publiquement le 3 septembre 2020

Mesurer moins et mieux la pression artérielle : quelle acceptation des patients ?
Une étude transversale en médecine générale

Directeur de thèse : Madame RICHARD Amélie, Maître de Conférence Associée, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur RUIVARD Marc, Professeur, UFR de Médecine et des professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur CLÉMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

BALANDREAUD Guillaume

Présentée et soutenue publiquement le 3 septembre 2020

Mesurer moins et mieux la pression artérielle : quelle acceptation des patients ?
Une étude transversale en médecine générale

Directeur de thèse : Madame RICHARD Amélie, Maître de Conférence Associée, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur RUIVARD Marc, Professeur, UFR de Médecine et des professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur CLÉMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand



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

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT**

Vianney VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

: **WILLIAMS**

Benjamin VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE :

HENRARD Pierre VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA

FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE

: **PEYRARD** Françoise

DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** 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 - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis - M. JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. 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 - CHAMOIX Alain - DETEIX Patrice - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTIUM Bernard - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - 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 PENAULT-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
M. LEMAIRE Jean-Jacques
M. CAMILLERI Lionel
M. DAPOIGNY Michel
M. LLORCA Pierre-Michel
M. PEZET Denis
M. SOUWEINE Bertrand
M. BOISGARD Stéphane
Mme DUCLOS Martine
M. SCHMIDT Jeannot
M. BERGER Marc
M. GARCIER Jean-Marc
M. ROSSET Eugénio
M. SOUBRIER Martin

O.R.L.
Neurochirurgie
Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Psychiatrie d'Adultes
Chirurgie Digestive
Réanimation Médicale
Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Physiologie
Thérapeutique
Hématologie
Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
Chirurgie Vasculaire
Rhumatologie

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M. CAILLAUD Denis
M. VERRELLE Pierre
M. CITRON Bernard
M. D'INCAN Michel
Mme JALENQUES Isabelle
Mle BARTHELEMY Isabelle
M. GERBAUD Laurent

M. TAUVERON Igor
M. MOM Thierry
M. RICHARD Ruddy
M. RUIVARD Marc
M. SAPIN Vincent
M. BAY Jacques-Olivier
M. COUDEYRE Emmanuel
Mme GODFRAIND Catherine
M. ABERGEL Armando
M. LAURICHESSE Henri
M. TOURNILHAC Olivier
M. CHIAMBARETTA Frédéric
M. FILAIRE Marc

M. GALLOT Denis
M. GUY Laurent
M. TRAORE Ousmane
M. ANDRE Marc
M. BONNET Richard
M. CACHIN Florent
M. COSTES Frédéric
M. FUTIER Emmanuel
Mme HENG Anne-Elisabeth
M. MOTREFF Pascal
Mme PICKERING Gisèle
M. RABISCHONG Benoît

Pneumo-ptisiologie
Radiothérapie option Clinique
Cardiologie et Maladies Vasculaires
Dermatologie -Vénérologie
Psychiatrie d'Adultes
Chirurgie Maxillo-Faciale
Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Oto-Rhino-Laryngologie
Physiologie
Médecine Interne
Biochimie et Biologie Moléculaire
Cancérologie
Médecine Physique et de Réadaptation
Anatomie et Cytologie Pathologiques
Hépatologie
Maladies Infectieuses et Tropicales
Hématologie
Ophtalmologie
Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Hygiène Hospitalière
Médecine Interne
Bactériologie, Virologie
Biophysique et Médecine Nucléaire
Physiologie
Anesthésiologie-Réanimation
Néphrologie
Cardiologie
Pharmacologie Clinique
Gynécologie Obstétrique

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES
HORS CLASSE**

Mme CHAMBON Martine
Mme BOUTELOUP Corinne

Bactériologie Virologie
Nutrition

**MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE**

M. MORVAN Daniel
Mlle GOUMY 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 Audrey
M. OUCHCHANE Lemlih

M. LIBERT Frédéric
Mlle COSTE Karen
Mlle AUMERAN Claire
Mme CASSAGNES Lucie
M. LEBRETON Aurélien
M. BUISSON Anthony

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
Hygiène Hospitalière
Radiologie et Imagerie Médicale
Hématologie
Gastroentérologie

**MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE**

Mme PONS Hanaë
M. JABAUDON-GANDET Matthieu
M. BOUVIER Damien
M. COLL Guillaume
Mme SARRET Catherine
M. MAQDASY Salwan
Mme NOURRISSON Céline

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction
Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
Biochimie et Biologie Moléculaire
Neurochirurgie
Pédiatrie
Endocrinologie, Diabète et Maladies
Métaboliques
Parasitologie – Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

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
M. PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Philippe Vorilhon. Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et de juger ce travail. Merci pour votre bienveillance, votre passion communicative et votre enseignement, à la faculté ou à Lempdes-sur-Allagnon.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Marc Ruivard. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci de l'intérêt qu'a suscité ce sujet de recherche. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Gilles Clément. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci de votre implication dans la formation des médecins généralistes. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

À ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Amélie Richard. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ta disponibilité, ton investissement et ton enthousiasme ayant rendu ce travail particulièrement enrichissant. Merci pour ton esprit critique et ta prévenance.

À mes parents, Pascale, Patrice, à ma sœur, Marie, merci de m'avoir permis de grandir dans la sécurité et l'amour, et de m'avoir transmis de belles et grandes valeurs.

À ma famille, Alice, Élise, Marcel, Sara, Martine, Simone, Jean-Luc, merci de votre soutien inconditionnel, de votre patience et de votre douceur. Joseph, j'espère que tu aurais été heureux pour moi.

À mes amis de lycée, Audrey, Cécile, Morgane, Charlie, Joris, Max sans qui je n'en serais pas là. Merci pour ces 3 années merveilleuses, et celles qui ont suivi.

À Myriam, merci de partager mon optimisme. Ton amitié m'est précieuse. À Anthony, merci pour ta générosité et ton énergie sans limites.

À Cécilou, merci de ton amitié et de ton soutien infaillibles.

À Valentin, Marlène, Antoine, Tom, Antoine, Romain, Bastien, Marc, Vincent et Charlette, François, Aurélien, Henri, Juliette, Seb, merci pour tous les bons moments passés ensemble.

À Laurène, une petite pensée.

À mes co-internes, et surtout Florence, Julie, Marlène et Virginie, merci d'avoir amélioré le quotidien de l'hôpital. Merci de votre amitié.

Pensée particulière pour Adrien.

Aux médecins qui m'ont apporté leur savoir et leur soutien, notamment Sandrine, Nicolae, Catherine, Louis, Nicolas et Nicolas, Ludivine, Morgane, Aurélie, Maryne, Julien, Philippe.

À toutes les personnes que j'ai rencontrées durant mes stages et qui m'ont chacune accordé leur aide et leur amitié, notamment Pascalou, Nadège, Tommy, toute l'équipe du dispensaire.

À Monsieur Bonin, merci de m'avoir transmis quelques gouttes de votre océan de savoir et de m'avoir accordé votre confiance.

À Sarah et Vincent, mes futurs collègues, à Aziz et toute l'équipe du Mont Dore, merci de m'avoir si vite adopté, j'ai hâte de (continuer à) travailler avec vous.

Table des matières

1) Introduction.....	12
2) Méthode.....	14
2.1. Type d'étude.....	14
2.2. Questionnaire.....	14
2.3. Objectif principal, critères d'inclusion et d'exclusion.....	15
2.4. Analyses statistiques.....	15
3) Résultats.....	17
3.1. Échantillon.....	17
3.2. Analyse univariée.....	17
3.3. Analyse bivariée.....	20
3.4. Analyse multivariée.....	22
4) Discussion.....	23
4.1. Forces et faiblesses.....	23
4.2. Discordance médecin-patient.....	24
4.3. Relation de confiance.....	25
4.4. La décision médicale partagée.....	25
4.5. L'âge et les représentations.....	26
4.6. Le genre.....	26
4.7. Les antécédents.....	27
4.8. La psychologie.....	27
4.9. Variabilité liée au médecin.....	28
4.10. Inertie thérapeutique.....	28
5) Conclusion.....	29

6) Bibliographie.....	30
7) Annexe.....	35
7.1. Annexe I : Échantillonnage.....	35
7.2. Annexe II : Questionnaire.....	36
7.3. Annexe III : Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon.....	37
7.4. Annexe IV : Tableau 2 : Résultats de l'analyse univariée.....	38
7.5. Annexe V : Tableau 3 : Résultats de l'analyse bivariée – Question 1.....	39
7.6. Annexe VI : Tableau 4 : Résultats de l'analyse bivariée – Question 2.....	40
8) Serment d'Hippocrate.....	41
8.1. Version longue.....	41
8.2. Version courte.....	42

Liste des Abréviations

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

HTA : Hypertension Artérielle

MG : Médecin Généraliste

OR : Odds Ratio

PA : Pression Artérielle

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

1) Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) est un problème de santé publique majeur avec environ 15 millions d'hypertendus en France (1), (2). Le médecin généraliste (MG) a un rôle primordial dans le diagnostic de cette maladie. Elle constituerait d'ailleurs le premier motif de consultation en médecine générale (2).

