

Académie d'Orléans –Tours  
Université François-Rabelais

# FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2015

N°

**Thèse**

**pour le**

**DOCTORAT EN MEDECINE**

**Diplôme d'Etat**

**Par**

**TRUONG Romain**  
**Né le 07/07/1983 à Chambray les Tours**

**Présentée et soutenue publiquement le 03 décembre 2015**

## **ET VOUS M'PRENEZ PAS LA TENSION, DOCTEUR?**

Les patients hypertendus pratiquant l'automesure tensionnelle refusent que leur médecin généraliste arrête de mesurer leur pression artérielle lors de la consultation de suivi.

### **Jury**

**Président de Jury :** Monsieur le Professeur Jean Michel HALIMI  
**Membres du jury :** Monsieur le Professeur Pierre COSNAY  
Monsieur le Professeur Jean Pierre LEBEAU  
**Madame le Docteur Alice PERRAIN**

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Professeur Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

Professeur Henri MARRET

**ASSESSEURS**

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*  
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

Madame Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Professeur Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET  
Professeur Catherine BARTHELEMY  
Professeur Jean-Claude BESNARD  
Professeur Philippe BOUGNOUX  
Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Etienne LEMARIE  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Michel ROBERT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. ASTELLANI – B. CHARBONNIER – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – P. RAYNAUD – A. ROBIER – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – J. THOUVENOT – B. TOUMIEUX – J. WEILL

MM.	ALISON Daniel .....	Radiologie et imagerie médicale
	ANDRES Christian .....	Biochimie et biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe .....	Biophysique et médecine nucléaire
	AUPART Michel .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique .....	Cardiologie
	BALLON Nicolas .....	Psychiatrie ; addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
MM.	BARON Christophe .....	Immunologie
	BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
	BODY Gilles .....	Gynécologie et obstétrique
	BONNARD Christian .....	Chirurgie infantile
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
	MM. BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
	BRUYERE Franck .....	Urologie
	BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
	CALAIS Gilles .....	Cancérologie, radiothérapie
	CAMUS Vincent .....	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques .....	Parasitologie, mycologie
	CHANTEPIE Alain .....	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe .....	Hématologie, transfusion
	CONSTANS Thierry .....	Médecine interne, gériatrie
	CORCIA Philippe .....	Neurologie
	COSNAY Pierre .....	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
	COUET Charles .....	Nutrition
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc .....	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand .....	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François .....	Thérapeutique
	DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
	DIOT Patrice .....	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
	DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Médecine interne, nutrition
	DUMONT Pascal .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
	EHRMANN Stephan .....	Réanimation d'urgence
	FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
	FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de réadaptation
	FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe .....	Psychiatrie d'adultes
	GOGA Dominique .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	GOUDEAU Alain .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
	GRUEL Yves .....	Hématologie, transfusion
	GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis .....	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
	GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
	GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion
	HAILLOT Olivier .....	Urologie
	HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
	HANKARD Régis .....	Pédiatrie
	HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
	HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline .....	Médecine interne, gériatrie
MM.	HUTEN Noël .....	Chirurgie générale
	LABARTHE François .....	Pédiatrie
	LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
	LARDY Hubert .....	Chirurgie infantile
	LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon .....	Immunologie
	LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
	LESCANNE Emmanuel .....	Oto-rhino-laryngologie
	LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
	LORETTE Gérard .....	Dermato-vénéréologie

	MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
	MAILLOT François .....	Médecine interne, gériatrie
	MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
	MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
Mme	MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MM.	MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
Mme	MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MM.	MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
	ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
	PAGES Jean-Christophe .....	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique .....	Réanimation médical, médecine d'urgence
	PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean .....	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
	ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
	SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique .....	Radiologie et imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick .....	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénéréologie
	VELUT Stéphane .....	Anatomie
	VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
	WATIER Hervé .....	Immunologie

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

M.	LEBEAU Jean-Pierre
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MM.	MALLET Donatien .....	Soins palliatifs
	POTIER Alain .....	Médecine Générale
	ROBERT Jean .....	Médecine Générale

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

Mme	ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
M.	BAKHOS David .....	Physiologie
Mme	BERNARD-BRUNET Anne .....	Cardiologie
M.	BERTRAND Philippe .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène .....	Biochimie et biologie moléculaire
M.	BOISSINOT Éric .....	Physiologie
Mme	CAILLE Agnès .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
M.	DESOUBEAUX Guillaume .....	Parasitologie et mycologie
Mmes	DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe .....	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie .....	Immunologie
	GUILLON-GRAMMATICO Leslie .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
MM.	HOARAU Cyrille .....	Immunologie
	HOURIOUX Christophe .....	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

	LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric .....	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
	PLANTIER Laurent .....	Physiologie
Mme	SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
	TERNANT David .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

### **MAITRES DE CONFERENCES**

---

Mmes	AGUILLON-HERNANDEZ Nadia .....	Neurosciences
	ESNARD Annick .....	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël .....	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile .....	Sciences du langage - orthophonie
M.	PATIENT Romuald .....	Biologie cellulaire
Mme	RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE**

---

M.	IVANES Fabrice .....	Cardiologie
----	----------------------	-------------

### **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA**

---

M.	BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe .....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie .....	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
MM.	KORKMAZ Brice .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M.	SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

#### **Pour l'Ecole d'Orthophonie**

Mme	DELORE Claire .....	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie .....	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl .....	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle .....	Orthophoniste

#### **Pour l'Ecole d'Orthoptie**

Mme	LALA Emmanuelle .....	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

# **SERMENT D'HIPPOCRATE**

EN PRÉSENCE DES MAÎTRES DE CETTE FACULTÉ,  
DE MES CHERS CONDISEIPLES  
ET SELON LA TRADITION D'HIPPOCRATE,  
JE PROMETS ET JE JURE D'ÊTRE FIDÈLE AUX LOIS DE  
L'HONNEUR  
ET DE LA PROBITÉ DANS L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

JE DONNERAI MES SOINS GRATUITS À L'INDIGENT,  
ET N'EXIGERAI JAMAIS UN SALAIRE AU-DESSUS DE MON  
TRAVAIL.

ADMIS 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.

# Remerciements

---

**A Monsieur le Professeur Jean Michel HALIMI,**

Merci de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.

**A Monsieur le Professeur Pierre COSNAY,**

**A Monsieur le Professeur Jean Pierre LEBEAU,**

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

**A Madame le Docteur Alice PERRAIN,**

Tu as accepté de diriger ma thèse malgré ton emploi du temps très chargé. Tu as su me recadrer lorsque je me dispersais trop. Merci de ton aide, de ta patience, de ta disponibilité, de ta pertinence, et de ton investissement dans ce travail. Sois assurée de toute ma reconnaissance et mon amitié.

**A Madame le Docteur Emeline LAURENT,**

Merci de ton aide pour les tests statistiques.

**A Monsieur Olivier LAUZE et Madame Dorothée DALUZEAU,**

Merci de votre gentillesse et de vos conseils pour la méthodologie des recherches bibliographiques.

**A tous les médecins et les patients ayant acceptés de participer à l'étude,**

Merci d'avoir de m'avoir consacré de votre temps et pour votre bienveillance.

## Je dédie cet ouvrage :

*A Andréa, notre complicité est une telle évidence depuis toutes ces années que les mots me manquent pour t'exprimer combien je me sens chanceux de me lever tous les matins à tes côtés...*

*A Marceau et Simon, mes deux petites merveilles qui m'apportent tant de bonheur chaque jour. J'espère tant pouvoir vous apporter de quoi être aussi heureux que je le suis en ce moment. Je vous aime mes chéris.*

*A ma mère, pour m'avoir fait comprendre en l'observant combien la vie pouvait prendre du sens en s'occupant des autres.*

*A mon père, pour avoir su "piquer" par moment mon amour propre afin d'obtenir le meilleur de moi. Je resterai à jamais admirateur de ton parcours. Tu es un symbole de détermination pour nous tous. Portant le même nom que toi, tu n'aurais pas du t'en faire, moi aussi j'ai la "Niaque".*

*A Fanny, ma sœur jumelle, à la fois si différente et si proche de moi, notre parcours commun est une richesse qui n'a cessé de me faire progresser. Merci d'être toi!*

*A Morgan mon petit frère, pour ces moments de complicités partagés. Ta présence auprès de moi m'est très précieuse.*

*A tonton Eric, pour la sincérité et la simplicité de ton amour depuis ma plus jeune enfance.*

*A Daniel et Nadine, mes beaux parents, pour votre présence et votre amour au quotidien.*

*A Elise, Sarah, Julien et Daniel, mes belles sœurs et beaux frères, laissez-moi vous témoigner mon affection et la reconnaissance de votre gentillesse commune. Merci pour tous ces bons moments partagés.*

*A mes deux neveux, mon petit "loubard" Paul et Jean dont l'arrivée ne serait tarder...*

*A Papi Jean et Tante Jacqueline, mes plus tendres pensées vous sont dédiées en ces jours heureux.*

*A Sylvain, Fred, Aurélien, Adrien, Magalie, mes fidèles amis de toujours, pour tous ces bons moments partagés et nos éclats de rires. J'ai besoin de vous, mon équilibre en dépend.*

*Au Dr Christophe Ruiz, pour m'avoir fait découvrir en premier la médecine générale, ces quelques jours passés à tes côtés ont été déterminants dans mes choix de vie. Ton humanité et ta bienveillance sont pour moi des exemples à suivre.*

*Au cabinet médical de Saint Georges sur Cher, plus particulièrement à Samuel, Antoine et Yannick, pour m'avoir enseigné les bases de la médecine générale. Ces quelques mois auprès de vous ont été les plus enrichissantes et les plus heureuses de ma formation.*

*Au cabinet médical de Monts, pour me permettre de pratiquer aujourd'hui et j'espère aussi demain, la médecine générale dans des conditions optimales de complicité et de bonne humeur.*

*A l'ensemble des externes, internes, médecins hospitaliers, infirmières, aides soignantes, secrétaires, médecins remplacés et des patients qui ont contribué à faire de ces années de formation des années de bien-être et d'épanouissement.*

*A Georges C. pour ses capsules de cafés et C. FM pour ses heures de "Pop Love Musique Non Stop" qui m'ont accompagnées durant ces heures tardives passées à la rédaction de ce travail.*



## **Résumé**

**Introduction :** La prise en charge de l'HTA est un problème majeur de santé publique. Les mesures ambulatoires sont reconnues comme ayant la valeur de décision la plus importante. Les médecins généralistes (MG) continuent à mesurer la pression artérielle au cabinet (PAC) de façon systématique car ils estiment que les patients en sont très demandeurs. Les patients adultes hypertendus traités qui réalisent des mesures de pression artérielle à domicile (AMT) accepteraient-ils l'absence de mesure par le médecin généraliste lors de la consultation de suivi de l'hypertension artérielle (CSH) ?

**Objectifs :** Connaître le taux de patients hypertendus pratiquant des AMT qui accepterait l'absence de PAC lors de la CSH. Connaître les justifications et les variables pouvant influencer l'acceptation ou le refus de l'absence de PAC lors de la CSH.

**Méthodes :** Enquête quantitative par questionnaires remis aux patients par leurs MG installés dans le secteur d'Amboise.

**Résultats :** 229 questionnaires étaient exploitables. 85 % des patients refusaient l'absence de PAC lors de la CSH car ce geste symbolise une attention particulière importante (89%), et qui rassure (86%). Les patients qui acceptaient l'absence de PAC le justifiaient par la confiance en leur MG si celui-ci la trouvait inutile (93%). Ils étaient statistiquement plus jeunes avec un traitement plus récent. Ils pratiquaient mieux les AMT et leurs accordaient une plus grande confiance. Leur MG réalisait moins souvent de PAC. Les patients qui possédaient un document type avaient une meilleure pratique des AMT. Les patients pour qui le MG continuait à mesurer systématiquement la PAC accordaient plus de confiance à la PAC.

**Conclusion :** La grande majorité des patients qui réalisent des AMT refusent l'absence de PAC lors de la CSH. Les attentes symboliques qu'ils ont envers la PAC semblent transposables aux AMT qui correspondent mieux aux nouvelles demandes des patients pour le suivi de pathologies chroniques. La prise systématique de PAC lui donne possiblement une importance qui ne se justifie plus en présence d'AMT correctement réalisée. Cette confiance envers la PAC nuit à celle accordée aux AMT et à sa réalisation. La distribution de documents types dès l'instauration d'un traitement et l'arrêt de mesure systématique de PAC lors de la CSH apparaissent comme des mesures simples à mettre en place pour faire diminuer les attentes envers la PAC. Elles ne sont envisageables qu'associées à une éducation thérapeutique par les MG et une meilleure organisation des AMT pour en améliorer la fiabilité et la confiance des patients.

**Mots clés :** *hypertension artérielle, automesure tensionnelle, médecine générale, mesure de pression artérielle, attentes des patients hypertendus.*

## **Abstract**

**Introduction:** Managing hypertension is a major public health problem. Ambulatory blood pressure monitoring is regarded as having the most important decision value. General practitioners (GP) are still measuring their patients' blood pressure systematically from their offices (office blood pressure: OBP) because they consider that their patients are expecting it. Would adult patients treated for hypertension who are self-measuring their blood pressure at home (home blood pressure: HBP) agree with their GP no longer measuring their blood pressure during a standard follow-up visit related to their hypertension?

**Objectives:** Knowing the rate of hypertensive patients resorting to HBP who would accept the absence of OBP during a standard follow-up visit. Knowing the subsequent reasons and variables that may influence their accepting or refusing the absence of OBP during a follow-up visit.

**Methods:** Quantitative study based on questionnaires given by GPs set up in the Amboise area.

**Results:** 229 questionnaires were usable. 85% of patients refused the absence of OBP during a follow-up visit because this gesture symbolizes a significant attention (89%) and a reassuring one (86%). Patients who accepted the absence of OBP justified their answer by the trust they had in their GPs' opinion if the latter found it unnecessary (93%). They were statistically younger with a more recent treatment. They practiced better HBP and had a greater confidence in it. Their GP measured their BP less often. Patients who had a standard document had a better practice of HBP. Patients whose GP continued to measure their BP systematically had a greater confidence in their OBP.

**Conclusion:** The vast majority of patients who are practicing HBP refuse the absence of OBP during a follow-up visit. Their symbolic expectations regarding OBP can likely be transferred to HBP which seem better suited to patients' newer demands as far as monitoring chronic disease is concerned. Systematic office-based blood pressure measurement might be given an important significance that is no longer justifiable with HBP properly performed. Trust in OBP is probably damaging confidence in HBP and in its carrying out. Handing out standard documents from the initiation of a treatment and stopping office-based blood pressure monitoring during a follow-up visit appear to be simple measures to reduce expectations regarding OBP. They could only be worth considering when associated to a therapeutic education done by GPs as well as a better organization of HBP to improve its reliability and patients' subsequent confidence.

**Keywords:** *blood pressure, blood pressure self-measurement, general practice, blood pressure measurement, expectations of hypertensive patients.*

# Abréviations

---

PA : pression artérielle

HTA : hypertension artérielle

MG : médecin généraliste

PAC : pression artérielle mesurée au cabinet médical

AMT : automesures tensionnelles

MAPA : holter tensionnel

CSH : consultation de suivi de l'hypertension artérielle

TDR : test de dépistage rapide pour l'angine à streptocoque

SFHTA : Société Française d'Hypertension artérielle

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

FDRCV : facteurs de risques cardio-vasculaires

# Table des matières

---

Remerciements .....	7
Abréviations .....	10
Table des matières .....	11
Introduction .....	12
Matériels et Méthodes .....	14
I. Objectifs .....	14
II. Population étudiée .....	14
III. Méthodes .....	16
Résultats .....	21
I. Réponses obtenues .....	21
II. Analyse Univariée .....	21
1) L'échantillon .....	21
2) Caractéristiques des médecins généralistes .....	23
3) Caractéristiques de la pratique de l'automesure tensionnelle .....	24
4) Caractéristiques de la consultation de suivi .....	28
5) Acceptation de l'absence de mesure au cabinet: .....	29
III. Analyse Bivariée .....	31
IV. Analyse Multivariée .....	32
Discussion .....	33
I. Les forces et faiblesses de l'étude .....	33
1) Les forces .....	33
2) Les faiblesses .....	34
II. Les patients hypertendus réalisant des automesures tensionnelles refusent l'absence de mesure au cabinet .....	36
III. Les arguments du refus ou de l'acceptation de l'absence de mesure au cabinet .....	37
1) Manque de confiance envers les automesures tensionnelles .....	37
2) Un examen clinique incomplet ? .....	37
3) Absence de mesure au cabinet = gain de temps ? .....	38
4) La mesure de pression artérielle, le symbole d'une forme d'attention qui rassure .....	39
5) Rôle du médecin généraliste .....	40
IV. Critères susceptibles de modifier l'acceptation de l'absence de mesure au cabinet .....	41
1) Liés au terrain .....	41
2) Liés à la pratique des automesures tensionnelles .....	41
3) Liés à la consultation de suivi de l'hypertension artérielle .....	43
V. Conclusion .....	44
Bibliographie .....	46
Annexes .....	51
Annexe 1 : questionnaire .....	51
Annexe 2 : Items numérotés .....	52
Annexe 3 : Tableaux récapitulatif de l'analyse univariée .....	53
Annexe 4 : Tableau récapitulatif de l'analyse bivariée .....	57
Annexe 5 : Autres résultats (analyse Bivariée) : .....	59

# Introduction

---

En France, l'HTA en médecine générale représenterait une consultation sur cinq. Quatorze millions de patients sont concernés pour un coût annuel des traitements antihypertenseurs supérieur à deux milliards d'euros (1). L'HTA serait responsable en 2004 de 18% des décès dans les pays industrialisés et de 45% des décès cardiovasculaires. Les décès cardiovasculaires représentaient 30% de l'ensemble des décès en France en 2008 (2). L'HTA serait directement responsable de sept millions de morts chaque année dans le monde, devant le tabac, l'hypercholestérolémie ou l'alcool (3).

La mesure de la pression artérielle est l'acte le plus fréquent lors d'une consultation de médecine générale. Elle a principalement pour but de dépister ou surveiller une HTA. Dans ces deux objectifs, elle est réalisée de façon systématique par la grande majorité des médecins généralistes (4). L'HTA est la pathologie la plus fréquente en médecine générale (5).

On évalue en 2014, que 30 % de la population de plus de 35 ans prend un traitement pour l'HTA soit une estimation de 11.6 millions de personnes. La PA de la moitié des patients traités qui possèdent un appareil d'AMT est déséquilibrée (6). Ces pourcentages sont stables par rapport à 2007 (7). Ils sont loin de l'objectif de 70 % fixé par la SFHTA. Tout progrès dans la prise en charge de cette pathologie, par son coût, sa prévalence et ses complications doit être considéré comme majeur en termes de santé publique.

Alors qu'une majorité de patients traités ont des valeurs de PAC supérieures aux recommandations, le traitement est modifié moins d'une fois sur cinq (8). Trois facteurs dominent la compréhension de cette "inertie thérapeutique" : l'interprétation des recommandations, la prise en compte du contexte spécifique du patient et une réticence à utiliser des mesures de PA marquées par une grande variabilité.

La mesure de la PA au cabinet est discutée à cause de son manque de fiabilité. Les recommandations sur la prise répétée des mesures, l'étalonnage des appareils et les conditions de mesures ne sont pas suffisamment appliquées en pratique (9)(10). Pour de nombreux cliniciens et chercheurs, la mesure de la pression artérielle doit être réalisée par le médecin soigneusement ou alors pas du tout (11).

Les mesures ambulatoires (MAPA et AMT) corrigent les erreurs diagnostiques par excès (HTA blouse blanche) ou par défaut (HTA masquées). La prévalence de ces deux phénomènes est difficile à évaluer de façon précise mais on peut les estimer à environ 40 % tous patients confondus (12)(13). Ce chiffre est même plus important chez les patients présentant d'autres facteurs de risques cardiovasculaires comme l'âge (14) ou le diabète (15). Les recommandations de la SFHTA de 2013 préconisent de faire des mesures en ambulatoire pour l'instauration ou la modification d'un traitement anti hypertenseur. Ces mesures évitent le risque iatrogène de L'HTA blouse blanche. Elles permettent aussi de dépister les sujets ayant une HTA masquée pour qui le risque cardiovasculaire est comparable à une HTA non contrôlée (16). Les mesures réalisées en dehors de l'environnement médical ont été reconnues comme la valeur de décision la plus importante (17).

L'AMT, préférée à la MAPA pour des raisons de coût et de faisabilité (18), permet une répétition des mesures ambulatoires. Elle permet une adaptation des traitements avec la même fiabilité que la MAPA (19). Elle favorise l'observance et l'adhérence du patient à sa prise en charge (20)(21). Elle a montré sa supériorité pour obtenir un bon contrôle tensionnel par rapport à la PAC (22)(23). La corrélation des mesures à la morbidité et mortalité cardiovasculaire est démontrée (24).

Sa valeur pronostique est supérieure à celle de la mesure effectuée au cabinet médical (21). Elle pourrait permettre la diminution de la fréquence des consultations de suivi de l'HTA (10)(25). Elle réduit les coûts globaux et le nombre de médicaments utilisés chez les patients hypertendus (26)(27)(28)(29). La caisse d'assurance maladie offre dans ce sens depuis début 2014 un appareil à tous les médecins généralistes afin de développer le prêt d'appareils. L'optimisation de la prise en charge et la réduction des dépenses incitent à généraliser son utilisation (30).

Les patients perçoivent majoritairement le MG comme un partenaire du suivi et un gestionnaire du traitement. Ils expriment une crainte de la poly-médication et des effets indésirables médicamenteux (31). Ils souhaitent une relation de partenariat (et non plus paternaliste) avec leur MG (32). Ces concepts sont parfaitement illustrés par l'opposition entre mesure de PA au cabinet et AMT. La mesure au cabinet représente l'acte médical paternaliste ritualisé où le patient garde une attitude " passive ". L'AMT est le symbole d'une pratique médicale en collaboration avec un patient acteur et impliqué dans le suivi de sa pathologie, permettant une meilleure adaptation du traitement.

Lorsqu'il existe une discordance entre PAc et AMT, deux médecins généralistes sur trois prennent en compte l'AMT (33) et 79 % des médecins généralistes interrogés en Alsace seraient d'accord pour remplacer la PAc par l'AMT (34). Entre 2004 et 2009, le nombre de médecins utilisateurs de l'AMT a augmenté de 70 à 92 % (35)(33). Cependant l'application des recommandations reste insuffisante et la plupart des médecins ne l'utilisent que de façon occasionnelle (36)(37)(10). La possession de l'appareil d'AMT n'est pas un frein car la moitié des patients hypertendus traités possèdent un appareil (22)(6). Parmi eux, environ trois quarts ne communiquent que parfois ou pas du tout leurs résultats à leur MG ; le calcul de la moyenne des mesures par le patient est exceptionnelle (34).

La représentation symbolique de la mesure de tension artérielle aux yeux des patients est importante à prendre en compte, et les attentes des patients doivent être respectées. Une étude de la SFMG en 2007 montre que la principale motivation des médecins généralistes pour la mesure de la pression artérielle au cabinet est l'attente des patients (4). La mesure de la pression artérielle est l'acte de l'examen clinique le plus demandé par les patients lors de la consultation quel qu'en soit le motif (38)(39). Les patients sont surtout demandeurs après quarante ans et lorsqu'ils ont des antécédents cardio-vasculaires. Ils sont rassurés quand leurs chiffres tensionnels sont normaux. Ils connaissent les complications de l'hypertension, surtout cardio-vasculaires, et les redoutent (40).

Cet acte réalisé par la grande majorité des MG de façon systématique (4) est vécu parfois comme un acte " obligatoire et culturellement imposé " (9). Consisterait-il plutôt en réalité à " prendre la tension " au patient plutôt qu'à " mesurer sa pression artérielle " ? La non concordance des critères à partir desquels médecins et patients se disent satisfaits de la consultation, et de leur relation font la complexité de la relation médecin-malade (41). Ce qui est vécu comme une pression par le médecin n'est le plus souvent qu'un souhait d'échange autour de la prescription (31).

En absence d'AMT, il est logique que la PAc ait une place importante pour la plupart des patients (40). Une bonne connaissance et pratique des AMT permet-elle de faire évoluer les attentes des patients envers la PAc ? Aux yeux du patient bien informé sur les AMT, le geste de PAc devenu médicalement peu pertinent n'est peut-être plus ce rituel obligatoire, systématique et culturellement imposé ? Son absence serait-elle acceptée et comprise ?

**Les patients adultes hypertendus traités qui réalisent des mesures de pression artérielle à domicile accepteraient-ils l'absence de mesure par le médecin généraliste lors de la consultation de suivi de l'HTA ?**

# Matériels et Méthodes

## I. Objectifs

### 1. Critère de jugement principal

- ⇒ Connaître le taux de patients hypertendus pratiquant les AMT qui acceptent l'absence de mesure au cabinet lors de leur CSH.

### 2. Critères de jugements secondaires

- ⇒ Connaître de manière quantitative les justifications de l'acceptation ou du refus de l'absence de mesure de PAC.
- ⇒ Rechercher des variables pouvant influencer l'acceptation de l'absence de PAC (variables liées au terrain, à la pratique de l'AMT, à la consultation de suivi, aux caractéristiques du médecin généraliste).

## II. Population étudiée

La population étudiée a été les patients dont le médecin généraliste est installé dans le secteur de garde

d'Amboise.

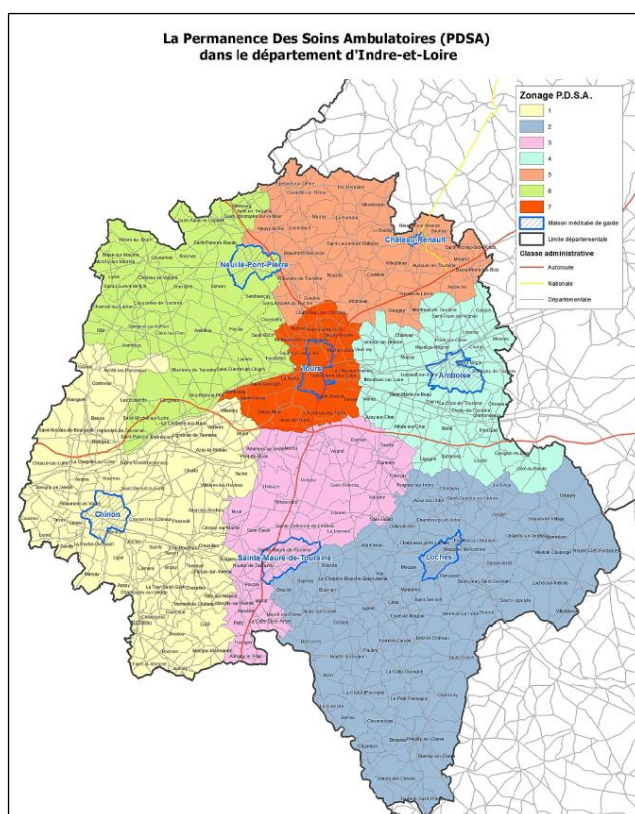


Figure 1 : Secteurs de garde en médecine générale en Indre et Loire

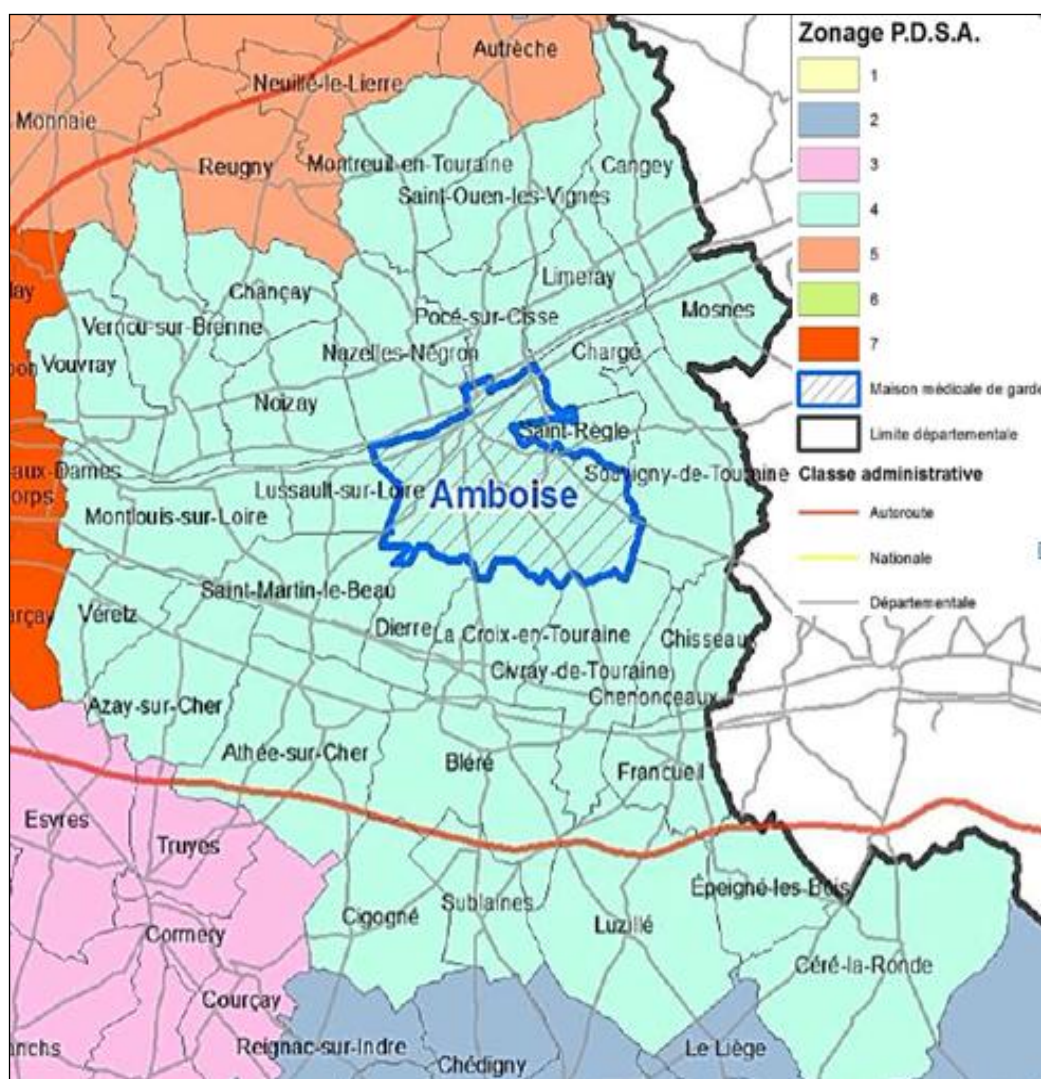


Figure 2 : Secteur de garde d'Amboise (Zonage N°4 sur la légende)

- **Critères d'inclusion :**

- ⇒ Patients adultes hypertendus traités
- ⇒ Patients qui mesurent leur pression artérielle à domicile

- **Critères d'exclusion:**

- ⇒ troubles cognitifs
- ⇒ troubles du rythme cardiaque
- ⇒ personnalité anxieuse ou obsessionnelle
- ⇒ circonférence du bras > 32 cm



### III. Méthodes

#### *1. Type d'étude utilisée par l'enquête*

L'étude était une enquête descriptive déclarative par auto-questionnaire rempli par des patients.

#### *2. Questionnaires*

Le questionnaire (Annexe 1) était élaboré à partir des données bibliographiques. Le but était d'obtenir des questions se voulant le plus fermées possibles. Les 4 pages du questionnaire étaient présentées sur une seule feuille A4, pliée en deux et imprimée recto-verso (format "livret").

La première page contenait une présentation de l'étude. Les pages 2 et 3 contenaient les questions. La page 4 contenait un cadre réservé pour les commentaires libres et un cadre contenant les initiales du MG.

Cet auto-questionnaire devait être rempli par le patient seul sans aide. Le but était de limiter le temps consacré par les médecins et d'augmenter le nombre de questionnaires remplis.

#### *3. Méthodes de recueil :*

Les médecins du secteur de garde d'Amboise étaient contactés par téléphone entre le 13/04/15 et le 24/04/15 afin de leur présenter le travail et obtenir leur accord pour leur participation. En cas réponse positive, une première rencontre avait lieu pour leur présenter le protocole de l'étude et les questionnaires. Dans certaines situations où les médecins étaient absents ou difficiles à rencontrer, un médecin du même cabinet pouvait être sollicité pour transmettre le protocole et les questionnaires à ses associés. Les questionnaires étaient déposés aux différents cabinets médicaux entre le 14/04/2015 et le 08/05/2015.

Il était remis à chaque médecin :

- 10 questionnaires
- une chemise verte (où étaient rappelés les critères d'inclusions et d'exclusions) pour ranger les questionnaires vierges
- une chemise violette à mettre dans leur salle d'attente ou à leur secrétariat pour que les patients puissent les déposer une fois remplis.

Il a été demandé aux médecins de ne pas prendre connaissance des réponses.

Les médecins ou leurs secrétaires étaient ensuite contactés par téléphone, en moyenne toutes les trois semaines. Un déplacement aux différents cabinets était également effectué toutes les 3 semaines, pour récupérer progressivement les questionnaires remplis.

Lors du dernier passage, une enveloppe pré timbrée a été remise aux médecins qui l'acceptaient pour renvoyer les derniers questionnaires.

La date de clôture de la réception des données a été fixée au 31 Aout 2015.

Les médecins remettaient les questionnaires aux patients qui pouvaient être inclus et qui l'acceptaient, en fin de consultation de suivi d'HTA. La consigne était de le remplir si possible dans la salle d'attente et de le remettre dans la chemise violette prévue à cet effet (dans la salle d'attente ou à la secrétaire).

La remise des questionnaires aux patients par des remplaçants était acceptée. Les données traitées sur les caractéristiques du médecin restaient celles du médecin généraliste installé.