La mesure de la pression artérielle (PA) est codifiée en raison de nombreux facteurs pouvant fausser les résultats comme : le non-respect d'un temps de repos suffisant ou du silence pendant la mesure, un brassard inadapté ou un appareil de mesure non validé (3), (4), (5). Quatre 4 mesures sur 5 présentent au moins un biais méthodologique (6). Elle est réalisée presque systématiquement en consultation de médecine générale, faisant de ce geste une sorte de rituel (7). Paradoxalement, malgré la fréquence de ce geste, l'HTA reste insuffisamment dépistée en France puisqu'une personne hypertendue sur deux n'a pas connaissance de sa maladie (8).

Il n'existe pas à ce jour de recommandation française concernant la fréquence optimale de la mesure de la PA (4), (9). L'étude de cohorte américaine de Framingham a montré que l'HTA essentielle s'installe généralement sur une période de 4 ans (10), (11). En août 2018, les Sociétés Européennes de Cardiologie et d'Hypertension ont préconisé 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 (12). La revue Prescrire avait des préconisations similaires en 2002 (13). D'un point de vue médico-légal, il est simplement précisé que le MG doit limiter ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins (14). La mesure de la PA est pourtant un des gestes les plus fréquemment réalisés en consultation de médecine générale (15).

Serait-il possible de mesurer moins mais mieux la PA en médecine générale ? Les MG et les patients seraient-ils prêts à l'accepter ?

Une étude qualitative a été menée en 2018 pour étudier le ressenti des MG et des patients en l'absence de mesure de la PA en consultation. Les MG réalisaient ce geste pour répondre à une demande supposée des patients, et ressentaient une « pression » des patients à mesurer leur PA. Étonnamment, les patients avaient pour la plupart un ressenti indifférent ou positif de l'absence de mesure. Ils déclaraient faire confiance à leur MG, ils ne souhaitaient pas avoir une mesure de leur PA à chaque consultation. Les ressentis des patients et des MG étaient donc discordants (16).

Nous avons voulu vérifier quantitativement l'hypothèse de l'étude qualitative : les patients sont-ils réellement indifférents à l'absence de mesure de leur pression artérielle en consultation, et qu'est ce qui détermine leur ressenti ?

2) Méthode

2.1. Type d'étude :

Une étude de satisfaction observationnelle quantitative prospective, déclarative par auto-questionnaire rempli par les patients a été menée de novembre 2019 à janvier 2020, dans 20 cabinets médicaux sélectionnés par tirage au sort parmi la liste des MG inscrits à l'Ordre des Médecins, sur l'annuaire en ligne du site du Conseil National de l'Ordre des Médecins, consulté en août 2019, à raison de 5 MG dans l'Allier, 2 MG dans le Cantal, 3 MG en Haute-Loire et 10 MG dans le Puy de Dôme. Une liste de 20 autres noms a été tirée au sort pour pallier aux exclusions potentielles. Treize MG de la liste principale ont été exclus : 2 n'exerçaient pas la médecine générale (acupuncture et médecine thermique), 2 étaient partis en retraite, 1 avait refusé de participer, 8 étaient injoignables. La liste des cabinets médicaux inclus et le nombre de réponses par cabinet est en Annexe I.

2.2. Questionnaire :

Le questionnaire était élaboré à partir des données bibliographiques, notamment d'une étude qualitative (16), et d'un livre d'initiation à la recherche en médecine générale (17). Il respectait l'anonymat des patients. Une déclaration à la cellule clermontoise de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été faite le 24 octobre 2019. Un avis favorable du CPP Sud-Est VI a été reçu le 27 novembre 2019 (ref n°2019/CE56).

Le recto rassemblait les données médicales et socio-démographiques des patients, le verso comportait une première question sur le ressenti de l'absence de mesure de pression artérielle lors d'une consultation pour motif aigu, la deuxième question était similaire, lors d'une consultation

de suivi, pour les personnes ayant des problèmes de santé chroniques. Le questionnaire est en Annexe II.

Le nombre de questionnaires nécessaire a été estimé à 400 en choisissant un risque α à 5 % et une estimation du ressenti positif ou indifférent à 80 %, basée sur des études ayant des approches similaires (18), (16). 1000 questionnaires ont été distribués, en espérant un taux de réponse de 50 %. Ils ont été mis à disposition des patients en salle d'attente avec une affiche explicative et une urne scellée pour recueillir les questionnaires remplis pendant environ 1 mois.

2.3. Objectif principal, critères d'inclusion et d'exclusion :

Notre objectif principal était de déterminer si les patients avaient un ressenti positif ou indifférent en l'absence de mesure de la PA.

Toute personne majeure en capacité de répondre au questionnaire était incluse dans l'étude. Les personnes de moins de 18 ans, et les questionnaires non exploitables du fait de l'absence totale de réponse au critère de jugement principal ont été exclues.

2.4. Analyses statistiques :

Les données recueillies ont été synthétisées dans un tableur Excel. À chaque questionnaire était attribué un nombre lors du dépouillement : le numéro du cabinet (de 1 à 20, correspondant au numéro de l'urne), suivi d'un numéro suivant l'ordre du dépouillement (de 1 à 49 selon les cabinets).

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 15 ; StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%.

L'échantillon a été décrit par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles, et par la moyenne \pm écart-type pour l'âge. Le taux de patients déclarant avoir un ressenti indifférent ou positif a été exprimé avec un intervalle de confiance à 95%. Les facteurs associés au fait d'avoir un ressenti négatif ont ensuite été étudiés par le biais de modèles linéaires généralisés mixtes avec fonction de lien logit, en tenant compte d'un effet aléatoire « cabinet ». Afin d'évaluer la variabilité liée à l'effet « cabinet », un coefficient de corrélation intra-classe a été estimé. En situation multivariée, une régression logistique multiple mixte a été mise en œuvre, en considérant les covariables au regard des résultats d'analyse univariée et de leur pertinence clinique. Les résultats ont été exprimés sous forme d'odds ratio et intervalle de confiance à 95%.

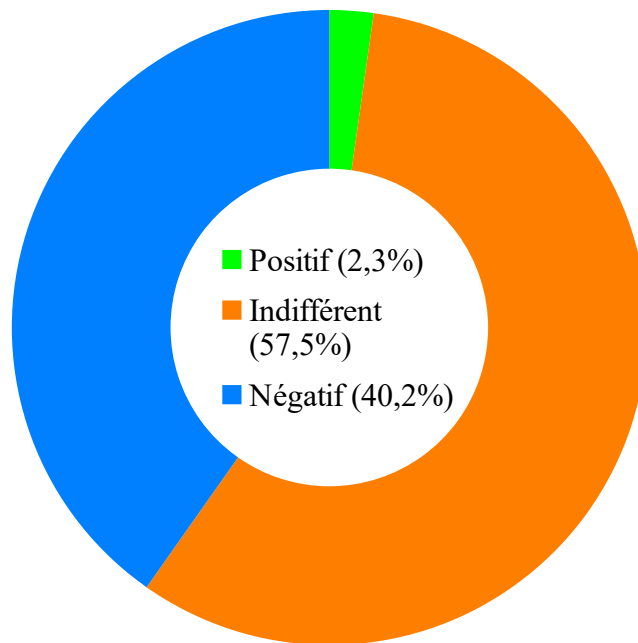
3) Résultats

3.1. Échantillon

Quatre-cents quatre-vingt-quinze questionnaires ont été recueillis, dont 492 ont été analysés (3 ne respectaient pas le critère d'âge supérieur à 18 ans). Les caractéristiques socio-démographiques et médicales sont présentées en Annexe III. L'âge moyen était 53,2 ans, l'âge minimal était 18 ans, l'âge maximal 97 ans ; 28,3 % avaient plus de 65 ans ; 69,9 % étaient des femmes ; 64,6 % avaient au moins un problème de santé chronique, 27,6 % présentaient une HTA, 6,7 % un problème psychiatrique ; 63,6 % avaient un traitement chronique, 31,1 % au moins un antihypertenseur, 8,3 % au moins un psychotrope ; 24,4 % consultaient 1 à 2 fois par an, 53,1 % entre 3 et 5 fois par an, et 22,6 % plus de 6 fois par an ; 51,4 % vivaient en ville ; 6,9 % n'avaient pas de diplôme, 22,6 % le niveau brevet, 21,9 % le niveau baccalauréat, et 48,6 % un niveau post-baccalauréat.