#### *4. Analyses Statistiques :*

La réalisation des questionnaires et l'exploitation des données recueillies ont été informatisée sur un ordinateur portable de marque ASUS, sous système d'exploitation Windows 7 et a utilisé les logiciels et applications suivants :

- Word de la suite Microsoft Office 2007
- Excel de la suite Microsoft Office 2007
- Powerpoint de la suite Microsoft Office 2007
- Zotero pour les références bibliographiques
- Adobe Reader version 11.0.12
- Le site internet biostatgv
- Le logiciel SAS version 9.3

Dans un premier temps, nous avons effectué une analyse descriptive (univariée) des caractéristiques des patients, de leurs AMT, des caractéristiques de la consultation de suivi et des MG. Cette analyse était présentée, pour les variables :

- quantitatives par la moyenne et l'écart type.
- qualitatives par le pourcentage de chaque classe.

Dans un second temps, nous avons effectué une analyse bivariée entre la variable "Acceptation de l'absence de PAC lors d'une consultation de suivi de l'HTA" et l'ensemble des variables explicatives :

- quantitatives : test de Student après vérification de l'égalité des variances dans les deux groupes.
- qualitatives : test du  $\chi^2$  ou test exact de Fisher en cas d'effectif théorique inférieur à 5.

Dans un troisième temps, nous avons effectué une analyse multivariée par régression logistique. La variable à expliquer était " Acceptation de l'absence de PAC lors d'une CSH ". Toutes les variables pour lesquelles  $p \leq 0,2$  en analyse bivariée ont été incluses dans le modèle initial. Une régression logistique pas à pas descendante a été effectuée afin de ne retenir que les variables les plus pertinentes dans le modèle final en fonction du p obtenu. Les résultats ont été présentés sous forme d'Odds Ratios (OR) et leurs intervalles de confiance à 95% (IC95%).

Après sélection du modèle final, les interactions entre toutes les variables d'ajustement deux à deux ont été recherchées de manière exhaustive.

Pour l'ensemble des tests réalisés (analyse bivariée et multivariée), les résultats étaient considérés comme significatifs au seuil  $p \leq 0,05$ .

#### *5. Utilisation et Interprétation des données*

Le remplissage des questionnaires par les patients ayant eu lieu sans supervision, nombreux questionnaires étaient remplis de façon difficile à interpréter de façon objective (plusieurs cases cochées ou aucune, réponses contradictoires...). Voici les règles de prise en compte des réponses aux différents items :

**a. Item 1 : Âge du patient**

Il était pris en compte la valeur en années si renseignée.

**b. Item 2 : Sexe du patient**

Il était pris en compte la valeur Féminin (F) ou Masculin (M) si renseignée.

**c. Item 3 : Autre pathologie chronique**

Il était pris en compte la valeur « oui » ou « non » si renseignée.

**d. Item 4 : Ancienneté du traitement antihypertenseur**

Il était pris en compte la valeur en années si renseignée.

En cas de réponse donnée en mois, la valeur était divisée par 12 pour ramener la durée en année avec deux décimales.

En cas de signe tel « > » ou « + de », la valeur numérique inscrite derrière a été retenue.

Si le traitement venait d'être débuté, la valeur 0 a été retenue.

Si aucun traitement, le questionnaire était exclu.

**e. Item 5 : Ancienneté des mesures de PA à domicile**

Il était pris en compte la valeur en années si renseignée.

En cas de réponse donnée en mois, la valeur était divisée par 12 pour ramener la durée en année avec deux décimales.

En cas de signe tel « > » ou « + de », la valeur inscrite derrière a été retenue.

Si une seule série de mesures a été réalisée à domicile, la valeur retenue était 0.

Si aucune mesure n'avait été faite, le questionnaire était exclu.

**f. Item 6 : Fréquence et contextes des mesures de PA à domicile**

Plusieurs valeurs étaient acceptées, toute case cochée était prise en compte.

**g. Item 7 : Protocole pour les mesures de PA à domicile**

Il était pris en compte la valeur « oui » ou « non » si renseigné.

**h. Item 8 : Nombre de mesures à la suite**

Il était pris en compte la valeur 1, 2, 3 ou > 3.

La mention « Si Oui » étant précisée au début de la question, si la réponse à la question précédente (item 7) était « Non », la réponse n'était pas prise en compte.

Si plusieurs valeurs étaient cochées, la plus élevée était retenue.

**i. Item 9 : Moment de la journée pour la mesure**

Plusieurs valeurs étaient acceptées, toute case cochée était prise en compte.

La mention « Si Oui » étant précisée au début de la question, si la réponse à la question précédente (item 7) était « Non », la réponse n'était pas prise en compte.

**j. Item 10 : Nombre de jours de suite où se font les mesures**

Il était pris en compte la valeur 1, 2, 3 ou > 3.

La mention « Si Oui » étant précisée au début de la question, si la réponse à la question précédente (item 7) était « Non », la réponse n'était pas prise en compte.

Si plusieurs valeurs étaient cochées, la plus élevée était retenue.

**k. Item 7 bis : Protocole « acceptable »**

En tenant compte d'une revue récente de littérature(42), un protocole considéré comme « acceptable » devait contenir au minimum 2 mesures, matin et soir durant 3 jours consécutifs. Les 5 minutes de repos avant et le moment de la mesure par rapport au repas semble contesté, ces deux notions ont donc été volontairement écartées.

«Oui » était retenu pour les protocoles respectant ces règles.

« Non » était retenu dans le cas contraire.

« Non Interprétable » était retenu si aucune réponse n'était renseignée à l'un des items 8, 9 ou 10 et que le ou les items renseignés respectaient ces règles.

« Non Renseigné » était retenu si aucun des items 8,9 ou 10 n'était renseigné.

« Non » était retenu si aucune réponse n'était renseignée à l'un des items 8, 9 ou 10 et que l'un des items renseignés ne respectaient pas ces règles.

**l. Item 11 : Fréquence de présentation d'une feuille de relevé lors des consultations**

Une seule valeur était acceptée si renseignée.

Si plusieurs cases étaient cochées, la valeur était classée comme « non interprétable ».

**m. Item 12 : Possession d'un document type pour noter les mesures de PA à domicile**

Il était pris en compte la valeur « oui » ou « non » si renseignée.

**n. Item 13 : Moyen d'obtention du document type**

Une seule valeur était acceptée.

Si plusieurs valeurs cochées, la valeur « Non renseigné / Non interprétable » était retenue.

La mention « Si Oui » étant précisée au début de la question, si la réponse à la question précédente (item 12) était « Non », la réponse n'était pas prise en compte.

- o. Item 14 : Quelle mesure de PA vous semble la plus pertinente pour adapter votre traitement ?**  
Une seule valeur était acceptée si renseignée.  
Si plusieurs cases étaient cochées, la valeur était classée comme « non interprétable ».
- p. Item 15 : Fréquence des mesures au cabinet après avoir communiqué les valeurs des mesures à domicile**  
Une seule valeur était acceptée si renseignée.  
Si plusieurs cases étaient cochées sans comporter la valeur « Je ne communique pas mes mesures », la valeur était classée comme « non interprétable »  
Si plusieurs cases étaient cochées en comportant la valeur « Je ne communique pas mes mesures », la valeur « Je ne communique pas mes mesures » était retenue, car elle excluait logiquement les autres valeurs.
- q. Item 16 : Sentiment de manque de temps pour répondre à toutes les attentes lors des consultations de suivi de pathologies chroniques**  
Une seule valeur était acceptée si renseignée.  
Si plusieurs cases étaient cochées, la valeur était classée comme « non interprétable ».
- r. Item 17 : Moment de la consultation le plus important lors de la consultation de suivi de pathologies chroniques.**  
Une seule valeur était acceptée si renseignée.  
Si plusieurs cases étaient cochées, la valeur était classée comme « non interprétable ».  
Si aucune case n'était cochée, la valeur était classée comme « ne se prononce pas »
- s. Item 18 : Acceptation de l'absence de mesure au cabinet**  
Il était pris en compte la valeur « oui » ou « non » si renseignée  
Si aucune case n'était cochée et que les items 19,20 et 21 étaient renseignés, sans que les soient les items 22,23, 24, 25, 26, la valeur « Oui » était retenue.  
Si aucune case n'était cochée et que les items 22, 23, 24, 25, 26 étaient renseignés, sans que les soient les items 19,20,21, la valeur « Non » était retenue.  
Si les deux cases étaient cochées ou pour tout autre cas de figure la valeur « non interprétable » était retenue et les réponses cochées aux items 19 à 26 n'étaient pas pris en compte.
- t. Items 19, 20, 21 : Motivations à l'acceptation d'absence de mesure au cabinet**  
Une seule valeur était acceptée si renseignée.  
Si aucune case n'était cochée, la valeur « ne se prononce pas » était retenue.  
Si la valeur à l'item 18 était « Non » et que les items 22, 23, 24, 25 et 26 étaient renseignés, les réponses n'étaient pas prises en compte.  
Si la valeur retenue à l'item 18 était « Non Interprétable », les réponses n'étaient pas prises en compte.
- u. Items 22, 23, 24, 25, 26 : Motivations au refus d'absence de mesure au cabinet**  
Une seule valeur était acceptée si renseignée.  
Si aucune case n'était cochée, la valeur « ne se prononce pas » était retenue.  
Si la valeur à l'item 18 était Oui et que les items 19,20 et 21 étaient renseignés, les réponses n'étaient pas prises en compte.  
Si la valeur à l'item 18 était « Non Interprétable », les réponses n'étaient pas prises en compte.
- v. Item 27 : Sexe du médecin généraliste**  
Il était pris en compte la valeur Féminin (F) ou Masculin (M).
- w. Item 28 : Âge du médecin généraliste**  
Il était pris en compte la valeur déclarée en années.
- x. Item 29 : Année d'installation du médecin généraliste**  
Il était pris en compte la valeur de l'année d'installation déclarée.

## *6. Loi " Informations et Libertés ", Comité d'éthique et conflits d'intérêts*

Un contact téléphonique a été pris le 02/04/2015 avec le service juridique " pôle santé du CNIL ". Les recherches médicales qui ne nécessitaient pas de transmission d'informations personnelles directement ou indirectement identifiantes n'étaient pas soumises à la loi " Informations et Libertés ". Elles ne nécessitaient aucune déclaration particulière au CNIL.

Un contact téléphonique avec Pr Bertrand (Comité de Protection des Personnes) a été pris le 03/04/2015. Le fait de répondre au questionnaire fait preuve de consentement, sous réserve d'une information sur l'absence d'obligation de répondre et l'absence de modification de la prise en charge. Ces informations ont été inscrites en première page de chaque questionnaire. Aucune autorisation particulière d'un comité d'éthique n'était nécessaire.

Aucun conflit d'intérêt avec un fabricant de tensiomètre ou laboratoire pharmaceutique n'était à déclarer.

# Résultats

## I. Réponses obtenues

**Tableau 1 : Taux de réponses**

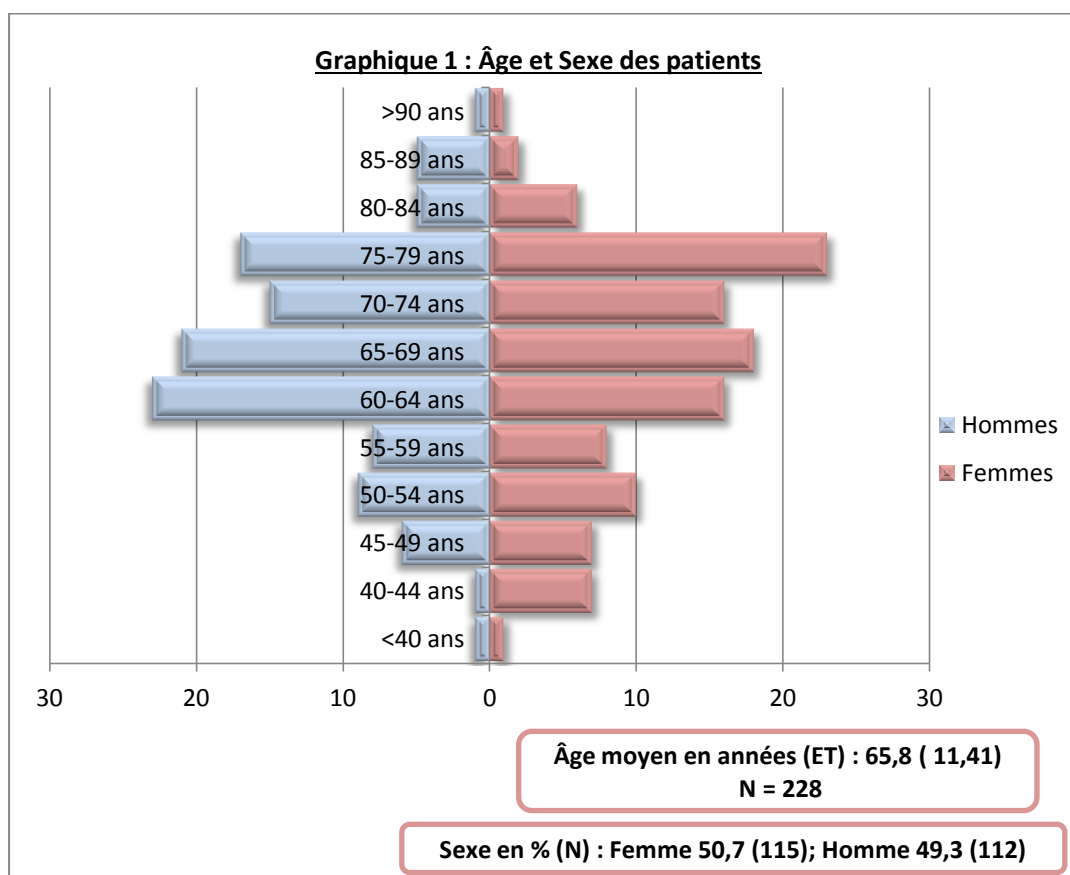
nombre de médecins contactés	75
nombre de médecins ayant acceptés les questionnaires	65
nombre de médecins ayant rendus des questionnaires	47
nombre de questionnaires distribués	650
nombre de questionnaires reçus remplis	238
nombre de questionnaires exclus *	9
nombre de questionnaires pris en compte	229

\* 7 patients ne prenaient pas de traitement anti-hypertenseur et 2 patients n'avaient jamais réalisés d'AMT