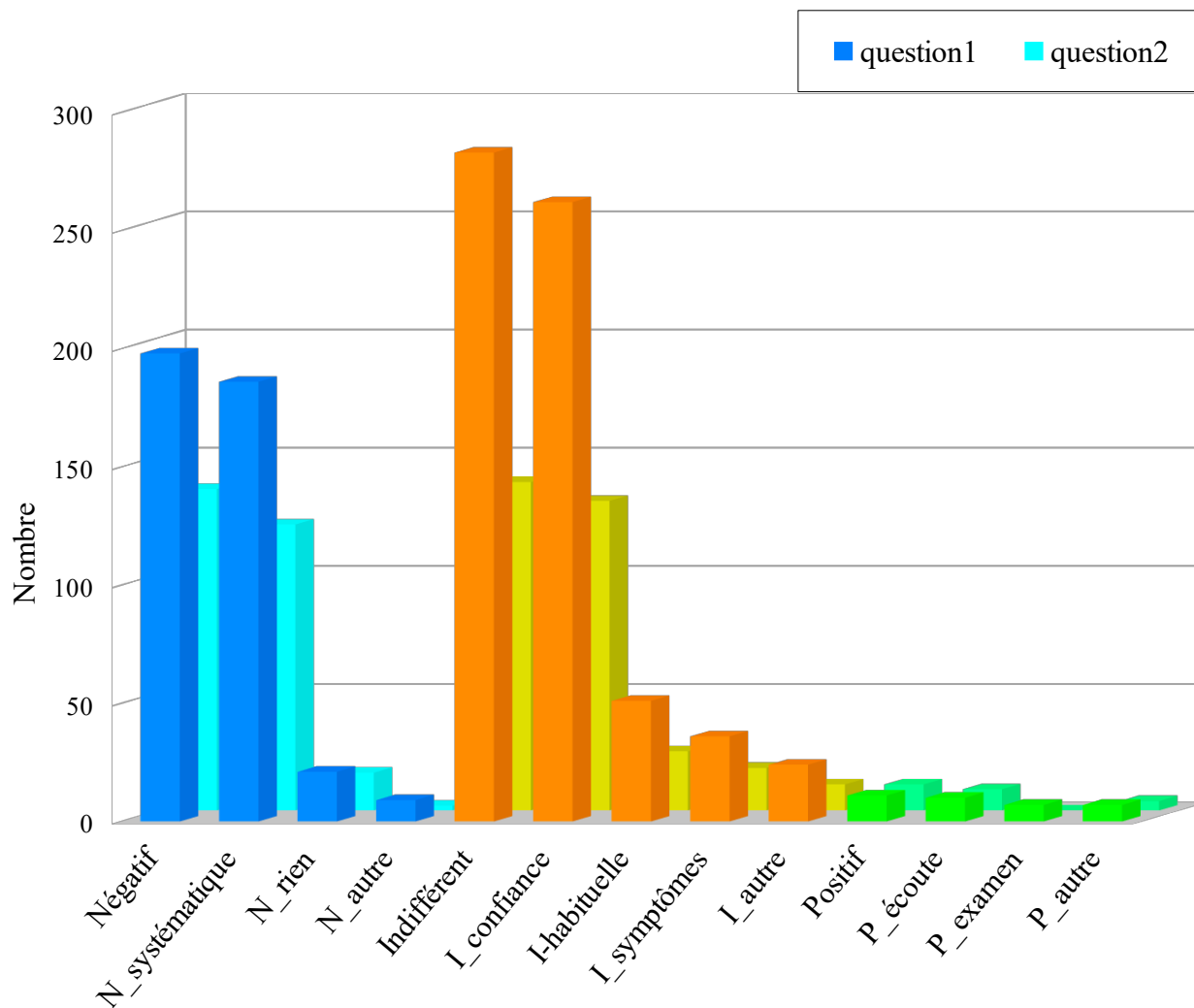
3.2. Analyse univariée

Notre résultat principal est que 294 personnes ont déclaré avoir un ressenti indifférent ou positif, soit **59,8 %** avec un intervalle de confiance à 95 % [55,2-64,2]. Ce résultat est représenté dans le Graphique 1 et en Annexe IV.



Graphique 1 : Ressenti de l'absence de mesure de la pression artérielle

La proportion des ressentis indifférent, positif et négatif, et les raisons avancées sont représentées dans le graphique 2. Parmi les personnes ayant un ressenti négatif, 94,4 % pensaient que la mesure devait être systématique, 10,7 % avaient l'impression d'avoir consulté pour rien si le MG ne leur mesurait pas la PA. Parmi les personnes ayant un ressenti indifférent, 93,2 % déclaraient avoir confiance en leur médecin traitant, 18,2 % pensaient connaître leur PA habituelle, 12,8 % disaient ne pas avoir de symptômes qu'ils associaient à un problème de PA. Parmi les personnes ayant un ressenti positif, 90,9 % attendaient autre chose comme de l'écoute ou de la disponibilité, 63,6 % attendaient un examen centré sur leurs symptômes.



Graphique 2 : Ressenti de l'absence de mesure de la pression artérielle

Lors d'une consultation pour motif aigu (question 1) ou lors d'une consultation de suivi d'une maladie chronique (question 2).

systematique = la prise de tension devrait être systématique, lors de toute consultation ;

rien = j'ai l'impression d'avoir consulté pour pas grand-chose si le médecin ne m'a pas pris la tension ;

confiance = je fais confiance en mon médecin traitant, et il sait quand il faut prendre la tension ;

habituelle = je connais ma tension habituelle ;

symptômes = je n'avais pas de symptômes évoquant une chute ou une hausse de tension ;