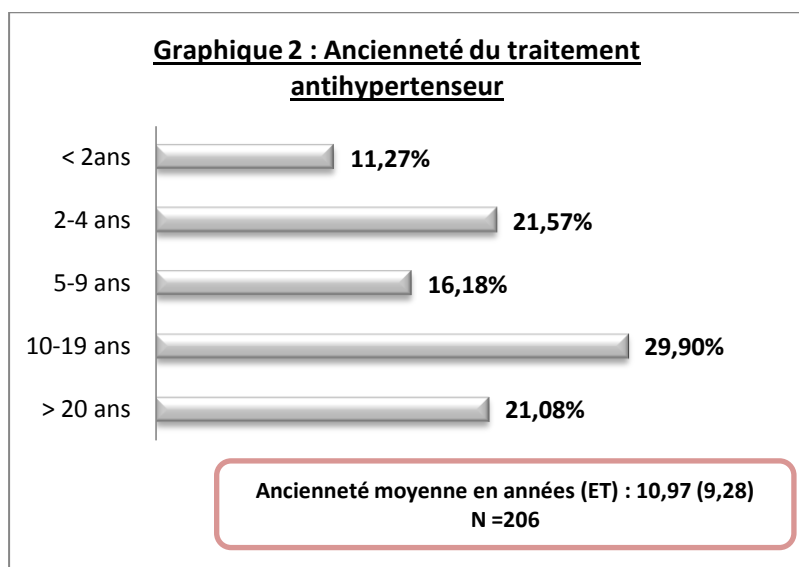
## II. Analyse Univariée

### 1) L'échantillon

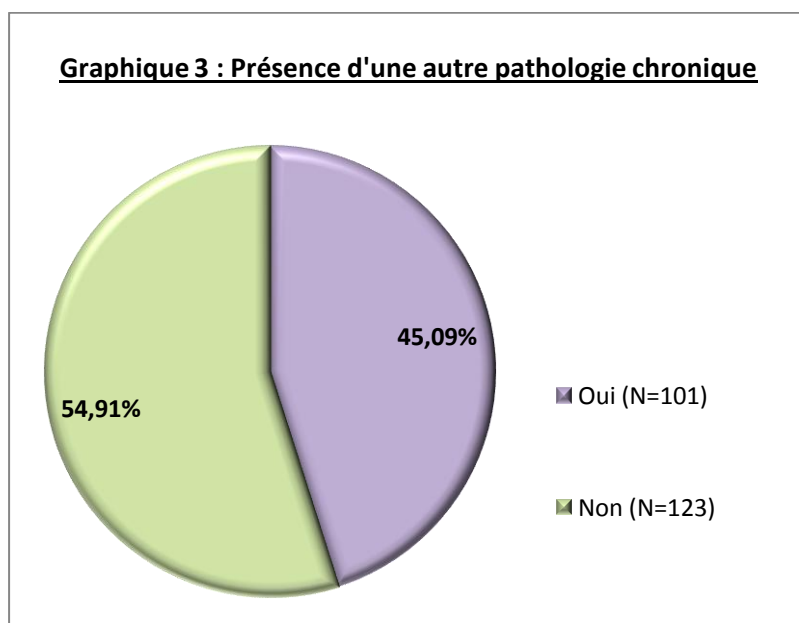
#### Age et Sexe des patients



## Ancienneté du traitement antihypertenseur

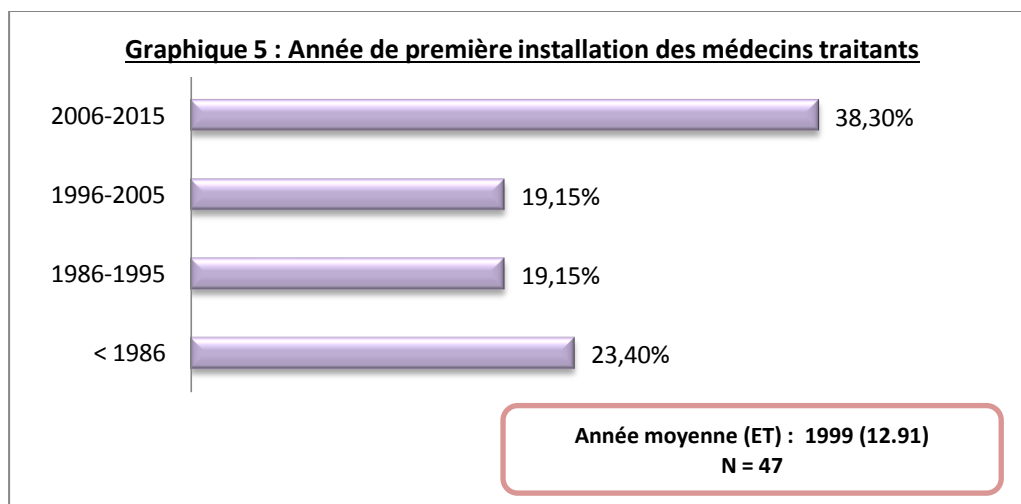
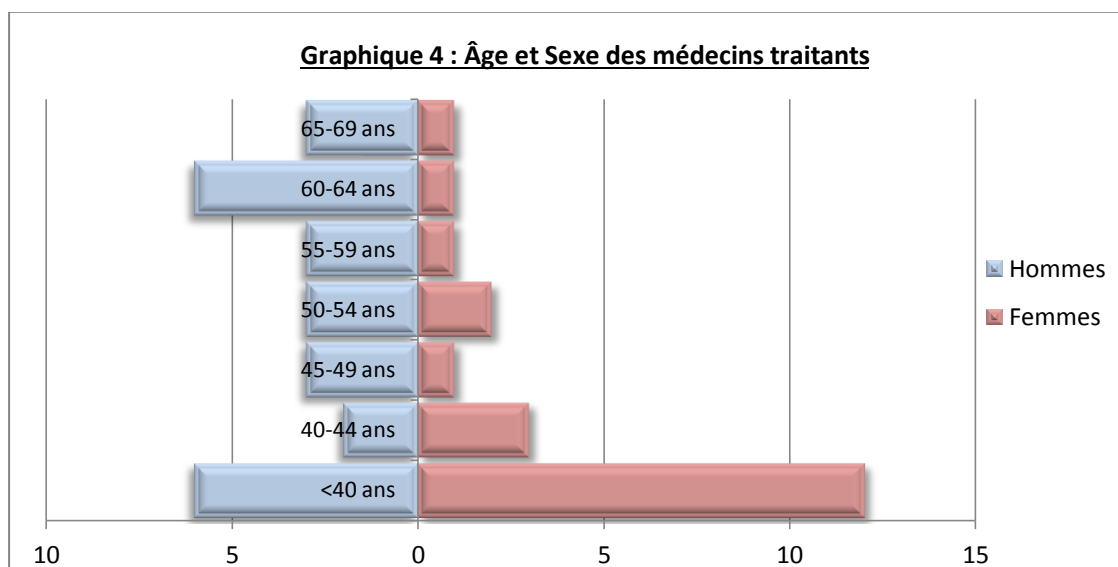


## Autre pathologie chronique



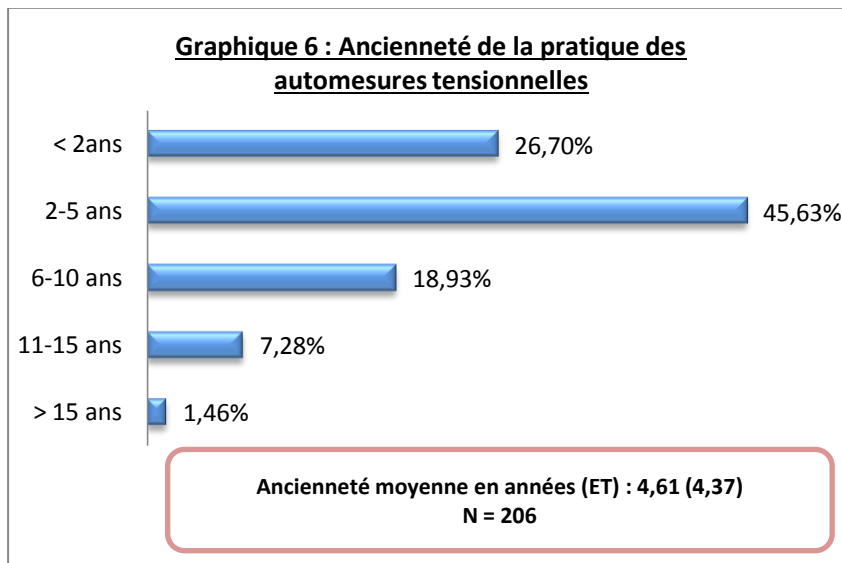
## 2) Caractéristiques des médecins généralistes

### *Age, Sexe et année de première installation des médecins généralistes*

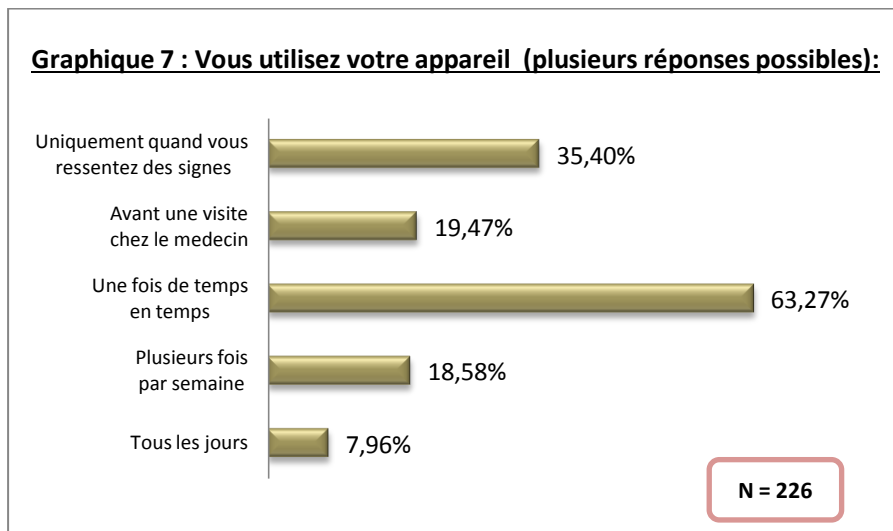


### 3) Caractéristiques de la pratique de l'automesure tensionnelle

#### *Ancienneté de la pratique de la l'automesure tensionnelle*

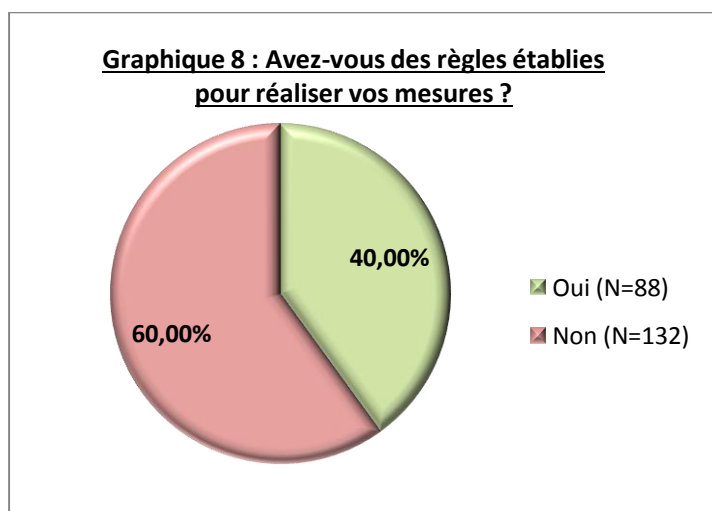


#### *Fréquence de l'automesure tensionnelle*

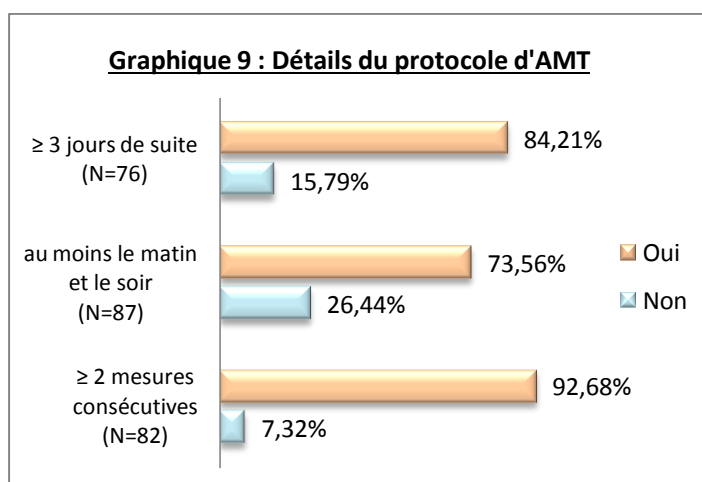




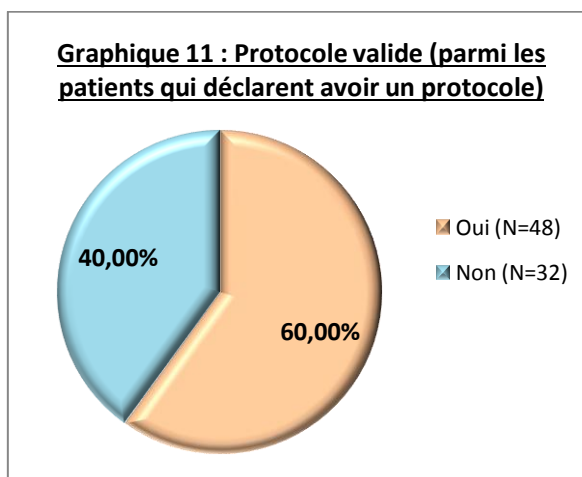
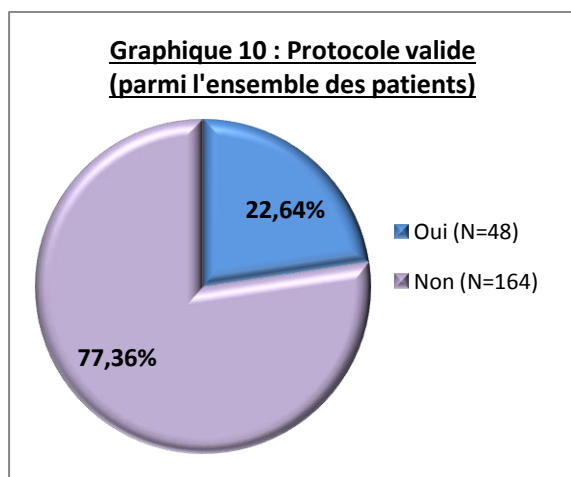
## Présence d'un protocole



## Détails du protocole

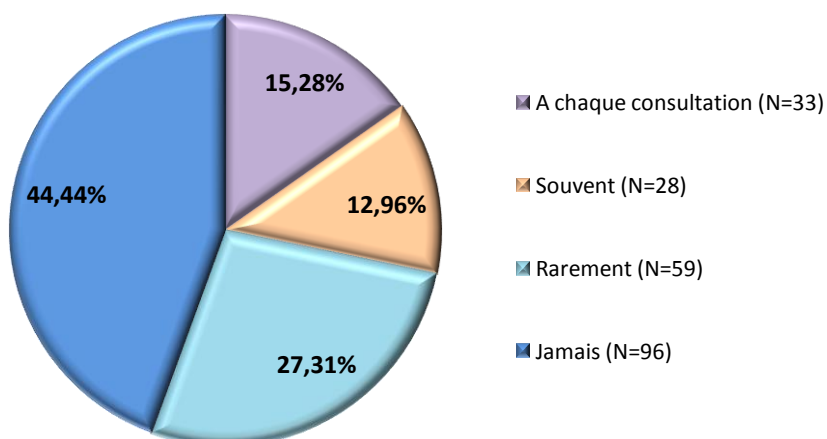


## Protocole valide



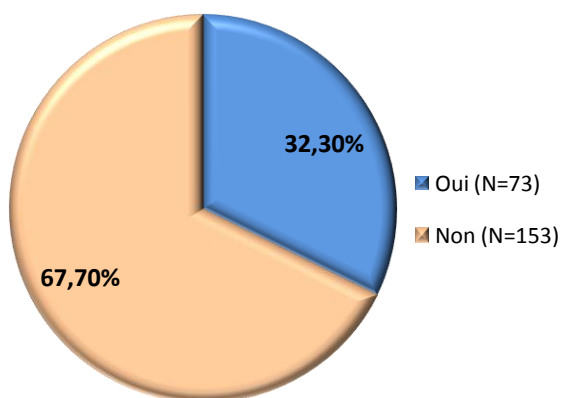
## Relevé amené lors de la consultation de suivi de l'hypertension artérielle

**Graphique 12 : Amenez vous votre feuille de relevé de tension lors de la consultation ?**

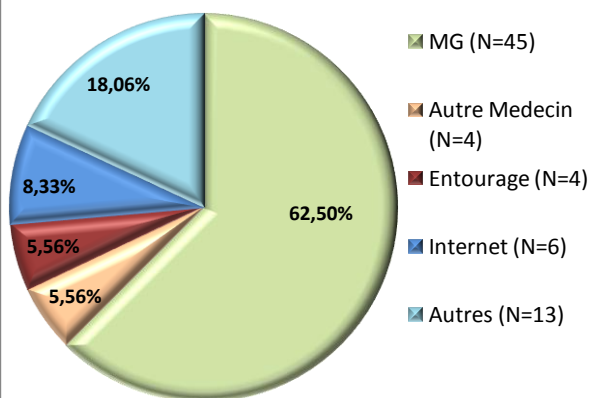


## Document type

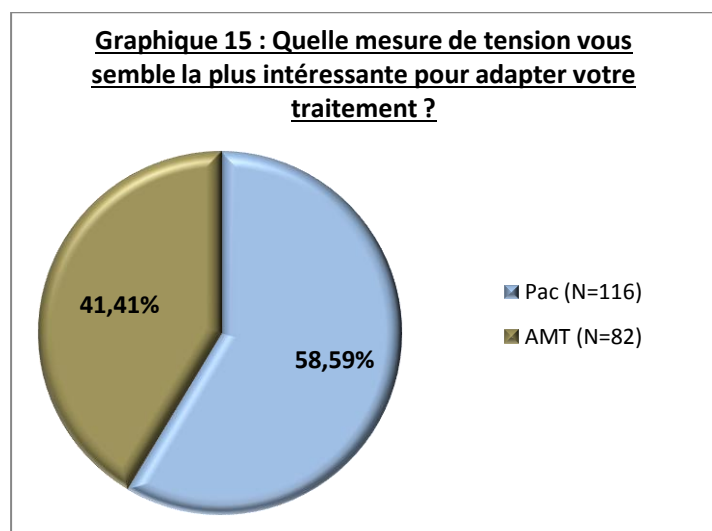
**Graphique 13 : Avez-vous un document type pour noter vos mesures de tension ?**



**Graphique 14 : Si oui, comment l'avez-vous obtenu ?**



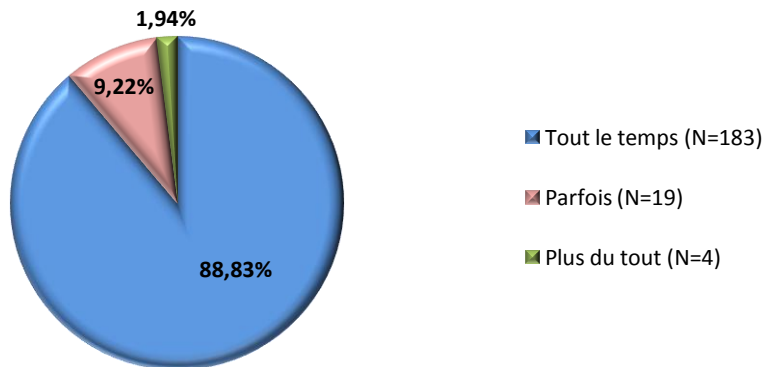
*Mesure considérée comme la plus pertinente pour adapter le traitement*



#### 4) Caractéristiques de la consultation de suivi

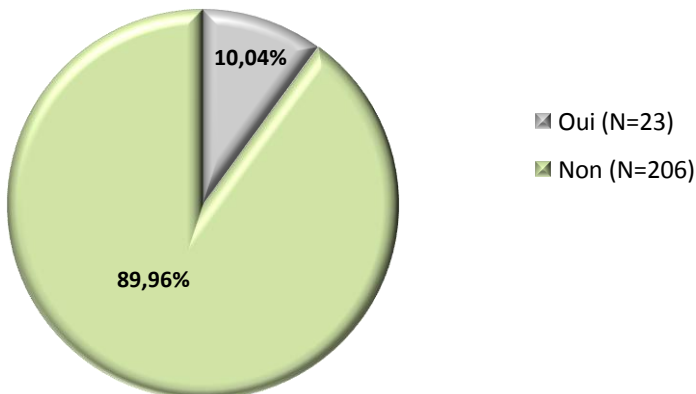
##### *Fréquence de la mesure au cabinet quand l'automesure est communiquée*

**Graphique 16 : Quand vous avez communiqué les valeurs de vos mesures à domicile, votre médecin vous prend t il toujours la tension ?**



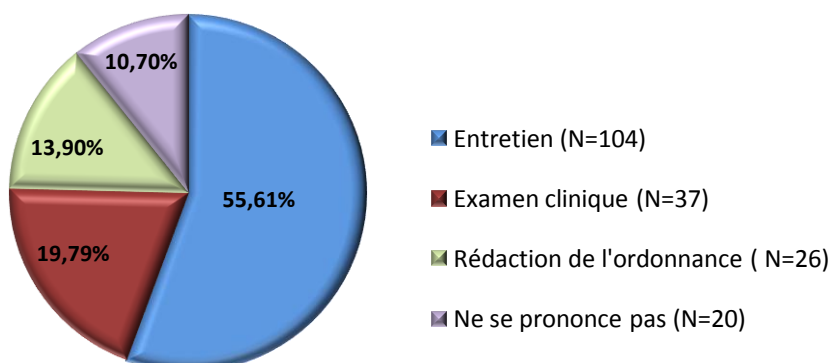
##### *Sensation que le médecin généraliste manque de temps*

**Graphique 17 : Trouvez vous que votre medecin manque parfois de temps pour répondre à toutes vos attentes lors des consultations de renouvellement ?**



##### *Moment le plus important de la consultation de suivi de l'hypertension artérielle*

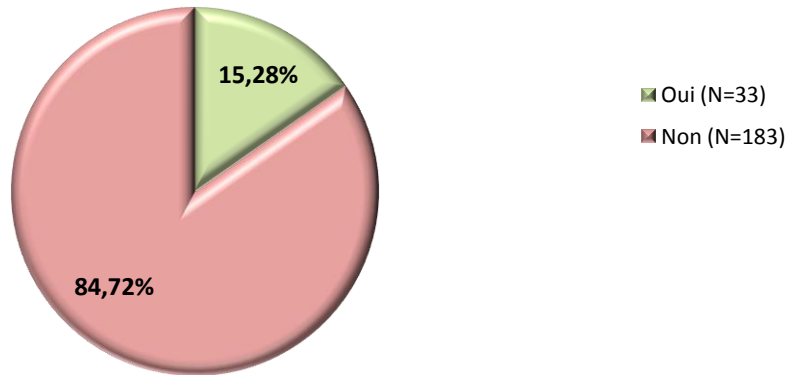
**Graphique 18 : Quel moment de la consultation de renouvellement a le plus d'importance à vos yeux ?**



## 5) Acceptation de l'absence de mesure au cabinet:

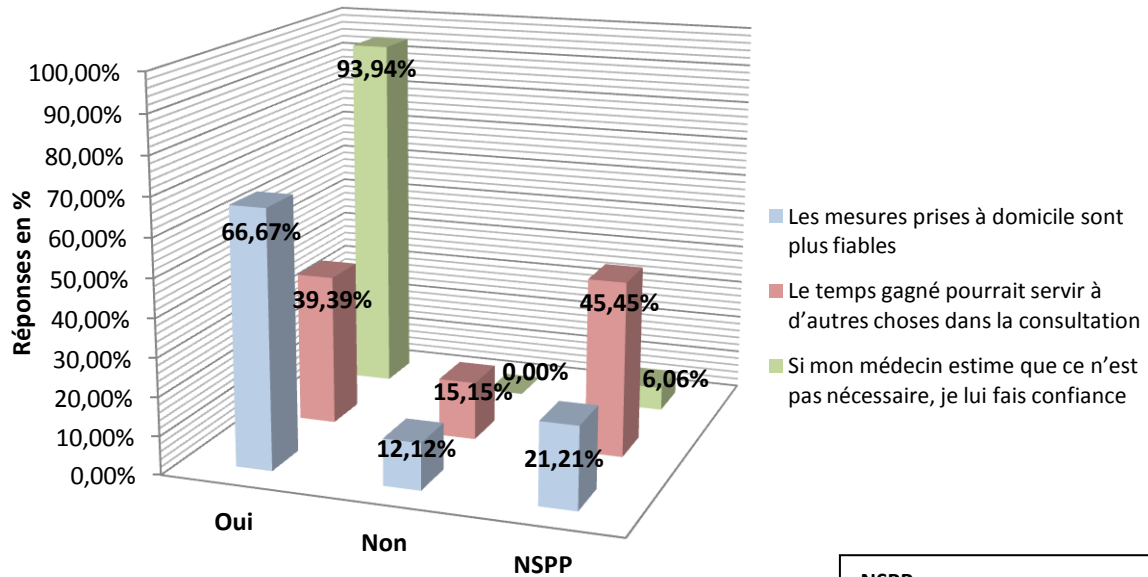
% oui et % non

**Graphique 19 : Maintenant que vous prenez votre tension chez vous, Accepteriez vous que votre medecin ne la prenne plus lors des consultations de renouvellement ?**

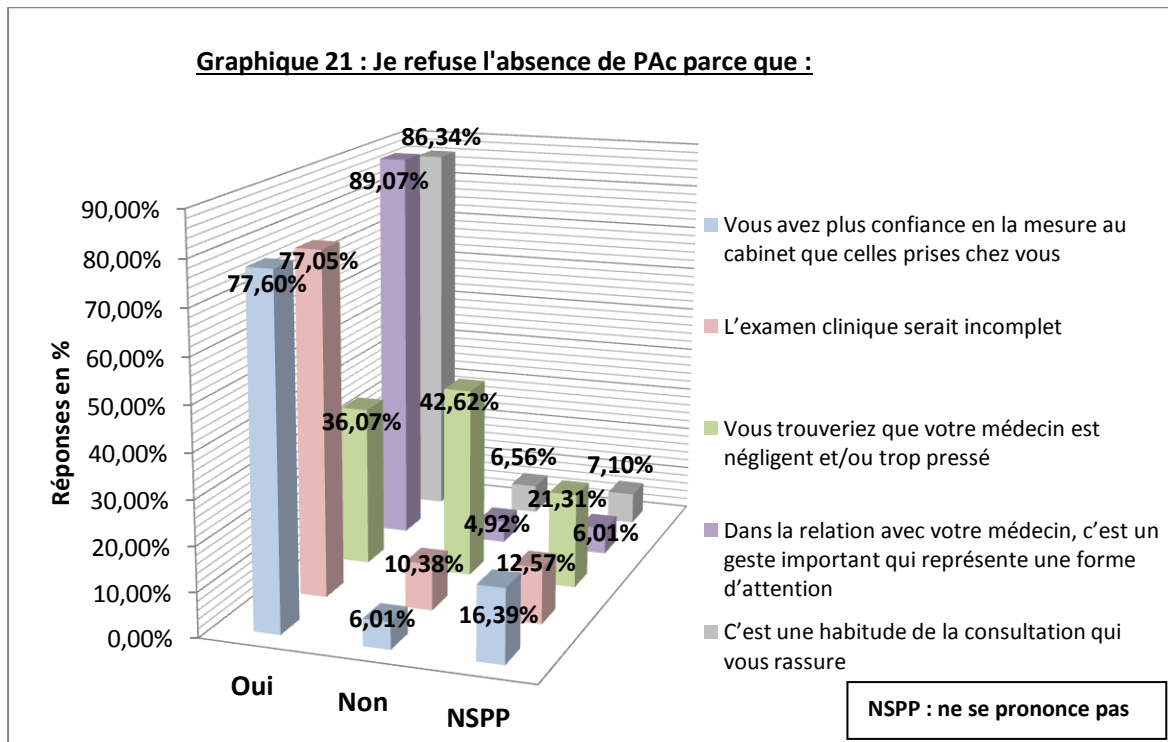


### Justifications du Oui

**Graphique 20 : J'accepte l'absence de PAc parce que :**



## Justifications du Non



### III. Analyse Bivariée

De façon significative, les patients qui acceptaient l'absence de PAc (Annexe 04) :

- étaient plus jeunes ( $p=1,79^E-05$ ),
- avaient un traitement depuis moins longtemps ( $p=5,68^E-03$ ),
- pratiquaient les AMT depuis plus récemment ( $p=3,78^E-02$ ),
- avaient plus souvent un protocole ( $p=5,19^E-03$ ),
- avaient plus souvent un protocole valable ( $p=4,62^E-05$ ),
- présentaient plus fréquemment leur relevé à leurs MG ( $p=7,17^E-07$ ),
- possédaient plus souvent un document type ( $p=3,10^E-03$ )
- percevaient plus souvent l'AMT comme plus pertinente que la PAc pour adapter le traitement ( $p=2,03^E-08$ ),
- avaient moins souvent une PAc systématique lorsque que les AMT étaient communiquées au MG ( $p=6,79^E-06$ ).

Il n'a pas été retrouvé de différence significative concernant (Annexe 04):

- le sexe du patient ( $p=0,07$ ),
- la présence d'une comorbidité ( $p=0,23$ ),
- l'âge du MG ( $p=0,09$ ),
- le sexe du MG ( $p=0,18$ ),
- l'année de première installation du MG ( $p=0,13$ ),
- le moment choisi pour réaliser les AMT le plus pertinent ( $p=0,67$ ),
- le moment choisi pour réaliser les AMT le moins pertinent ( $p=0,97$ ),
- la source du document type ( $p=0,62$ ),
- la sensation de manque de temps lors de la CSH ( $p=0,75$ ),
- le moment perçu comme le plus important de la CSH ( $p=0,21$ ).

Autres résultats (Annexe 05):

- Les patients qui possédaient un document type utilisaient plus souvent un protocole valable ( $p=1,78^E-09$ ) et amenaient plus souvent leur relevé à leur médecin ( $p=1,31^E-08$ ).
- Les patients chez qui le MG mesurait la PAc de façon systématique (alors que les AMT étaient communiquées) accordaient plus d'importance à la PAc pour adapter le traitement que ceux chez qui le MG ne mesurait la PAc que parfois ou plus du tout ( $p=8,22^E-04$ ).

## IV. Analyse Multivariée

Pour éviter les biais de confusion et proposer une interprétation plus pertinente l'analyse multivariée a été réalisée. Les 3 critères retenus et qui se sont avérés être les plus significatifs ont été l'âge <60 ans, la possession d'un protocole valide et la fréquence de la mesure de PAc par le médecin généraliste. Le sexe a été conservé par convention dans ce modèle d'analyse mais n'a pas montré de différence significative.

<b>Tableau 2 : Analyse Multivariée en régression logistique pas à pas descendante</b>	<b>p</b>	<b>Odds Ratios</b>	<b>Intervalle de confiance de Wald à 95 %</b>	
<b>Sexe patient F vs M</b>	0,18	1,92	0,74	4,98
<b>Age &lt; 60 ans vs &gt; 60 ans</b>	6 <sup>E</sup> -04	5,80	2,14	15,72
<b>Protocole AMT valide Oui vs Non</b>	9 <sup>E</sup> -04	5,112	1,95	13,43
<b>Mesure de la PAc alors que communication de l'AMT : Parfois/Plus du Tout Vs Tout le temps</b>	<,0001	23,28	6,00	90,26

*Note: 50 observations ont été supprimées en raison de valeurs manquantes pour la réponse ou pour une variable explicative*

	Différence significative
	Différence non significative

Cette analyse nous montre que l'absence de PAc :

- a 6 fois plus de chance d'être acceptée lorsque le patient a < 60 ans.
- a 5 fois plus de chance d'être acceptée lorsque le patient possède un protocole valide.
- a 23 fois plus de chance d'être acceptée lorsque le MG ne mesure plus systématiquement la PAc lorsque les AMT ont été transmises.



# Discussion

---

## I. Les forces et faiblesses de l'étude

### 1) Les forces

#### *Originalité de l'étude*

Il n'a pas été retrouvé d'étude s'intéressant aux attentes concernant la PAc chez les patients hypertendus qui réalisent des AMT. Les études existantes concernaient la population générale de façon qualitative, la population normotendue ou les médecins généralistes. La population de patients hypertendus réalisant des AMT représentent environ la moitié des patients hypertendus, et ceux pour qui la question de l'absence de PAc se pose le plus.

#### *Nombre de questionnaires remplis*

Le nombre de questionnaires récoltés correspond aux objectifs fixés au début de l'étude pour obtenir une enquête d'opinion et de pratique cohérente pour une thèse de médecine générale. Aucune étude similaire n'ayant été retrouvée dans nos recherches bibliographiques, aucun calcul de puissance n'a pu être réalisé avant l'étude. Le taux de réponse "Oui" à la question du critère de jugement principal est en dessous de celui que l'on pouvait envisager avec notre bibliographie. Ce faible taux de réponse "Oui" entraîne parfois des effectifs théoriques inférieurs à 5 et a dû nécessiter l'utilisation du test de Fisher. De même les Odds-ratio retrouvés dans l'étude multivariée sont parfois larges. Cependant, les analyses statistiques retrouvaient des différences très significatives quand elles existaient avec des p très inférieurs à 0.05.

#### *Evaluation de la cohérence des réponses*

Les items 14/19/22 (Quelle mesure de tension vous semble la plus intéressante pour adapter votre traitement ?/ Les mesures prises à domicile sont plus fiables/ Vous avez plus confiance en la mesure au cabinet que celles prises chez vous) posaient volontairement quasiment la même question. Cela a été fait de façon volontaire lors de l'élaboration du questionnaire afin de contrôler la cohérence des réponses. En comparant les réponses des items 19 et 22 en fonction de celle cochée à l'item 14, 80 % des réponses sont cohérentes. On peut donc considérer que la cohérence est satisfaisante.

#### *Analyse Multivariée*

Les critères susceptibles de faire accepter l'absence de PAc pouvaient être regroupés en trois groupes : ceux liés au terrain, ceux liés à la pratique des AMT et ceux liés à la CSH. Compte tenu du nombre de réponse " Oui " à l'événement " Accepteriez l'absence de PAc ", le nombre idéal de valeurs retenues dans le modèle final était trois. Ces trois valeurs avec les p les plus significatifs étaient l'âge du patient, la possession d'un protocole valide et la mesure systématique de la PAc. Ces dernières représentaient justement chacune un critère des groupes cités plus haut. Ce résultat était celui espéré et témoigne de la pertinence du questionnaire et de la recherche bibliographique.

## 2) Les faiblesses

### *Biais de sélection: biais de recrutement*

Le principal biais de sélection est la distribution des questionnaires par les médecins. Les MG en France ont en moyenne 75 patients hypertendus traités possédant un appareil d'AMT (6)(43). Le délai minimum de 3 mois laissé aux MG leur a permis de voir la quasi-totalité de la patientèle concernée au moins une fois. Nous pensions que 10 questionnaires par médecin était réalisable pour tous et limiterait les MG les plus "sensibles" aux AMT afin de maintenir une représentabilité identique pour chaque médecin. Mais la participation a été en réalité bien inférieure, car le nombre moyen de questionnaires par médecin ayant participé a été de 5,1. Le taux de réponse n'a pas été le même chez tous les médecins. Les trois médecins ayant exprimé une réticence envers les AMT n'ont fait remplir aucun questionnaire. L'attention portée à la distribution des questionnaires a du probablement dépendre de l'intérêt porté par les MG envers les AMT.

D'autres facteurs semblent avoir fait varier le taux de réponse par médecin. Cinq médecins ont reçu les questionnaires par le biais d'un associé. Aucun de ces médecins n'a fait remplir de questionnaire à ses patients. Rencontrer ces médecins n'a pas été possible, car ils n'étaient pas disponibles pour me recevoir. Il aurait été pourtant intéressant de connaître comment la patientèle de ces médecins "pressés" utilise les AMT.

Le nombre de questionnaires remplis était bien plus faible lors du premier mois suivant la distribution aux médecins, puis a augmenté progressivement au fur et à mesure des contacts téléphoniques et de mes passages aux différents cabinets. Les 3 mois laissés aux médecins pour distribuer les questionnaires ont probablement plus servi à les convaincre et leur faire penser à distribuer les questionnaires qu'à trouver les patients pouvant être inclus. Ces contacts réguliers ont sans aucun doute favorisé le taux de réponse général. Les médecins n'ayant pas de secrétariat ont d'ailleurs mieux participé à la distribution des questionnaires. Les secrétaires ayant souvent, volontairement ou non, fait "barrage" avec les médecins.