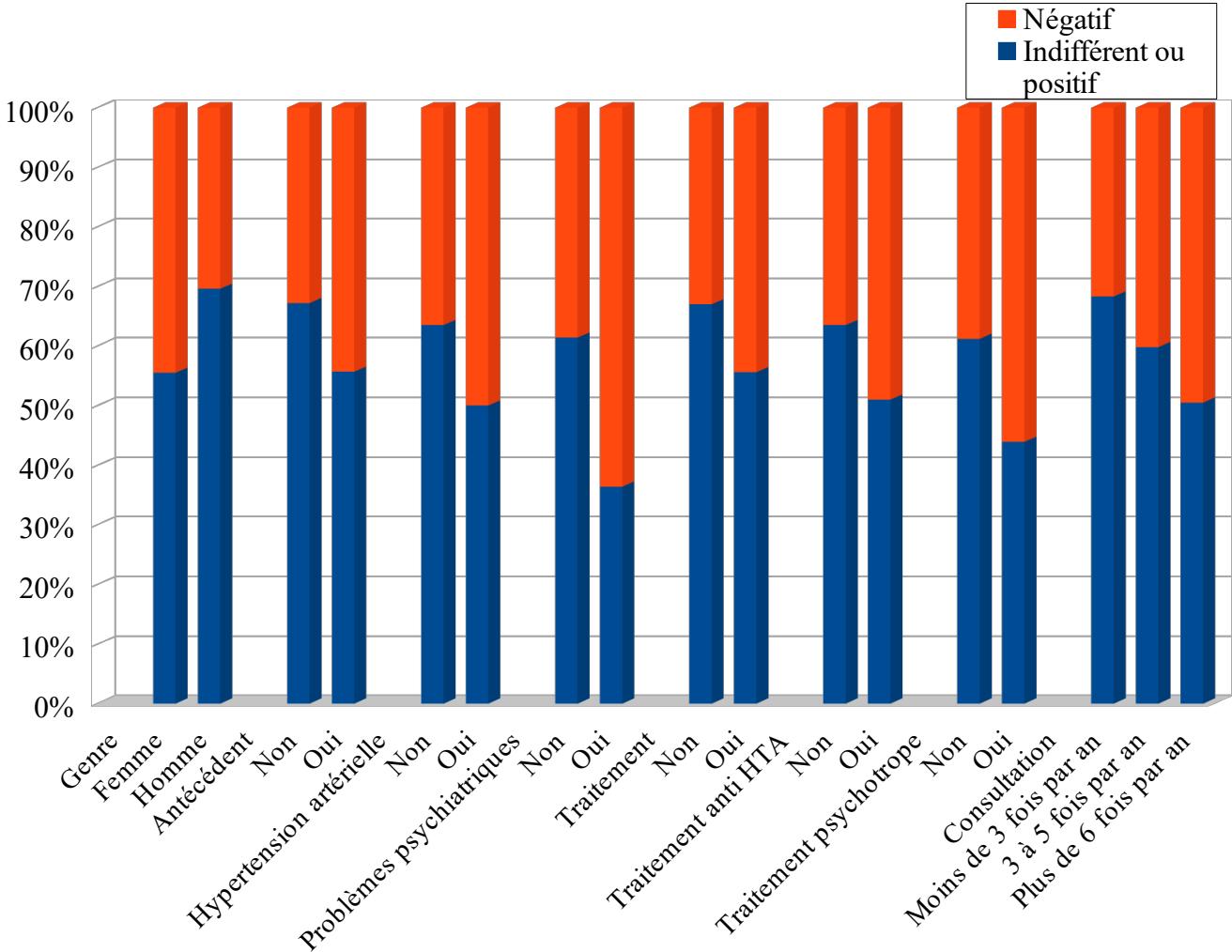
écoute = j'attends autre chose de la consultation qu'un examen (de l'écoute, de l'attention...) ;

examen = j'attends un examen centré sur mes symptômes

Deux-cents quatre-vingt-six personnes ont répondu à la question 2, dont 52,5 % avaient un ressenti indifférent ou positif. Les raisons étaient similaires à la question 1, et sont représentées dans le Graphique 2 et en Annexe IV.

3.3. Analyse bivariée

Les résultats significatifs de l'analyse bivariée sont présentés en Annexe V et le Graphique 3.



Graphique 3 : Facteurs associés au ressenti

Étaient statistiquement associés à un ressenti indifférent ou positif : un âge plus jeune, avec une différence de 3,7 ans ($p=0,006$) ; le genre masculin, avec une différence de 14,1 % ($p=0,006$) ; l'absence d'antécédents médicaux, avec une différence de 11,5 % ($p=0,012$) ; l'absence d'hypertension artérielle, avec une différence de 13,5 % ($p=0,003$) ; l'absence de problèmes psychiatriques, avec une différence de 25,0 % ($p=0,008$) ; l'absence de prise d'un traitement au long cours, avec une différence de 11,4 % ($p=0,017$) ; l'absence de prise de traitement antihypertenseur, avec une différence de 12,7 % ($p=0,007$) ; l'absence de prise de traitement psychotrope, avec une différence de 17,3 % ($p=0,040$) ; une fréquence de consultation basse, avec une différence d'environ 9 % entre chaque catégorie ($p=0,019$).

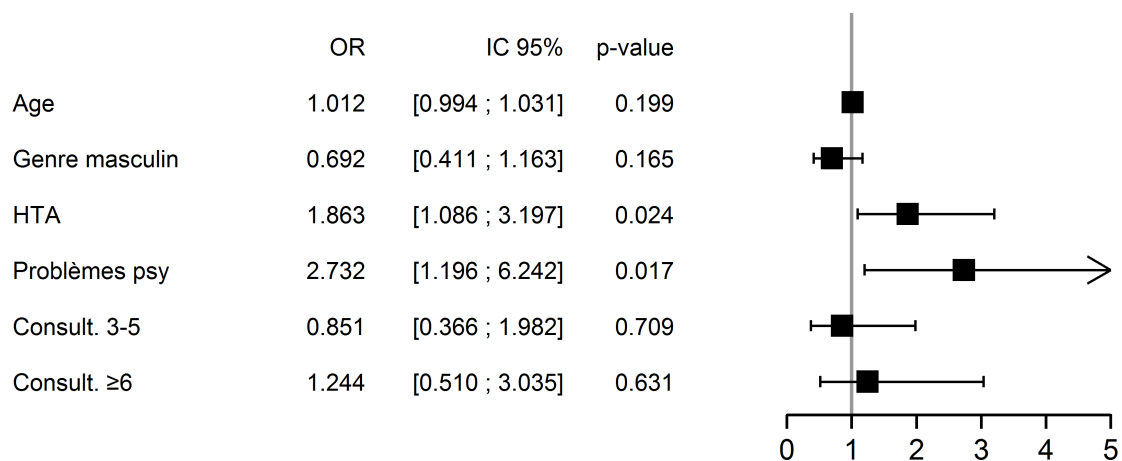
Les résultats significatifs de l'analyse bivariée pour la question 2 sont représentés en Annexe VI.

Étaient statistiquement associés à un ressenti indifférent ou positif : un âge plus jeune, avec une différence de 6,1 ans ($p=0,001$) ; la catégorie des moins de 65 ans, avec une différence de 12,9 % ($p=0,017$) ; l'absence d'hypertension artérielle, avec une différence de 24,3 % ($p=0,001$) ; l'absence de prise de traitement antihypertenseur, avec une différence de 25,7 % ($p=0,001$) ; un lieu de vie rural, avec une différence de 12,8 % ($p=0,045$).

3.4. Analyse multivariée

Les résultats de l'analyse multivariée des 5 facteurs significatifs en analyse bivariée (âge, sexe, antécédent d'HTA, antécédent psychiatrique, fréquence de consultation) sont représentés dans le Graphique 3.

L'antécédent d'HTA était significativement associé à un ressenti négatif (OR = 1,86 [1,08-3,20], p=0,02), indépendamment de l'âge, du sexe, de la fréquence de consultation et des antécédents psychiatriques. Les antécédents psychiatriques étaient également associés à un ressenti négatif (OR = 2,73 [1,20-6,24], p=0,02), indépendamment des autres facteurs.



Graphique 4 : Résultats de l'analyse multivariée

Facteurs analysés : âge, sexe, antécédent d'HTA, problème psychiatrique, fréquence de consultation annuelle.

4) Discussion

4.1. Forces et faiblesses

Le thème est peu traité dans la littérature, notamment sur un modèle quantitatif, ce qui est une force, d'autant que l'échantillon était conséquent, réparti entre zones urbaines et rurales, dans 4 départements, et diversifié tant au niveau de l'âge, des antécédents que du niveau socio-économique.

Un biais d'information ne peut être écarté avec la méthode de l'auto-questionnaire, mais a été limité par l'utilisation d'une urne scellée, l'absence d'implication du MG dans le remplissage et le recueil des questionnaires, et l'élaboration d'un questionnaire « neutre » afin d'éviter un biais de satisfaction : les questions étaient posées de façon à ne pas exposer le point de vue de l'étude, afin de ne pas influencer les réponses des personnes interrogées.

Le recrutement des patients s'est fait sur la base du volontariat, dans les salles d'attente de plusieurs cabinets médicaux. Un biais de sélection est possible, d'autant que le taux de réponses était très variable selon le cabinet médical. Néanmoins, l'échantillon était représentatif de la population des patients de médecine générale : 28,3 % avaient plus de 65 ans, 64,9 % avaient au moins un problème de santé chronique.