### *Biais de sélection: biais de valorisation*

Malgré l'anonymat du questionnaire et la consigne pour les MG de ne pas prendre connaissance des réponses, on peut supposer que certains l'aient fait, ou que certains patients en aient eu la crainte. Les réponses ont pu être influencées par le fait que les patients aient essayé de faire passer un message bienveillant à leur médecin ou d'éviter que leurs réponses soient considérées comme un reproche.

Les médecins ayant connaissance des questions ont pu également sélectionner leurs patients les plus "reconnaissants" envers eux et les plus "sérieux" dans la pratique des AMT. Ce possible mécanisme visant à recueillir un maximum de réponses valorisantes sur leur pratique a donc entraîné un biais de sélection.

### *Données non interprétables ou manquantes : biais méthodologique*

Nombreuses sont les données considérées comme "non interprétables" car plusieurs cases avaient été cochées. Pour certaines questions, les patients avaient du mal à se prononcer. Par exemple, pour l'item 14 (Quelle mesure de tension vous semble la plus intéressante pour adapter votre traitement ?), certains patients ont coché les deux réponses et ont ajouté « et » au milieu. Parfois, c'est aussi l'absence d'aide pour remplir le questionnaire et des maladresses dans la mise en page qui ont favorisé le mauvais remplissage du questionnaire. Pour l'item 6 (fréquence d'utilisation de l'AMT), une seule réponse était attendue, hors 42 % ont coché 2 ou 3 cases (parfois en opposition), la question n'était donc pas assez fermée, et la présentation des réponses sur deux lignes a peut-être

incité les patients à cocher une réponse par ligne). Mettre entre parenthèses " cochez une seule case " aurait aussi pu permettre de diminuer ces données non interprétables.

Les données manquantes sont difficiles à interpréter, mais on peut tout même supposer que certains patients n'ont pas eu envie de prendre le temps nécessaire à répondre à toutes les questions. Pour d'autres les questions étaient peut être mal comprises. Même si certains termes utilisés étaient volontairement adaptés à la compréhension d'un maximum de patients (on parle de " tension artérielle " et non de " pression artérielle ", on ne parle pas de " protocole " mais de " règles établies pour réaliser les mesures ".....), certaines auraient peut être encore pu être plus simplifiées.

### *Biais de formulation*

Le questionnaire a été élaboré grâce à des études qualitatives. Les justifications pouvant expliquer l'acceptation ou le refus de l'absence de PAc ont pu être regroupées par similitude de sens dans trois principales explications pour le " oui " et cinq pour le " non ". Cette différence se remarque visuellement en observant le questionnaire et peut donner l'impression qu'il existe plus d'arguments pour refuser l'absence de PAc que de l'accepter. Cette inégalité de propositions a pu influencer les patients dans leur réponse. Le plus grand nombre de justifications pouvant expliquer le refus de l'absence de PAc est cependant une réalité constatée dans notre recherche bibliographique. Une autre mise en forme du questionnaire aurait peut être pu permettre de diminuer cette impression " visuelle ".

## **II. Les patients hypertendus réalisant des automesures tensionnelles refusent l'absence de mesure au cabinet**

85% des patients hypertendus réalisant des AMT refusaient l'absence de PAc lors de la CSH.

Aucune étude similaire s'intéressant à cette population n'a été retrouvée dans notre recherche bibliographique. L'acceptation de l'absence de PAc paraît très faible et nous a surpris.

Une étude de 2007 (40), portant sur un échantillon de 101 patients hypertendus dont seulement 7 % possédaient un appareil d'automesure retrouvait que 85 % considéraient la PAc comme importante ou très importante. On aurait pu penser dans notre étude que la pratique des AMT allait diminuer l'importance accordée à la PAc. Mais nos résultats témoignent d'un attachement à la PAc comparable dans les deux populations.

### **III. Les arguments du refus ou de l'acceptation de l'absence de mesure au cabinet**

#### **1) Manque de confiance envers les automesures tensionnelles**

Dans notre étude, une majorité de patients pensaient que la PAc est plus pertinente que l'AMT pour adapter le traitement. Or, les mesures réalisées en dehors de l'environnement médical ont la valeur de décision la plus importante (44). Les dernières recommandations de la SFHTA préconisent d'ailleurs la réalisation d'AMT avant toute instauration ou modification de traitement antihypertenseur. Nous n'avons pas retrouvé d'étude se penchant sur les raisons du manque de confiance accordée par les patients envers les AMT.

Certains médecins souffrent également de ce manque de confiance injustifiée envers les AMT. Même si les médecins connaissent pour la plupart l'intérêt des AMT, ils ne sont pas encore convaincus que cela est possible à une grande échelle (45). Une étude a recherché les raisons données par les MG pour la non utilisation de l'AMT (33). Les principales ont été le manque de fiabilité des appareils, les difficultés logistiques, le stress des patients, le manque de confiance aux patients. La SFHTA préconise de privilégier la mesure électronique de la PA (17). La liste des appareils d'AMT de l'ANSM garantit leur fiabilité. Après une éducation à l'AMT, l'évaluation du geste et de la technique est satisfaisante (34). Sa faisabilité est excellente, y compris chez les personnes âgées (46)(47)(48). Les patients qui pratiquent les AMT déclarent très majoritairement que cela les rassurent (49)(50) et que cela n'est pas contraignant (34). Les freins au développement des AMT exprimés par les médecins ne semblent donc pas réels au vu de notre recherche bibliographique.

#### **2) Un examen clinique incomplet ?**

Plus de trois patients sur quatre refusant l'absence de PAc pensaient que l'examen clinique ne serait pas complet sans la PAc.

L'examen clinique est le moment où la proximité physique permet de mieux se confier, sans la barrière physique qu'est le bureau. Au travers de l'inspection, de la palpation et de l'auscultation, les patients se sentent regardés, touchés et écoutés (51). L'examen clinique était le deuxième moment le plus important de la CSH derrière l'entretien.

Mais résumer l'examen clinique à la PAc serait réducteur. L'absence de PAc ne serait pas synonyme de disparition de l'examen clinique. De nombreux gestes restent nécessaires pour surveiller et dépister les complications de l'HTA ou des autres FDRCV. De plus, les patients qui consultent pour le suivi de leur HTA sont à considérer dans leur globalité : des gestes pour le dépistage d'autres pathologies ou pour répondre à leurs autres plaintes maintiennent l'examen clinique comme indispensable. L'examen clinique est la base de la pratique médicale. Il se doit d'être scientifiquement pertinent.

### 3) Absence de mesure au cabinet = gain de temps ?

Seulement 10 % des patients trouvaient que leur médecin manque parfois de temps lors de la CSH. Pour moins de quatre patients sur dix qui accepteraient l'absence de PAc le temps gagné pourrait servir à d'autres choses. Seulement 1 patient sur trois refusant l'absence de PAc estimerait que son MG est pressé et/ou négligent s'il ne mesurait plus la PAc. Peu de patients semblaient donc préoccupés par le temps que pourrait faire gagner l'absence de PAc.

Il n'a pas été retrouvé de lien entre l'acceptation d'absence de PAc et la sensation de manque de temps du MG lors de la CSH. Ces résultats nous ont surpris, il nous semblait que les patients les plus demandeurs de PAc étaient les plus " exigeants " et qu'ils trouveraient plus que les autres que leur MG manque de temps. A l'inverse, les patients qui acceptaient l'absence de PAc ne trouvaient pas moins que les autres que leur médecin manque parfois de temps.

Un médecin qui ne prend pas suffisamment le temps peut être considéré comme un mauvais médecin. Mais les médecins ont-ils vraiment toujours la possibilité de prendre le temps nécessaire ? La démographie médicale fait que de nombreux médecins doivent répondre à une forte demande. Cela ne laisse pas toujours la possibilité au MG de consacrer à chaque patient le temps qu'il voudrait lui accorder. L'éducation aux AMT prend du temps au début. Mais une fois l'effort initial réalisé, le temps consacré à la PAc permettrait de réaliser d'autres actes permettant un meilleur contrôle des risques cardiovasculaires.

Hormis l'équilibre tensionnel et une meilleure implication des patients, l'AMT peut avoir d'autres avantages. Le délai entre deux consultations de suivi est très souvent de 3 mois. Chez les patients hypertendus équilibrés ayant un faible risque cardio-vasculaire, des AMT correctement réalisées tous les 3 mois pourraient permettre d'espacer les consultations de suivi tous les 6 mois comme certaines recommandations le préconisent (52)(21). Une partie des MG semblent prêts à le faire(10). Une étude canadienne a confirmé que l'efficacité et l'observance sont identiques pour un suivi de 3 ou de 6 mois (53). Une télétransmission des AMT s'inscrivant dans un programme de télémedecine semble aussi une approche intéressante pour l'avenir.

#### 4) La mesure de pression artérielle, le symbole d'une forme d'attention qui rassure

##### *Les automesures tensionnelles peuvent aussi être une marque d'attention qui rassure*

Dans notre étude, les patients qui surveillaient leur PA à domicile restaient demandeurs de PAc. Chez les 85 % de patients refusant l'absence de PAc, les deux principales justifications étaient l'importance symbolique du geste qui représentait une forme d'attention (89%) et le fait que c'était une habitude qui rassure (86%). La PAc est perçue comme une marque de conscience professionnelle, une attention particulière qui rassure. Les AMT semblent pouvoir remplir ce rôle au moins aussi bien :

- Dans plusieurs études la majorité des patients déclaraient que la réalisation des AMT les rassuraient (49)(50)(34).
- Dans la thèse de G. Gachet (9), des médecins avouaient être résignés à " prendre la tension " plus que " mesurer la pression artérielle ". Cette mesure est alors pratiquée sans que le médecin prête véritablement attention au geste et aux résultats. L'objectif de cette mesure est de répondre aux attentes supposées des patients. Une bonne éducation aux AMT n'est elle pas une meilleure marque d'attention que de continuer à mesurer la PAc sans que le résultat de la mesure n'influence la décision du médecin ? Echanger et dialoguer avec le patient sur ses attentes seraient une marque d'attention loyale permettant probablement d'éviter des gestes cliniques inutiles.

##### *Un symbole développé et entretenu par le médecin généraliste ?*

Ce qui est ressenti parfois comme une pression peut être en réalité un désir de participation consciente et constructive du patient(54) pour échanger autour de la prescription(31). Nous avons retrouvé peu d'études s'intéressant spécifiquement à la demande des patients sur la PAc. Un travail de thèse de 2006(55) a pour titre « Pourriez vous prendre ma tension, docteur ? ». Cette enquête d'opinion s'intéressait à la demande de PAc par les patients normotendus. La mesure de PAc dans cette situation peut avoir d'autres objectifs que dans la population de notre étude. Cependant, la demande de PAc y est aussi souvent médicalement peu pertinente alors qu'elle est la plupart du temps réalisée de façon systématique. La valeur symbolique de la PAc y apparaît plus importante chez les MG que chez les patients. L'intérêt principal pour les patients normotendus semble d'être rassurés par les valeurs normales plus que par le geste en lui-même.

Dans notre étude, les patients chez qui le MG mesurait la PAc de façon systématique accordaient plus d'importance à la PAc pour adapter le traitement que ceux chez qui le MG ne mesurait la PAc que parfois ou plus du tout. Les patients plus jeunes et traités depuis moins longtemps acceptaient mieux l'absence de PAc. Le côté symbolique de la PAc s'installerait il au fur et à mesure de la prise en charge de l'HTA ? La répétition des mesures donne t elle plus de valeur à la PAc qu'elle n'en a en réalité pour les patients initialement? Le côté symbolique de la PAc est il développé et entretenu par les représentations du MG ? Nous n'avons pas trouvé de réponse à ces questions dans nos recherches bibliographiques.

## 5) Rôle du médecin généraliste

La confiance envers le MG était la cause la plus souvent citée pour accepter l'absence de PAC. Le fait que le MG estimait que la PAC n'est pas nécessaire primait sur la connaissance des avantages des AMT. Ces résultats témoignent de l'importance du rôle du MG dans le développement des AMT.

On estime à 7.5 millions le nombre d'appareils d'AMT en France en 2014. Cela représente 43 % des sujets traités pour une HTA et 14 % chez les non traités (6). Ces chiffres démontrent bien le désir des patients de s'approprier leur santé et la surveillance de leur pression artérielle. Mais les connaissances des recommandations par les MG est médiocre(45). Le fait qu'il y ait une appropriation de l'AMT par les patients et non par les MG (7)(56) pourrait expliquer la mauvaise pratique des AMT. La bonne connaissance et l'intérêt porté par le médecin aux AMT sont primordiaux pour une bonne pratique des patients. Le degré de motivation et la réalité de la perception de l'HTA du MG déterminent le contrôle de la PA de ses patients (57).

Les médecins généralistes sont des acteurs indispensables au développement de l'éducation thérapeutique. Leur implication est souhaitée par les institutions pour répondre aux enjeux actuels de santé. Cependant, la pratique libérale de l'éducation thérapeutique se heurte à de nombreuses difficultés. Avant même d'envisager un possible abandon de la PAC, se pose la question de son acceptation par les patients. La question de jugement principal commence par « Accepteriez-vous... ». Elle implique cette notion de patient décideur, qui choisit le contenu de la consultation. Cette démarche était volontaire, car en médecine libérale, le patient a le choix de son médecin et change s'il n'est pas satisfait. La majorité des médecins mesure la PA surtout pour satisfaire la demande des patients hypertendus (4). L'absence de PAC ne peut pas être imposée, et aucune modification de ses habitudes ne peut être faite sans le consentement du patient. La prise en charge ne peut être acceptée sans être comprise. L'éducation thérapeutique a donc un rôle important. Un renforcement de l'éducation des patients sur les connaissances de l'HTA contribue à un meilleur contrôle à long terme de la PA (58). Les médecins ont une approche pratique de l'éducation thérapeutique mais ils en saisissent mal la finalité. Si les généralistes déclarent à 95% faire de l'éducation thérapeutique, leur pratique est cloisonnée et individuelle. Ils rencontrent des contraintes dans leur exercice quotidien, liées avant tout au manque de temps et à la difficulté de modifier les comportements des patients (59).

L'éducation thérapeutique a prouvé son efficacité pour modifier des habitudes médicalement non justifiées : l'absence d'antibiotiques dans les angines lorsque le TDR est négatif ou encore l'absence de glycémie capillaire lors de la consultation de suivi du diabète de type 2 alors que l'hémoglobine glyquée est mesurée plusieurs fois par an.

Le développement de la médecine basée sur des preuves contribue à mieux soigner (60)(61). Les données scientifiques accordent une grande importance aux AMT. Tout médecin est soumis à une obligation de moyens : obligation d'utiliser dans sa pratique tous les moyens permettant une meilleure prise en charge. Il est donc du devoir des MG de mieux connaître et utiliser les AMT.



## IV. Critères susceptibles de modifier l'acceptation de l'absence de mesure au cabinet

### 1) Liés au terrain

L'absence de PAc était mieux acceptée chez une population plus jeune, ayant un traitement depuis plus récemment et pratiquant les AMT depuis moins longtemps. Il paraît donc plus facile de faire accepter l'absence de PAc aux patients hypertendus dès l'instauration du traitement.

On peut supposer qu'il est plus difficile de modifier les attentes des personnes plus âgées, traitées depuis longtemps et mesurant leur PA d'une mauvaise façon depuis plus longtemps. Ces patients sont d'ailleurs les moins bien informés sur l'HTA et ceux pour qui la PAc est la moins fiable (55).

Pour une meilleure acceptation de l'absence de PAc à long terme, intensifier les efforts sur la mise en place d'AMT correctes dès l'instauration du traitement est probablement une stratégie intéressante.

### 2) Liés à la pratique des automesures tensionnelles

*Une bonne pratique des automesures tensionnelles est corrélée à une meilleure acceptation de l'absence de mesure au cabinet*

Les patients réalisant les AMT de façon correcte acceptaient mieux l'absence de PAc. L'absence de PAc ne peut être de toute façon envisagée que si les AMT sont réalisées correctement et communiquées au médecin

Or, cette étude nous montre que la pratique des AMT est perfectible. Les mesures étaient faites deux fois plus souvent quand le patient ressentait des symptômes généraux qu'avant une visite chez le médecin. La majorité pratiquait les AMT sans règle particulière, sans document type et ne les communiquait pas à leur MG. Parmi ceux qui déclaraient avoir un protocole, 60 % en possédaient un valide. L'appareil était considéré comme un " gadget " de la vie de tous les jours, quelque chose qui ne concernait pas forcément le médecin : la grande majorité des patients déclarait ne communiquer que rarement ou jamais leurs mesures à leur médecin. La pratique des AMT dans notre étude en 2015 présentait les mêmes caractéristiques que celles décrites en 2005 (34). Si la proportion de personnes possédant un appareil d'AMT a augmenté ces dernières années (6), la qualité de sa pratique reste encore mauvaise.

On peut espérer qu'une meilleure information, une meilleure éducation et un échange avec les patients concernant les AMT entraîneraient une meilleure pratique des AMT, une plus grande confiance en leurs mesures et donc une meilleure acceptation de l'absence de PAc.

*Nécessité de distribuer des documents types*

Dans notre étude, 22 % des patients déclaraient respecter au moins : 2 mesures, matin et soir, 3 jours consécutifs. Moins d'un patient sur trois déclarait avoir un document type pour noter ses mesures. Dans l'étude Megamet 2 (33), 31 % déclaraient demander au moins : 3 mesures, matin et soir, 3 jours consécutifs. Un tiers des MG déclaraient fournir des explications sur support papier. Même si les conditions de " validité " du protocole sont plus souples dans notre étude que dans Megamet, nous pouvons constater que les patients réalisent des protocoles valides moins souvent que ce que leur MG leur demande. Cet écart nous renseigne sur l'importance d'améliorer la façon de donner les consignes aux patients. Les patients qui possédaient un document type utilisaient plus souvent un protocole valable et amenaient plus souvent leur relevé à leur médecin. Leur possession

améliore donc la pratique des AMT. La source du document type n'influçait pas l'acceptation de l'absence de PAc. Des documents types et des fiches d'informations doivent être distribués d'une façon la plus large possible : par le médecin généraliste, par le pharmacien, par le fabricant d'appareil d'automesure....

### *Nécessité de mieux organiser les automesures tensionnelles*

Si les appareils présents sur la liste de l'ANSM sont fiables, leur étalonnage ne se fait pas réellement en pratique courante. Imposer un changement régulier aux patients n'est pas économiquement réalisable. Si le contrôle de la fiabilité des appareils était régulier, les patients "réclameraient"-ils toujours à leur médecin de "contrôler" leur appareil avec une PAc ? La "vérification" des appareils ne doit pas être le rôle du MG. Il n'est d'ailleurs pas compétent pour le faire, et lui-même ne fait pas suffisamment étalonner son matériel (9)(10). Les appareils électroniques validés par l'ANSM sont moins sujets au dérèglement dans le temps que les appareils anéroïdes (62) utilisés majoritairement par les MG. Ces appareils ont en moyenne plus de 6 ans (10). Cette demande de vérification reflète peut être une demande d'accompagnement et de reconnaissance de l'effort réalisé à domicile. Une bonne information et un échange sur les feuilles de relevés ne serait elle pas une bien meilleure façon de répondre à cette démarche qu'une simple mesure pour "valider" le bon fonctionnement de l'appareil ?

Dans le cadre du suivi de patients équilibrés, les AMT ne se justifient qu'avant une CSH, soit 3 à 4 fois par environ (21). La possession d'un appareil pour chaque patient n'est pas obligatoire. Les caisses d'assurances maladie donnent depuis 2014 un appareil d'AMT à chaque MG, pour développer le prêt d'appareil et donc d'AMT. Mais est-il du rôle du MG de le faire ? Comment effectuer une mise en place d'un service de prêt efficace avec un seul appareil ? Aujourd'hui, aucune cotation ou rémunération n'est prévue pour la mise en place de ce service. Un prêt organisé ou une location prise en charge par les caisses d'assurances maladie, par le biais des pharmacies ne seraient elle pas plus facilement réalisables ? Un prêt régulier d'appareil par le pharmacien pourrait permettre de s'assurer de la fiabilité des appareils et d'éviter les mesures intempestives injustifiées, pour les limiter aux situations où elles sont médicalement pertinentes.

La mesure de la PA dans la population générale n'est pas le sujet de notre travail mais mérite aussi réflexion. En médecine générale, la PAc se fait souvent dans un contexte de pathologie aiguë (syndrome viral, fièvre, anxiété, douleurs...) dans lequel son interprétation est difficile. Il est recommandé de toute façon de faire des mesures ambulatoires pour confirmer le diagnostic d'HTA. Aujourd'hui, les AMT systématiques pour le dépistage de l'hypertension artérielle dans la population générale sont en pratique encore compliquées et il reste recommandé de réaliser une PAc lors de visites régulières chez le médecin (63).

Cependant, la question d'un dépistage organisé peut se poser. La moitié des hypertendus s'ignorent (64). Puisque que nous demandons régulièrement des examens de dépistage pour des pathologies ayant une prévalence et un impact en termes de santé publique bien inférieurs à l'HTA, pourquoi ne pas envisager une prescription médicale d'AMT ?

### 3) Liés à la consultation de suivi de l'hypertension artérielle

#### *Les attentes des patients changent*

Dans notre étude, la rédaction de l'ordonnance était le moment le plus important pour seulement 14 % des patients, contre 55 % donnant une plus grande importance à l'entretien. Là où l'on parlait auparavant de "consultation de renouvellement d'ordonnance", nous parlons de plus en plus de "consultation de suivi de pathologie chronique". Nous pensions que la proportion de patients acceptant l'absence de PAc serait plus élevée dans cette population car les AMT semblent mieux répondre aux nouvelles attentes des patients.

Une étude qualitative de 2013 (32) s'intéressait aux attentes et aux perceptions de la relation médecin-patient, auprès des patients, lors des consultations de suivi de pathologie chronique. Les patients recherchaient une relation de partenariat et non plus paternaliste. Le MG compétent était perçu comme un partenaire de suivi, un gestionnaire du traitement. Les patients exprimaient aussi une crainte de la poly-médication. Les représentations de la consultation médicale pour les patients évoluent (31).

Toutes ces notions sont en faveur d'un développement des AMT. Si la demande de la PAc reste importante, c'est probablement que pour être acteur de sa santé, encore faut-il que le patient puisse être dirigé, orienté, informé, encadré, rassuré... L'éducation thérapeutique est complémentaire et indissociable des soins et de la prévention des complications (65).

#### *Arrêter de mesurer la pression artérielle au cabinet lorsqu'un relevé d'automesure valable est apporté ?*

Dans notre étude l'absence de PAc avait 23 fois plus de chance d'être acceptée si elle n'était plus mesurée de façon systématique lorsqu'un relevé d'AMT était apporté à la CSH.

La PAc est devenue un acte tellement fréquent et institutionnel qu'elle est souvent pratiquée par habitude ou systématiquement sans faire l'objet d'une attention particulière par le praticien. Dans ce contexte, sa qualité de réalisation n'est plus critiquée et baisse probablement. Cela nuit à sa fiabilité. Une bonne adaptation du traitement de l'HTA repose sur une mesure fiable de la PA. L'absence de la mesure de PAc systématique en présence d'AMT correctes, semble donc médicalement acceptable sans être à ce jour officiellement recommandée.

Dans notre étude, 90 % des patients continuaient à bénéficier systématiquement d'une mesure de PAc alors que les AMT avaient été communiquées. Nous avons suggéré précédemment (III.4) que la représentation symbolique de la PAc était sûrement en grande partie développée et entretenue par le MG. Un arrêt de la mesure systématique de la PAc permettrait-elle de faire chemin arrière et obtenir une diminution de la demande de PAc ?

## V. Conclusion

La prise en charge de l'HTA est un problème majeur de santé publique. Le manque de fiabilité de la PAc entraîne une inertie thérapeutique et de mauvais résultats en termes d'équilibre tensionnel chez les patients traités. Les AMT permettent une répétition des mesures en dehors du milieu médical et diminuent les erreurs liées à la PAc. Les mesures ambulatoires sont reconnues comme ayant la valeur de décision la plus importante. Elles permettent une meilleure observance, un meilleur contrôle tensionnel, une meilleure prévision des accidents cardio-vasculaires, une diminution des coûts et une diminution des prises médicamenteuses non justifiées. Les AMT répondent également mieux aux nouvelles attentes des patients, désireux d'être plus acteur de leur prise en charge et refusant une médecine trop " paternaliste ". Même si quasiment un patient traité sur deux possède un appareil, son utilisation reste qualitativement médiocre. La PAc a-t-elle la même importance pour les patients qui réalisent des AMT que pour les autres? Les patients adultes hypertendus traités qui réalisent des mesures de pression artérielle à domicile (AMT) accepteraient-ils l'absence de mesure par le médecin généraliste (PAc) lors de la consultation de suivi de l'hypertension artérielle (CSH) ?

La population étudiée était des patients adultes hypertendus réalisant des AMT et ne présentant pas de contre indication aux AMT. Nous les avons interrogés par l'intermédiaire de questionnaires, remis par leur MG installé sur le secteur d'Amboise. Le critère de jugement principal était l'acceptation de l'absence de PAc lors de la CSH. Il a été ensuite étudié les justifications de cette acceptation ou non de l'absence de PAc et les critères pouvant la modifier.

Sur 75 médecins contactés, 65 ont acceptés les questionnaires et 47 ont remis des questionnaires à leurs patients. Il a été recueillis 238 questionnaires dont 229 ont pu être exploités.

Seulement 15 % des patients déclaraient accepter l'absence de PAc lors de la CSH. Les raisons du refus de l'absence de PAc lors de la CSH étaient l'aspect symbolique du geste qui témoigne d'une attention particulière du MG (89 %) qui rassure (86 %), l'impression que l'examen clinique serait incomplet sans la PAc (77%) et qu'ils avaient plus confiance en la PAc qu'aux AMT (77%). Enfin l'absence de PAc était perçue comme une négligence ou un signe d'empressement du MG pour 36 % d'entre eux. Les patients qui accepteraient l'absence de PAc le justifiaient par la confiance en leur MG si celui-ci la trouvait inutile (93%). Ensuite, ils déclaraient avoir plus confiance envers les AMT que la PAc (66%), et enfin le fait que le temps gagné par l'absence de PAc permettrait de réaliser d'autres choses lors de la CSH (39%).

Les patients acceptant l'absence de PAc étaient statistiquement plus jeunes, avaient un traitement depuis moins longtemps et pratiquaient les AMT depuis plus récemment. Ils utilisaient plus souvent un protocole valide, présentaient plus souvent leur relevé à leur MG et possédaient plus souvent un document type pour noter leurs mesures. Ils accordaient une plus grande confiance aux AMT pour adapter leur traitement. Alors qu'ils avaient communiqué leurs AMT à leur MG, ce dernier leur mesurait moins souvent la PAc.

L'âge et le sexe du MG, la présence d'une comorbidité, le sexe du patient, la source du document type, la sensation de manque de temps lors de la CSH et l'attachement à l'examen clinique

par rapport aux autres moments de la CSH n'ont pas été significativement différents dans le groupe acceptant l'absence de PAc et celui de ceux la refusant.

Les patients qui possédaient un document type utilisaient plus souvent un protocole valide et amenaient plus souvent leur relevé à leur MG. Les patients pour qui le MG continuait à mesurer systématiquement la PAc en présence d'AMT accordaient plus d'importance à la PAc pour adapter le traitement que les autres patients.

Le modèle final de l'analyse multivariée par régression logistique a permis de confirmer que des critères liés au terrain du patient, aux caractéristiques des AMT et aux caractéristiques de la CSH étaient susceptibles de favoriser l'acceptation de l'absence de PAc. En effet, l'absence de PAc avait 6 fois plus de chance d'être acceptée quand le patient a moins de 60ans, 5 fois plus de chance d'être acceptée quand le patient possédait un protocole valide et 23 fois plus de chance d'être acceptée quand le MG ne mesurait plus la PAc de façon systématique en présence d'AMT communiqués.

Nous avons été étonnés du refus massif d'absence de PAc par les patients hypertendus réalisant des AMT car l'importance accordée dans cette population à la PAc semble similaire à celle constatée dans la population hypertendue en général. La mauvaise pratique des AMT et la demande persistante d'une PAc systématique reflètent le manque de confiance des patients et des médecins envers les mesures effectuées à domicile. Les arguments de ce manque de confiance ne paraissent pas justifiés au vu de la littérature. Pour les patients, l'absence de PAc est à tort vécue comme une amputation de l'examen clinique. Le gain de temps ne paraît pas justifier aux yeux des patients son absence lors de la CSH. Une bonne pratique des AMT pourrait pourtant permettre d'éviter l'acte chronophage de la PAc et espacer les CSH. La PAc est principalement demandée parce qu'elle est une habitude qui rassure et un moment important de la relation médecin-patient. La répétition des mesures systématiques de PAc tout au long de l'histoire du suivi de l'HTA renforce probablement chez le patient l'importance accordée à ce geste, sans doute au détriment de la confiance accordée aux AMT et donc à leur bonne réalisation. La mise en place d'autres habitudes lors de la CSH liées aux AMT semble pouvoir remplir le rôle symbolique de la PAc au moins aussi bien. Les attentes générales des patients envers leur MG pour le suivi d'une pathologie chronique vont dans ce sens mais il manque encore aux patients les bonnes informations pour pouvoir améliorer la pratique des AMT et ainsi diminuer l'attente envers la PAc. La plupart des facteurs susceptibles de favoriser l'acceptation de l'absence de PAc sont donc " modifiables " par le MG avec une bonne éducation thérapeutique auprès des patients.

Les principales actions pouvant permettre une meilleure acceptation de l'absence de PAc sont :

- la distribution de documents types pour relever les mesures car ils améliorent la pratique des AMT,
- une meilleure organisation des AMT pour renforcer la confiance envers ces mesures (avec par exemple avec un système de prêt d'appareil par le pharmacien sous prescription médicale),
- un arrêt de la mesure systématique de la PAc par les MG lorsqu'un relevé d'AMT est apporté.

# Bibliographie

---

1. FICHE MEMO\_HTA\_Note\_de\_cadrage\_VD\_MEL -  
fiche\_memo\_note\_de\_cadrage\_hta\_cd\_20150723\_vd.pdf [Internet]. Disponible sur:  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/fiche\\_memo\\_note\\_de\\_cadrage\\_hta\\_cd\\_20150723\\_vd.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/fiche_memo_note_de_cadrage_hta_cd_20150723_vd.pdf)
2. Questions reponses HTA [Internet]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_1561264](http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1561264)
3. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJL, Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet. 2 nov 2002;360(9343):1347-60.
4. Caractéristiques de la mesure de la pression artérielle par les médecins généralistes français [Internet]. Disponible sur:  
[http://www.sfmng.org/news\\_letter/nl22/cmg08\\_po\\_03\\_%20pression\\_arterielle.pdf](http://www.sfmng.org/news_letter/nl22/cmg08_po_03_%20pression_arterielle.pdf)
5. Duhot D, Martinez L, Ferru P, Kandel O, Gavid B. Prévalence de l'hypertension artérielle en médecine générale. La revue du praticien; 16:177-80. 2002.
6. Girerd X, Hanon O, Pannier B, Mourad JJ, Vaïsse B. [Hypertension in the elderly in France: Characteristics of treatments and frequency of cognitive complaint according to the 2014 French League against Hypertension Survey]. Ann Cardiol Angéiologie. juin 2015;64(3):145-9.
7. 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.
8. Albessard A. Intérêts et modalités d'une recherche régionale en médecine générale: réflexions autour d'un travail du département de médecine générale de Toulouse sur les causes du mauvais contrôle de la pression artérielle chez les patients hypertendus traités en médecine de ville [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Purpan; 2007.
9. Gachet G. Mesure de la pression artérielle en cabinet de médecine générale: est-ce encore utile? [thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France]: faculté de médecine; 2009.
10. Michenaud J, Lacaille-Urien J. Automesure tensionnelle en médecine générale: enquête d'opinion et de pratique auprès de 300 médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée en 2007. France; 2008.
11. Mant J, McManus R. Measurement of blood pressure in primary care. BMJ. 2011;342:d382.
12. Bobrie G, Clerson P, Cuchet A. Prévalence et mécanismes de l'hypertension masquée, Enquête OL'MESURES. Arch Mal Coeur Vaiss. juill 2006;99(7/8):760.
13. Postel-Vinay N, Bobrie G, Hanon O. Programme d'aide à la mesure de la pression artérielle [Internet]. Disponible sur: <http://www.automesure.com/library/pdf/Pampa-Programme%20HTA.pdf>

14. Bretonnière-Bah D. HTA blouse blanche et HTA masquée chez la personne âgée: moyens diagnostiques, prévalence et caractéristiques [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2007.
15. Truong F. Prévalence de l'HTA masquée chez les patients diabétiques de type 2 suivis en médecine générale en région Centre [Thèse d'exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2014.
16. Recommandation sur « La prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte» (janv 2013) | SFHTA [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfhta.eu/recommandations/les-recommandations-de-la-sfhta/recommandation-sur-la-prise-en-charge-de-lhypertension-arterielle-de-ladulte/>
17. Recommandations\_Mesure-nov2011 - SFHTA\_Recommandations\_Mesure-nov2011.pdf [Internet]. Disponible sur: [http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/08/SFHTA\\_Recommandations\\_Mesure-nov2011.pdf](http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/08/SFHTA_Recommandations_Mesure-nov2011.pdf)
18. Gaborieau V. Mesure ambulatoire de la pression artérielle et automesure tensionnelle à domicile: corrélation à l'atteinte des organes cibles [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2007.
19. Niiranen TJ, Kantola IM, Vesalainen R, Johansson J, Ruuska MJ. A comparison of home measurement and ambulatory monitoring of blood pressure in the adjustment of antihypertensive treatment. *Am J Hypertens.* mai 2006;19(5):468-74.
20. Donahue KE, Vu MB, Halladay JR, Miller C, Garcia BA, Cummings DM, et al. Patient and practice perspectives on strategies for controlling blood pressure, North Carolina, 2010-2012. *Prev Chronic Dis.* 2014;11:E69; quiz E69.
21. HTA 2005 - Recommandations - hta\_2005\_-\_recommandations.pdf [Internet]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/hta\\_2005\\_-\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/hta_2005_-_recommandations.pdf)
22. Spire T. Valeur de l'automesure tensionnelle en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2010.
23. Marquina A. Influence de l'éducation et de l'automesure tensionnelle sur le contrôle tensionnel d'une population d'hypertendus sélectionnés [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2005.
24. 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.
25. McManus RJ, Mant J, Roalfe A, Oakes RA, Bryan S, Pattison HM, et al. Targets and self monitoring in hypertension: randomised controlled trial and cost effectiveness analysis. *BMJ.* 3 sept 2005;331(7515):493.
26. Bloch MJ, Basile JN. Self measurement of blood pressure at home should complement rather than replace office blood pressure management. *J Clin Hypertens Greenwich Conn.* avr 2008;10(4):324-6.