4.2. Discordance médecin-patient

Le résultat principal de cette étude est que la majorité des personnes interrogées avaient un ressenti indifférent ou positif de l'absence de mesure de la PA. Cette discordance entre les attentes perçues par le MG et les attentes réelles du patient se retrouve dans d'autres aspects de la

médecine générale, comme la non-prescription (19), (20), (21), (22). Le MG peut ressentir une pression à donner une prescription à son patient, alors que ce dernier attend autre chose de la consultation : de l'écoute et du dialogue (23). Dans une autre étude quantitative récente (24), 70 % des 188 patients inclus ne jugeaient pas systématique l'obtention d'une ordonnance, alors que 56,4 % estimaient que la PA devait être mesurée à chaque consultation. Il existe un non-dit entre le patient et le MG, qui peut être délétère pour la relation de confiance, et pour le patient lui-même. Il peut éluder des sujets sensibles telles que les addictions, les troubles sexuels ou familiaux. Le MG a un rôle dans la démarche de verbalisation et d'ouverture de son patient (25), (26). L'étude de Cockburn (19) a montré que le principal déterminant à dispenser une prescription lors d'une consultation était l'idée que le MG se fait des attentes de son patient, indépendamment des attentes réelles de ce dernier. L'étude de Bouchon et Favier (16) laisse entendre qu'il pourrait être de même pour la mesure de la PA.

4.3. Relation de confiance

L'absence de mesure de PA lors de chaque consultation ne semble pas dégrader la relation de confiance entre le patient et le MG. Cette relation de confiance est la base de la médecine générale, et sa dégradation serait la principale cause de changement de MG (27). Dans une étude quantitative récente (28), 57 % des patients avaient une confiance élevée envers leur médecin traitant.

Le geste de la mesure de la PA semble jouer un rôle dans cette relation médecin-patient, en tant que symbole de l'examen physique (29), en tant que geste rassurant pour le MG et le patient (30). C'est aussi un chiffre, qui renseigne le patient sur son état de santé, selon ses connaissances, ses représentations et ses croyances (31), (32), (33). Si son absence n'est pas délétère, la mesure de la PA garde un rôle dans la relation médecin-patient.

4.4. La décision médicale partagée

La prévention est le premier champ d'action de la médecine générale (34). Le modèle de décision médicale partagée s'applique pour les gestes de dépistage, comme la mesure de la PA (35). La décision médicale partagée est basée sur une communication bilatérale entre MG et patient, en se centrant les attentes de ce dernier. Cela permet au patient de s'impliquer dans sa prise en charge, de mieux comprendre et accepter les examens et traitements qui lui sont proposés (36). Tous types de patients peuvent être concernés. Des patients âgés étaient favorables à la décision médicale partagée dans une étude qualitative britannique récente (37). Dans notre étude, le rôle de la mesure de la PA semble dépasser le simple dépistage de l'HTA. En communiquant mieux sur l'intérêt de ce geste, de sa bonne réalisation, et en impliquant le patient dans cette démarche, l'HTA pourrait être mieux dépistée et traitée au long cours, en limitant l'inertie thérapeutique.

4.5. L'âge et les représentations

Les personnes plus âgées semblent être plus attachées à la mesure, mais la différence reste faible pour le critère de jugement principal (3.7 ans). Cette différence est plus prononcée parmi les personnes ayant des antécédents médicaux et ayant répondu à la question 2 (6.1 ans). Dans une thèse de 2006, les patients plus âgés étaient plus attachés à la mesure (38), à juste titre car la prévalence et le risque associé à l'HTA augmentent avec l'âge (39), (40), (9), mais la connaissance de la définition, des risques et des moyens de prévention de l'HTA étaient moins

bien connus (38), (33). Ils utiliseraient plus souvent l'auto-mesure tensionnelle (41), mais accorderaient une plus grande importance à la mesure au cabinet qu'aux auto-mesures (42).

Cet attachement serait donc plus en rapport avec l'habitude, avec le sentiment que ce geste technique justifierait le prix d'une consultation (30), (16), ou avec le besoin d'être rassuré sur son état de santé.

4.6. Le genre

Les femmes semblent être plus attachées à la mesure. Elles accorderaient une plus grande place à la prévention et consulteraient plus souvent en médecine générale (43), (44), même en dehors de la grossesse, des traitements contraceptifs ou hormonaux substitutifs (45). Elles attacheraient également une plus grande place aux mesures de prévention, et à la responsabilisation du patient vis à vis de sa santé (46), (47). L'HTA serait moins fréquente chez elles (40), et mieux contrôlée (8), que chez les hommes.

La médecine générale a un rôle dans le dépistage et le contrôle de l'HTA, notamment chez les personnes plus éloignées du système de soin, quelque soit leur sexe (48), (8).

4.7. Les antécédents

Les personnes ayant des antécédents, et plus particulièrement une HTA, semblent plus attachées à la mesure de leur PA. Plusieurs études ont montré que la connaissance du risque lié à la maladie dépend des antécédents personnels ou de l'entourage (49), (31), (32). La mesure manuelle au cabinet est remise en question : l'effet blouse blanche et les conditions non optimales de mesure peuvent amener à ignorer des chiffres trop élevés, et entraîner un retard thérapeutique (50), (51), (52). Associée à des mesures au cabinet bien effectuées, et moins

fréquentes, les auto-mesures et l'éducation des patients ont montré un bénéfice dans le diagnostic et le contrôle de l'HTA (53), (54), (51).

4.8. La psychologie

Les personnes ayant des problèmes psychiatriques, ou prenant un traitement psychotrope, semblent plus attachées à la mesure de leur PA. De même, les personnes consultant le plus souvent semblent plus attachées à la mesure. Une étude récente a montré un lien statistique entre la fréquence de consultation et la présence de troubles psychosomatiques (55). Dans une étude qualitative récente, la valeur normale de la PA était ressentie comme un indicateur de bonne santé, et rassurait le patient, pouvant agir comme un « effet placebo » (32). La mesure de la PA pourrait alors jouer un rôle thérapeutique en plus d'un rôle relationnel, particulièrement important pour des personnes anxieuses ou en demande de lien humain.

4.9. Variabilité liée au médecin

La plupart des cabinets avait un taux de réponses négatives équivalent, entre 35 et 50 %. Trois cabinets avaient un taux inférieur à 30 % (23 à 28 %), et 3 autres avaient un taux supérieur à 55 % (56 à 89 %). Des 17 cabinets ayant rendu des questionnaires, seuls 4 étaient des MG en exercice isolé, les autres étaient des cabinets de groupe ou des maisons de santé. Trois des 4 MG en exercice isolé avaient un taux de réponses négatives extrême. Le coefficient de corrélation intra-classe, qui traduit la variabilité liée au cabinet, était 5,6 %, valeur généralement comprise entre 5 et 15 % en médecine générale. La susceptibilité des patients à avoir un ressenti particulièrement négatif ou positif peut être lié à l'habitude de leur médecin traitant, à sa pratique, et un « effet médecin » est possible. Dans une étude de 2015 portant sur 229 patients traités pour

une HTA et réalisant des auto-mesures tensionnelles, ceux dont le MG continuait à mesurer la PA au cabinet semblaient plus attachés à cette mesure (42). Les patients qui ont toujours vu leur MG leur mesurer la PA, n'imagineraient pas une consultation sans ce geste. Chaque médecin, selon ses habitudes et ses représentations, a une responsabilité sur les habitudes et les représentations de ses patients.

4.10. Inertie thérapeutique

Des mesures de PA trop fréquentes et réalisées de façon non optimales peuvent être considérées comme biaisées par le MG. Les chiffres obtenus, s'ils sont trop élevés, peuvent ne pas être pris en compte, et entraîner une inertie thérapeutique à l'introduction ou à l'augmentation d'un traitement. Les patients semblent prêts à accepter d'avoir des mesures moins fréquentes, et mieux réalisées. Choisir de mesurer moins et mieux la PA pourrait jouer un rôle dans la lutte contre l'inertie thérapeutique dans le dépistage, le suivi et le contrôle de l'HTA (57), (58).

5) Conclusion

Cette thèse confirme l'hypothèse émise lors de l'étude qualitative : les patients sont en majorité favorables ou indifférents à l'absence de mesure de la PA en consultation de médecine générale. Il existe une discordance entre l'attente des patients et la perception des médecins. La plupart des patients font confiance à leur médecin concernant ce geste. La relation médecin-patient pourrait être améliorée autour de ce geste, notamment avec décision médicale partagée et l'implication du patient dans sa prise en charge. Certaines personnes (les plus âgées, celles atteintes d'HTA, les femmes) semblent plus attachées à la mesure de la PA, en rapport avec leurs antécédents personnels ou leurs représentations de la PA. La médecine générale pourrait être plus efficiente en mesurant moins et mieux la PA, la majorité des patients semble prêt à l'accepter. L'HTA pourrait ainsi être mieux prise en charge en luttant contre ce que l'on appelle une routine qui pourrait être un facteur d'inertie thérapeutique et d'autres sujets de prévention pourraient être abordés en consultation (56), (15), (16).

Clermont-Ferrand, le
Pierre CLAVELOU
Doyen – Directeur

23 juillet 2020

Clermont-Ferrand, le 25/07/20
Philippe VORILHON
Le Président du Jury



6) Bibliographie

1. 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 [Internet]. 2013 [cité 8 déc 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85334/WHO_DCO_WHD_2013.2_fre.pdf;jsessionid=0CE70FAD0784E85151826901544C15BA?sequence=1
2. SFHTA. La Stratégie Nationale de Santé pour les maladies hypertensives : propositions de la Société Française d'Hypertension Artérielle. [Internet]. 2017 [cité 8 déc 2019]. Disponible sur: http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2017/12/LIVRE-SFHTA_STRATEGIE-NATIONALE-DE-SANTE-MALADIES-HYPERTENSIVES_DECEMBRE-2017.pdf
3. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 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). *J Hypertens.* juill 2013;31(7):1281-357.
4. Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte - Recommandation de bonne pratique [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 10 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte
5. Krzesinski JM, Saint-Remy A. Comment je mesure la pression artérielle au cabinet. *Rev Med Liège.* 2012;67(9):492-8.
6. Gachet G. Mesure de la pression artérielle en cabinet de médecine générale: est-ce encore utile? [Thèse médicale]. [Faculté de Médecine Jacques Lisfranc]: Université Jean Monnet Saint Etienne; 2009.
7. Lemerancier X, Duhot D, Arnould M, Hebbrecht G. Caractéristiques de la mesure de la pression artérielle par les médecins généralistes français. *SFMG*;
8. Perrine A L, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. *Bull Epidémiol Hebd.* 24 avr 2018;2018(10):170-9.
9. Denolle T, Asmar R, Bobrie G, Boivin J-M, Girerd X, Antakly-Hanon Y, et al. Mesure de la pression artérielle - Recommandation. SFHTA [Internet]. déc 2018; Disponible sur: http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2018/12/Recommandation_Mesure_de_la_PA_VF.pdf
10. Kannel W B, Dawber T R, McGee D L. Perspectives on systolic hypertension. The Framingham study. *Circulation.* 1 juin 1980;61(6):1179-82.
11. 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.* 17 nov 2001;358(9294):1682-6.
12. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 Practice Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of

Cardiology and the European Society of Hypertension: ESC/ESH Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens*. déc 2018;36(12):2284.

13. Surveillance de la pression artérielle. *Rev Prescrire*. 2002;22(230):536.
14. Code de la santé publique - Article R4127-8. Code de la santé publique.
15. Sebo P, Maisonneuve H, Cerutti B, Fournier J-P, Senn N, Rat C, et al. Overview of preventive practices provided by primary care physicians: A cross-sectional study in Switzerland and France. *PloS One*. 2017;12(9):e0184032.
16. Bouchon C, Favier J. L'absence de mesure de la pression artérielle en consultation de médecine générale : divergence de ressentis entre les médecins et les patients. [Thèse médicale]. [UFR de Médecine]: Université Clermont Auvergne; 2018.
17. Frappé P. Initiation à la recherche - Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. *Global Media Sante*. 2011. 216 p.
18. IPSOS Santé pour la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale [Internet]. 2005. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Le_rapport_des_Francais_et_des_Europeens.pdf
19. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations--a questionnaire study. *BMJ*. 30 août 1997;315(7107):520-3.
20. Hauvespré B, Farge T. La non-prescription : représentations et vécu des médecins généralistes : étude qualitative à partir de 13 entretiens [Thèse médicale]. [Faculté de Médecine de Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2012.
21. Charra E, Farge T. Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale : étude qualitative à partir de 4 focus group [Thèse médicale]. [Faculté de Médecine de Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2012.
22. Farge T, Charra E, Hauvespré B. La non-prescription d'une ordonnance : représentations des médecins généralistes et des patients. *Rencontres Prescrire*; 2014; Paris.
23. Gaboreau Y, Pricaz F, Cote-Rey A, Roucou I, Imbert P. Consensus, controverses and dissensions between general practitioners and patients suffering from chronic primary insomnia. *Exercer*. 130:52-9.
24. Hafdi SE. Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale [Thèse médicale]. [Faculté de Médecine d'Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
25. Miquet M. Vécu du non-dit par les patients consultant leur médecin généraliste [Thèse médicale]. [Faculté de Médecine Henri Warembourg]: Université Lille 2 Droit et Santé; 2019.

26. Gaudin G. Le non-dit dans la consultation de médecine générale : une étude qualitative sur son importance aux yeux des généralistes. [Thèse médicale]. [Faculté de Médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2013.
27. Feuillet A. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête qualitative auprès de patients d'Eure et Loir. [Thèse médicale]. [Faculté de Médecine de Tours]: Université François Rabelais; 2013.
28. Rossignon J. Le choix du médecin généraliste et la confiance [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine Henri Warembourg]: Université Lille 2 Droit et Santé; 2017.
29. Fontaine A. La perception de la prise de tension artérielle par les médecins généralistes du rôle médical à la symbolique. [Thèse médicale]. [Faculté de Médecine d'Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2015.
30. Fiol B. Représentation du médecin généraliste concernant la mesure de la pression artérielle chez le patient normotendu [Thèse médicale]. [Faculté de Médecine de Nice]: Université de Nice Sophia Antipolis; 2015.
31. Vaillant-Roussel H. Quelle connaissance du risque lié à leur hypertension artérielle ont les patients traités en prévention primaire ? Exercer. févr 2009;20(86):36-40.
32. Defoort R. Les patients et leur tension en médecine générale : Perceptions et croyances sur la pression artérielle et sa mesure en consultation dans le département du Nord [Thèse médicale]. [Faculté de Médecine Henri Warembourg]: Université Lille 2 Droit et Santé; 2015.
33. Sadaune L. Évaluation du niveau de connaissances de l'hypertension artérielle chez des patients de plus de 70 ans en médecine générale [Thèse médicale]. [Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen]: Université de Rouen Normandie; 2018.
34. Allen J, Heyrman J. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille WONCA Europe. 2002;52.
35. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». 2013;76.
36. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 28 janv 2014; (1):CD001431.
37. Salter C, Shiner A, Lenaghan E, Murdoch J, Ford JA, Winterburn S, et al. Setting goals with patients living with multimorbidity: qualitative analysis of general practice consultations. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. juill 2019;69(684):e479-88.
38. Kerdrain-Derridder C. "Pourriez-vous prendre ma tension, docteur ? " connaissances et croyances sur la mesure de la tension artérielle au cabinet du médecin généraliste [Thèse médicale]. [UFR Médecine et Techniques Médicales]: Université de Nantes; 2006.
39. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of

- individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet Lond Engl*. 14 déc 2002;360(9349):1903-13.
40. Godet Thobie H, Vernay M, Noukpoape A, Salanave B, Malon A, Castetbon K, et al. Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2008;478-82.
 41. Vaïsse B, Mourad J-J, Girerd X, Hanon O, Halimi J-M, Pannier B. Enquête FLAHS 2012 : la pratique de l'automesure tensionnelle en France et son évolution depuis 2010. *Ann Cardiol Angéiologie*. juin 2013;62(3):200-3.
 42. Truong R. Les patients hypertendus pratiquant l'automesure tensionnelle refusent que leur médecin généraliste arrête de mesurer leur pression artérielle lors de la consultation de suivi. [Thèse médicale]. [Faculté de Médecine de Tours]: Université François Rabelais; 2015.
 43. Furnham A, Kirkcaldy B. Age and sex differences in health beliefs and behaviours. *Psychol Rep*. févr 1997;80(1):63-6.
 44. Redondo-Sendino Á, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health*. 16 juin 2006;6:155.
 45. Jørgensen JT, Andersen JS, Tjønneland A, Andersen ZJ. Determinants related to gender differences in general practice utilization: Danish Diet, Cancer and Health Cohort. *Scand J Prim Health Care*. 15 juill 2016;34(3):240-9.
 46. Green CA, Pope CR. Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. *Soc Sci Med*. mai 1999;48(10):1363-72.
 47. Bidmon S, Terlutter R. Gender Differences in Searching for Health Information on the Internet and the Virtual Patient-Physician Relationship in Germany: Exploratory Results on How Men and Women Differ and Why. *J Med Internet Res*. 22 juin 2015;17(6).
 48. Nemirovsky B., Mounier-Vehier C., Lemoine S., Fauvel J.P., Bouhanick B., Chamontin B., et al. Hypertension artérielle, un parcours optimisé pour contrôler 7 hypertendus sur 10 en 2015. *Concours Méd*. avr 2014;136(4):273-308.
 49. Weaver N, Murtagh M, Thomson R. How do newly diagnosed hypertensives understand « risk »? Narratives used in coping with risk. *Fam Pract*. 11 juill 2006;23(6):637-43.
 50. Graves JW, Sheps SG. Does evidence-based medicine suggest that physicians should not be measuring blood pressure in the hypertensive patient? *Am J Hypertens*. avr 2004;17(4):354-60.
 51. Pickering TG, Gerin W, Schwartz JE, Spruill TM, Davidson KW. Franz Volhard lecture: should doctors still measure blood pressure? The missing patients with masked hypertension. *J Hypertens*. déc 2008;26(12):2259-67.
 52. Mant J, McManus R. Measurement of blood pressure in primary care. *BMJ*. 7 févr 2011;342(feb07 1):d382-d382.

53. McManus RJ, Mant J, Bray EP, Holder R, Jones MI, Greenfield S, et al. Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 17 juill 2010;376(9736):163-72.
54. Fuchs SC, Mello RGB de, Fuchs FC. Home blood pressure monitoring is better predictor of cardiovascular disease and target organ damage than office blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Curr Cardiol Rep.* nov 2013;15(11):413.
55. Mederer C, Kandel O, Ouazzani HE. Société Française de Médecine Générale : Le nombre de consultations dans l'année est-il un signe objectif de troubles somatoformes ? [Internet]. 2019 [cité 4 févr 2020]. Disponible sur: http://www.sfm.org/publications/les_theses/le_nombre_de_consultations_dans_lannee_est_il_un_signe_objectif_de_troubles_somatoformes.html
56. Chabade A. Le contenu de la consultation de médecine générale en Allemagne : une étude comparative avec la France [Thèse médicale]. [Faculté de Médecine Henri Warembourg]: Université Lille 2 Droit et Santé; 2014.
57. Scheen AJ. Inertie thérapeutique dans la pratique médicale : causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège* 2010 ; 65 : 5-6 : 232-238.
58. Milman T, Joundi RA, Alotaibi NM, Saposnik G. Clinical inertia in the pharmacological management of hypertension : A systematic review and meta-analysis. *Medecine (Baltimore)*. 2018 Jun;97(25):e11121.

7) Annexe

7.1. Annexe I : Échantillonnage

Liste des cabinets médicaux tirés au sort ayant participé à l'étude

Département	Commune	Type d'exercice	Recueil
Allier	Lapalisse	Cabinet de groupe	18
Allier	Montluçon	Cabinet de groupe	32
Allier	Moulins	Exercice isolé	43
Allier	Moulins	Exercice isolé	9
Allier	Vichy	Cabinet de groupe	43
Cantal	Jussac	Cabinet de groupe	44
Cantal	Ytrac	Cabinet de groupe	15
Haute-Loire	Craponne-sur-Arzon	Exercice isolé	36
Haute-Loire	Saint-Didier-en-Velay	Cabinet de groupe	30
Haute-Loire	Saint-Paulien	Cabinet de groupe	0
Puy-de-Dôme	Aulnat	Cabinet de groupe	30
Puy-de-Dôme	Aulnat	Exercice isolé	0
Puy-de-Dôme	Ceyrat	Cabinet de groupe	34
Puy-de-Dôme	Chamalières	Cabinet de groupe	38
Puy-de-Dôme	Chateldon	Exercice isolé	29
Puy-de-Dôme	Clermont-Ferrand	Cabinet de groupe	0
Puy-de-Dôme	Issoire	Cabinet de groupe	39
Puy-de-Dôme	Orcines	Cabinet de groupe	45
Puy-de-Dôme	Saint-Germain-Lembron	Cabinet de groupe	4
Puy-de-Dôme	Thiers	Cabinet de groupe	3

7.2. Annexe II : Questionnaire

Madame, Monsieur, ce questionnaire est anonyme, et les résultats ne seront pas partagés avec votre médecin. Vos réponses à ce questionnaire sont très importantes car elles seront utilisées pour ma thèse d'exercice en médecine générale. L'objectif est de réfléchir sur notre pratique en tant que médecin généraliste.

Guillaume Balandreud

Quel est votre âge (en années) ?

Sexe : Homme Femme

Avez-vous des problèmes de santé pour lesquels vous voyez votre médecin traitant plus d'une fois par an ?

Oui Non

Si oui, quel(s) problème(s) de santé ?

Hypertension artérielle Diabète
 Accident vasculaire cérébral Problème rénal
 Problème cardiaque Autre :

Prenez-vous des médicaments tous les jours ?

Oui Non

Si oui, quel(s) médicament(s) ?

Combien de fois par an, en moyenne, voyez-vous votre médecin traitant ?

1 ou 2 fois par an 3 à 5 fois par an 6 fois ou plus par an

Vivez-vous à la campagne ou en ville (plus de 2000 habitants) ?

Campagne Ville

Quel est votre niveau d'études ?

Sans diplôme Niveau baccalauréat
 Niveau brevet Niveau supérieur au baccalauréat

Tournez la page, s'il vous plaît.

1/2

La question 1 concerne les consultations pour un motif aigu (angine, mal de dos récent, etc.).

1) Que ressentez-vous si votre médecin traitant ne vous prend pas la tension artérielle lors d'une consultation pour un motif aigu ?

<input type="checkbox"/> Ça me dérange. Pour quelle(s) raison(s) ? (une ou plusieurs réponses) <input type="checkbox"/> la prise de la tension devrait être systématique, lors de toute consultation <input type="checkbox"/> j'ai l'impression d'avoir consulté pour pas grand-chose si le médecin ne m'a pas pris la tension <input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> Ça m'est égal. Pour quelle(s) raison(s) ? (une ou plusieurs réponses) <input type="checkbox"/> je fais confiance en mon médecin traitant, et il sait quand il faut prendre la tension <input type="checkbox"/> je connais ma tension habituelle <input type="checkbox"/> je ne suis pas concerné par la mesure de la tension artérielle <input type="checkbox"/> je n'avais pas de symptômes évoquant une chute / une hausse de tension <input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> Ça m'arrange. Pour quelle(s) raison(s) ? (une ou plusieurs réponses) <input type="checkbox"/> j'attends autre chose de la consultation qu'un examen (de l'écoute, de l'attention ...) <input type="checkbox"/> j'attends un examen centré sur mes symptômes <input type="checkbox"/> la tension mesurée au cabinet n'est pas fiable <input type="checkbox"/> autre :
--	--	---

La question 2 concerne les consultations de suivi, pour le renouvellement de votre traitement habituel.

2) Que ressentez-vous si votre médecin traitant ne vous prend pas la tension artérielle lors d'une consultation pour le renouvellement de votre traitement habituel ?

<input type="checkbox"/> Ça me dérange. Pour quelle(s) raison(s) ? (une ou plusieurs réponses) <input type="checkbox"/> la prise de la tension devrait être systématique, lors de toute consultation <input type="checkbox"/> j'ai l'impression d'avoir consulté pour pas grand-chose si le médecin ne m'a pas pris la tension <input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> Ça m'est égal. Pour quelle(s) raison(s) ? (une ou plusieurs réponses) <input type="checkbox"/> je fais confiance en mon médecin traitant, et il sait quand il faut prendre la tension <input type="checkbox"/> je connais ma tension habituelle <input type="checkbox"/> je ne suis pas concerné par la mesure de la tension artérielle <input type="checkbox"/> je n'avais pas de symptômes évoquant une chute / une hausse de tension <input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> Ça m'arrange. Pour quelle(s) raison(s) ? (une ou plusieurs réponses) <input type="checkbox"/> j'attends autre chose de la consultation qu'un examen (de l'écoute, de l'attention ...) <input type="checkbox"/> j'attends un examen centré sur mes symptômes <input type="checkbox"/> la tension mesurée au cabinet n'est pas fiable <input type="checkbox"/> autre :
--	--	---

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Vous pouvez le déposer dans l'urne prévue à cet effet.

2/2

7.3. Annexe III : Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

	Total (n=492)
Âge (années)	53.2 ± 16.5 [18-97]
Âge ≥ 65 ans	139 (28.3)
Genre féminin	344 (69.9)
Antécédents médicaux	318 (64.6)
Hypertension artérielle	136 (27.6)
Problème psychiatrique	33 (6.7)
Traitement chronique	313 (63.6)
Antihypertenseur	153 (31.1)
Psychotrope	41 (8.3)
Fréquence de consultation	
1 à 2 fois par an	120 (24.4)
3 à 5 fois par an	261 (53.1)
au moins 6 fois par an	111 (22.6)
Lieu de vie urbain	253 (51.4)
Niveau d'études	
Sans diplôme	34 (6.9)
Brevet	111 (22.6)
Baccalauréat	108 (21.9)
Supérieur	239 (48.6)

Les données sont présentées sous forme d'effectifs (pourcentages) ou de moyenne ± écart-type [minimum-maximum].

7.4. Annexe IV : Tableau 2 : Résultats de l'analyse univariée

Tableau 2 : Résultats de l'analyse univariée

	Question 1	Question 2
	Total (n= 492)	Total (n= 286)
Ressenti négatif	198 (40.2)	136 (47.6)
Mesure systématique	186/197 (94.4)	121/136 (89.0)
Consultation pour rien	21/197 (10.7)	16/136 (11.8)
Autre	9/197 (4.6)	2/136 (1.5)
Ressenti indifférent	283 (57.5)	139 (48.6)
Confiance en le médecin traitant	262/283 (93.2)	131/139 (94.2)
Connaissance de sa tension habituelle	51/283 (18.2)	25/139 (18.0)
Absence de symptômes liés à la tension	36/283 (12.8)	18/139 (12.9)
Autre	24/283 (8.5)	11/139 (7.9)
Ressenti positif	11 (2.2)	11 (3.8)
Autre attente	10/11 (90.9)	9/11 (81.8)
Examen centré sur les symptômes	7/11 (63.6)	0/11 (0)
Autre	7/11 (63.6)	4/11 (36.4)

Les données sont présentées sous forme d'effectifs (pourcentages).

7.5. Annexe V : Tableau 3 : Résultats de l'analyse bivariée – Question 1

Tableau 3 : Résultats de l'analyse bivariée – Question 1

	Ressenti indifférent ou positif (n=294)	Ressenti négatif (n=198)	p
Âge (années)	51.7 ± 16.9	55.4 ± 15.7	0.006
Genre			
Féminin	191 (55.5)	153 (44.5)	0.006
Masculin	103 (69.6)	45 (30.4)	
Antécédents médicaux			
Non	117 (67.2)	57 (32.8)	0.012
Oui	177 (55.7)	141 (44.3)	
Hypertension artérielle			
Non	226 (63.5)	130 (36.5)	0.003
Oui	68 (50.0)	68 (50.0)	
Problème psychiatrique			
Non	282 (61.4)	177 (38.6)	0.008
Oui	12 (36.4)	21 (63.6)	
Traitement			
Non	120 (67.0)	59 (33.0)	0.017
Oui	174 (55.6)	139 (44.4)	
Antihypertenseur			
Non	216 (63.7)	123 (36.3)	0.007
Oui	78 (51.0)	75 (49.0)	
Psychotrope			
Non	276 (61.2)	175 (38.8)	0.040
Oui	18 (43.9)	23 (56.1)	
Fréquence de consultation			
1 à 2 fois par an	82/120 (68.3)	38/120 (31.7)	
3 à 5 fois par an	156/261 (59.8)	105/261 (40.2)	0.019
au moins 6 fois par an	56/111 (50.5)	55/111 (49.5)	

Les données sont présentées sous forme d'effectifs (pourcentages) ou de moyenne ± écart-type.

7.6. Annexe VI : Tableau 4 : Résultats de l'analyse bivariée – Question 2

Tableau 4 : Résultats de l'analyse bivariée – Question 2

	Ressenti indifférent ou positif (n=150)	Ressenti négatif (n=136)	p
Âge (années)	55.8 ± 15.8	61.9 ± 12.6	0.001
Âge			
< 65 ans	100/174 (57.5)	74/174 (42.5)	0.017
≥ 65 ans	50/112 (44.6)	62/112 (55.4)	
Hypertension artérielle			
Non	103 (62.8)	61 (37.2)	0.001
Oui	47 (38.5)	75 (61.5)	
Antihypertenseur			
Non	97 (64.7)	53 (35.3)	0.001
Oui	53 (39.0)	83 (61.0)	
Lieu de vie			
Urbain	69/149 (46.3)	80/149 (53.7)	0.045
Rural	81/137 (59.1)	56/137 (40.9)	

Les données sont présentées sous forme d'effectifs (pourcentages) ou de moyenne ± écart-type.

8) Serment d'Hippocrate

8.1. Version longue

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.

8.2. 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.

Mesurer moins et mieux la pression artérielle : quelle acceptation des patients ?

Une étude transversale en médecine générale.

Résumé :

CONTEXTE : L'hypertension artérielle (HTA) est insuffisamment contrôlée en France. La mesure de pression artérielle (PA) est réalisée presque à chaque consultation. Une mesure tous les 3 à 5 ans est suffisante d'après les recommandations. Les conditions pour une mesure valable sont rarement remplies. Selon une étude qualitative de 2018, les patients sont indifférents à l'absence de mesure alors que les médecins généralistes réalisent ce geste pour satisfaire les patients.

OBJECTIF : Valider l'hypothèse émise lors d'une étude qualitative : évaluer quantitativement le ressenti des patients de l'absence de mesure de PA. Étudier les facteurs associés au ressenti.

MÉTHODE : Il s'agit d'une étude de satisfaction observationnelle quantitative prospective, déclarative par auto-questionnaires mis à disposition des patients de 20 cabinets médicaux tirés au sort dans 4 départements d'Auvergne.

RÉSULTATS : La majorité (59,8%) des 492 personnes incluses avaient un ressenti indifférent ou positif de l'absence de mesure de PA ; 93,2 % avaient confiance en leur médecin. L'âge jeune, le genre masculin, l'absence de pathologie chronique, d'HTA, ou de problèmes psychiatriques, une faible fréquence de consultation, étaient associés au ressenti positif.

CONCLUSION : Cette étude confirme l'hypothèse de l'étude qualitative. Les patients sont majoritairement favorables à l'absence de mesure de PA en consultation. Il existe une discordance entre le ressenti des patients et la perception des médecins. La plupart des patients font confiance à leur médecin mais la communication médecin-patient pourrait être améliorée concernant ce geste. Certaines personnes semblent plus attachées à la mesure, en rapport avec leurs antécédents personnels ou leurs représentations. La médecine générale pourrait être plus efficiente en mesurant moins et mieux la PA, la majorité des patients semble prêt à l'accepter. L'HTA pourrait être mieux prise en charge et d'autres sujets de prévention pourraient être abordés.

Mots-clés :

- | | |
|--|------------------------------------|
| - médecine générale | - mesure de la pression artérielle |
| - prévention | - relation médecin-patient |
| - connaissances, attitudes et pratiques en santé | - confiance |
| - pratique professionnelle | - psychologie |