27. Staessen JA, Den Hond E, Celis H, Fagard R, Keary L, Vandenhoven G, et al. Antihypertensive treatment based on blood pressure measurement at home or in the physician's office: a randomized controlled trial. *JAMA*. 25 févr 2004;291(8):955-64.
28. Verberk WJ, Kroon AA, Lenders JWM, Kessels AGH, van Montfrans GA, Smit AJ, et al. Self-measurement of blood pressure at home reduces the need for antihypertensive drugs: a randomized, controlled trial. *Hypertension*. déc 2007;50(6):1019-25.
29. Funahashi J, Ohkubo T, Fukunaga H, Kikuya M, Takada N, Asayama K, et al. The economic impact of the introduction of home blood pressure measurement for the diagnosis and treatment of hypertension. *Blood Press Monit*. oct 2006;11(5):257-67.
30. Bossard A, Gueffet J-P. Apport de l'automesure tensionnelle à la prise en charge de l'hypertension artérielle au cabinet médical de la SNCF des Pays de la Loire. France; 2011.
31. Drevet M. Qu'attendent les patients de la consultation de suivi d'une pathologie chronique en médecine générale ? : Approche qualitative [Thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France]: faculté de médecine; 2013.
32. Dedienne M-C, Hauzanneau P. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale: application de la méthode par focus groups. Grenoble, France: Université Joseph Fourier; 2013.
33. Tsou-Gaillet T-J. L' utilisation de l'automesure tensionnelle par les médecins généralistes en 2009: les recommandations de l'HAS et de ESH ont-elles eu un impact sur la pratique de l'automesure par rapport à l'enquête de 2004 ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2010.
34. Fouassier-Gouvion L. Intérêt et pratique de l'automesure tensionnelle dans la prise en charge des patients hypertendus en médecine générale: Enquêtes de pratique et d'évaluation de l'éducation auprès des patients, enquête d'opinion auprès des médecins généralistes d'Alsace, mise en place de moyens pour améliorer la pratique [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France]: Université Louis Pasteur; 2005.
35. Rousseau S. Automesure tensionnelle pratique en soins primaires: étude MEGAMET [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2007.
36. Carron D. Analyse des facteurs limitants de la médicalisation de l'automesure tensionnelle en médecine générale dans les Bouches du Rhône [Thèse d'exercice]. [1969-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II; 2009.
37. Doolaege N. Evaluation, critique et amélioration des pratiques professionnelles concernant la prise de la pression artérielle en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2012.
38. Dauris V, Schambach S. Les Consultations de médecine générale: déroulement, pratiques des médecins et attente des patients: Enquête d'observation auprès de médecins généralistes du Gard et de l'Hérault Enquête d'observation auprès des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2013.
39. Gaborieau P, Bouilleau G. Qu'est-ce qu'un « bon médecin généraliste » ? : enquête quantitative de comparaison des moyennes des notes données aux items du questionnaire EUROPEP, par



les usagers de médecine générale de la Touraine du Sud. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2013.

40. Duguey J-P. Etude des représentations du patient autour de la tension artérielle et de sa prise en consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2007.
41. La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville - evaluation-sante\_2008\_10.pdf [Internet]. Disponible sur: [http://www.inpes.sante.fr/evaluation/pdf/evaluation-sante\\_2008\\_10.pdf](http://www.inpes.sante.fr/evaluation/pdf/evaluation-sante_2008_10.pdf)
42. Niiranen TJ, Johansson JK, Reunanen A, Jula AM. Optimal schedule for home blood pressure measurement based on prognostic data: the Finn-Home Study. *Hypertension*. juin 2011;57(6):1081-6.
43. Observatoire de la Médecine Générale. Données en Consultation (2009) [Internet]. Disponible sur: <http://omg.sfmng.org/content/donnees/donnees.php?sid=8163d2f98f642539daf74f30bd>
44. Mesures de la pression artérielle | SFHTA [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfhta.eu/recommandations/les-recommandations-de-la-sfhta/mesures-de-la-pression-arterielle-pour-le-diagnostic-et-le-suivi-du-patient-hypertendu-novembre-2011/>
45. Honoré Zaher A, Charret P. Facteurs limitant la pratique de l'automesure tensionnelle a domicile chez les médecins généralistes: une revue de la littérature. [France]; 2015.
46. Vaisse B, Genes N, Vaur L, Bobrie G, Clerson P, Mallion JM, et al. [The feasibility of at-home self-monitoring blood pressure in elderly hypertensive patients]. *Arch Mal Coeur Vaiss*. août 2000;93(8):963-7.
47. Bortolotto LA, Henry O, Hanon O, Sikias P, Girerd X. [Feasibility and importance of self-monitoring in patients over 75 years old]. *Arch Mal Coeur Vaiss*. août 1999;92(8):1159-62.
48. Cacciolati C, Tzourio C, Dufouil C, Alperovitch A, Hanon O. Feasibility of home blood pressure measurement in elderly individuals: cross-sectional analysis of a population-based sample. *Am J Hypertens*. déc 2012;25(12):1279-85.
49. Logan AG, Dunai A, McIsaac WJ, Irvine MJ, Tisler A. Attitudes of primary care physicians and their patients about home blood pressure monitoring in Ontario. *J Hypertens*. mars 2008;26(3):446-52.
50. Tislér A, Dunai A, Keszei A, Fekete B, Othmane TEH, Torzsa P, et al. Primary-care physicians' views about the use of home/self blood pressure monitoring: nationwide survey in Hungary. *J Hypertens*. sept 2006;24(9):1729-35.
51. Bousquet M-A. Concepts en médecine générale: tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2013.
52. Mansia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 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). *Blood Press*. 2007;16(3):135-232.

53. Birtwhistle RV, Godwin MS, Delva MD, Casson RI, Lam M, MacDonald SE, et al. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ*. 24 janv 2004;328(7433):204.
54. Esman L, Oustric S, Michot M, Vidal M, Nicodeme R, Arlet P. Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale. *Rev Prat Médecine Générale*. 2006;(732-33):594-6.
55. KERDRAIN-DERIDDER C. « Pourriez-vous prendre ma tension, docteur? » (connaissances et croyances sur la mesure de la tension artérielle au cabinet du médecin généraliste ). 2006.
56. Wuyts B. Utilisation des appareils d'automesure tensionnelle en Guadeloupe en 2005: enquête PRETRAHGUAD [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2006.
57. Consoli SM, Lemogne C, Levy A, Pouchain D, Laurent S. Physicians' degree of motivation regarding their perception of hypertension, and blood pressure control. *J Hypertens*. juin 2010;28(6):1330-9.
58. Mounier-Véhier C, Magnier A, Delsart P, Fayolle P, Noel A, Tegere C, et al. [Assessment of educational benefits in 73 hypertensive patients by telephone survey at distance of HTA Vasc educational program]. *Ann Cardiol Angéiologie*. juin 2013;62(3):204-9.
59. Turban F. Education thérapeutique du patient en médecine générale: représentations, pratiques et attentes des praticiens de la Somme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2008.
60. Every-Palmer S, Howick J. How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication. *J Eval Clin Pract*. déc 2014;20(6):908-14.
61. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N, Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*. 2014;348:g3725.
62. Coleman AJ, Steel SD, Ashworth M, Vowler SL, Shennan A. Accuracy of the pressure scale of sphygmomanometers in clinical use within primary care. *Blood Press Monit*. août 2005;10(4):181-8.
63. Lindsay P, Connor Gorber S, Joffres M, Birtwhistle R, McKay D, Cloutier L, et al. Recommendations on screening for high blood pressure in Canadian adults. *Can Fam Physician Médecin Fam Can*. sept 2013;59(9):927-33, e393-400.
64. L'état de santé de la population en France - Rapport 2011 - Etat\_sante-population\_2011-hta.pdf [Internet]. Disponible sur: [http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/09/Etat\\_sante-population\\_2011-hta.pdf](http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/09/Etat_sante-population_2011-hta.pdf)
65. Education thérapeutique du patients :comment la proposer et la realiser - recommandations juin 2007.pdf [Internet]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_comment\\_la\\_proposer\\_et\\_la\\_realiser\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf)

# Annexes

## Annexe 1 : questionnaire

Je m'appelle Romain TRUONG, je suis médecin généraliste remplaçant.

Je réalise un travail de recherche dans le cadre de ma thèse de Docteur en médecine générale.

Vous avez été sélectionné car vous êtes venu voir votre médecin pour votre consultation de suivi de votre hypertension artérielle et que vous prenez votre tension à domicile.

Les informations recueillies sont anonymes et confidentielles, soumises au secret professionnel.

Votre médecin n'aura pas connaissance de vos réponses.

Votre suivi habituel ne sera pas modifié par vos réponses.

Le remplissage du questionnaire va durer approximativement 5 minutes.

La participation à cette étude est libre, vous pouvez refuser.

Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous avez accordé à ma demande.

- Âge :..... ans	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
- La tension est elle la seule maladie dont vous souffrez qui nécessite un suivi médical plusieurs fois par an ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- Depuis combien d'années prenez-vous un traitement pour la tension ? : ..... ans	
- Depuis combien d'années prenez-vous votre tension à domicile ? : ..... ans	
- Vous utilisez votre appareil :	
<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois de temps en temps	
<input type="checkbox"/> Avant une visite chez le médecin <input type="checkbox"/> Uniquement quand vous ressentez des signes	
- Avez-vous des règles établies pour réaliser vos mesures ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, je prends ma tension sans règle particulière	
- Si Oui, Lesquelles ?	
=> Nombre de mesures à la suite : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3	
=> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir,	
=> Nombre de jours à la suite : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3	
- Amenez-vous votre feuille de relevé de tension lors de la consultation ? :	
<input type="checkbox"/> A chaque consultation <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> Jamais	
- Avez-vous un document type pour noter vos mesures de tensions ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- Si oui, comment l'avez-vous obtenu ?	
<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Autre médecin <input type="checkbox"/> Entourage <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Autre	
- Quelle mesure de tension vous semble la plus intéressante pour adapter votre traitement ?	
<input type="checkbox"/> mesure au cabinet par votre médecin <input type="checkbox"/> mesures répétées chez vous	
- Quand vous avez communiqué les valeurs de vos mesures à domicile, votre médecin vous prend-il toujours la tension ?	
<input type="checkbox"/> Tout le temps <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Plus du tout	
<input type="checkbox"/> Je ne communique pas mes mesures	
- Trouvez-vous que votre médecin manque parfois de temps pour répondre à toutes vos attentes lors des consultations de renouvellement ? :	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- Quel moment de la consultation de renouvellement a le plus d'importance à vos yeux ?	
<input type="checkbox"/> Entretien <input type="checkbox"/> Examen clinique <input type="checkbox"/> Rédaction de l'ordonnance <input type="checkbox"/> Ne se prononce pas	

### MAINTENANT QUE VOUS PRENEZ VOTRE TENSION CHEZ VOUS, ACCEPTERIEZ-VOUS QUE VOTRE MEDECIN NE LA PRENNE PLUS LORS DES CONSULTATIONS DE RENOUVELLEMENT ?

☐ OUI, parce que :

- Les mesures prises à domicile sont plus fiables

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se prononce pas

- Le temps gagné pourrait servir à d'autres choses dans la consultation

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se prononce pas

- Si mon médecin estime que ce n'est pas nécessaire, je lui fais confiance

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se prononce pas

☐ NON, parce que :

- Vous avez plus confiance en la mesure au cabinet que celles prises chez vous

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se prononce pas

- L'examen clinique serait incomplet

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se prononce pas

- Vous trouveriez que votre médecin est négligent et/ou trop pressé

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se prononce pas

- Dans la relation avec votre médecin, c'est un geste important qui représente une forme d'attention

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se prononce pas

- C'est une habitude de la consultation qui vous rassure

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se prononce pas

- Avez-vous des remarques ou des choses à ajouter ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si vous désirez recevoir les résultats de mon travail, n'hésitez pas à me contacter par mail ( 09truong@dumg-tours.fr ), je vous les communiquerai avec plaisir.

## Annexe 2 : Items numérotés

N°	QUESTIONS
1	Âge patient
2	Sexe patient
3	La tension est elle la seule maladie dont vous souffrez qui nécessite un suivi médical plusieurs fois par an ?
4	Depuis combien d'années prenez-vous un traitement pour la tension?
5	Depuis combien d'années prenez-vous votre tension à domicile ?
6	Vous utilisez votre appareil
7	Avez-vous des règles établies pour réaliser vos mesures
8	Nombre de mesures à la suite
9	Moment de la journée
10	Nombre de jours à la suite
11	Amenez-vous votre feuille de relevé de tension lors de la consultation ?
12	Avez-vous un document type pour noter vos mesures de tensions?
13	Si oui, comment l'avez-vous obtenu?
14	Quelle mesure de tension vous semble la plus intéressante pour adapter votre traitement ?
15	Quand vous avez communiqué les valeurs de vos mesures à domicile, votre médecin vous prend t il toujours la tension?
16	Trouvez vous que votre médecin manque parfois de temps pour répondre à toutes vos attentes lors des consultations de renouvellement ?
17	Quel moment de la consultation de renouvellement a le plus d'importance à vos yeux?
18	Accepteriez vous que votre médecin ne prenne plus la tension lors des consultations de renouvellement ?
19	Les mesures prises à domicile sont plus fiables
20	Le temps gagné pourrait servir à d'autres choses dans la consultation
21	Si mon médecin estime que ce n'est pas nécessaire, je lui fais confiance
22	Vous avez plus confiance en la mesure au cabinet que celles prises chez vous
23	L'examen clinique serait incomplet
24	Vous trouveriez que votre médecin est négligent et/ou trop pressé
25	Dans la relation avec votre médecin, c'est un geste important qui représente une forme d'attention
26	C'est une habitude de la consultation qui vous rassure
27	Age du médecin généraliste
28	Année d'installation du médecin généraliste
29	Sexe du médecin généraliste

## Annexe 3 : Tableaux récapitulatif de l'analyse univariée

<b>Caractéristiques de l'échantillon</b>	
<b><u>Valeurs Quantitatives</u></b>	<b>Moyenne (écart type)</b>
<b>Age Patients (Années)</b>	
<i>N = 228 (Données manquantes ou non interprétables : 1)</i>	65,85 (11,41)
<b>Ancienneté traitement anti HTA (Années)</b>	
<i>N = 204 (Données manquantes ou non interprétables : 25)</i>	10,97 (9,28)
<b><u>Valeurs Qualitatives</u></b>	<b>N (%)</b>
<b>Sexe</b>	
Féminin	115 (50,66)
Masculin	112 (49,34)
<i>Données manquantes ou non interprétables : 2</i>	
<b>Autre pathologie chronique</b>	
Oui	101 (45,09)
Non	123 (54,91)
<i>Données manquantes ou non interprétables : 5</i>	
<b>Caractéristiques de l'AMT</b>	
<b><u>Valeurs quantitatives</u></b>	<b>Moyenne (écart type)</b>
<b>Ancienneté de l'AMT (années)</b>	4,61 (4,37)
<i>N = 206 (Données manquantes ou non interprétables : 23)</i>	
<b><u>Valeurs qualitatives</u></b>	<b>N (%)</b>
<b>Vous prenez votre tension (<i>plusieurs réponses possibles</i>)</b>	
Une fois de temps en temps	143 (63,27)
Quand vous ressentez des signes	80 (35,40)
Avant une visite chez le médecin	44 (19,47)
Plusieurs fois par semaine	42 (18,58)
Tous les jours	18 (7,96)
<i>Données manquantes ou non interprétables : 3</i>	
<b>Présence d'un protocole AMT</b>	
Oui	88 (40)
Non	132 (60)
<i>Données manquantes ou non interprétables : 9</i>	
<b>Protocole AMT : Nombre de mesures consécutives</b>	
1	6 (7,32)
2	18 (21,95)
3	58 (70,73)
<i>Données manquantes ou non interprétables : 15, Pas de protocole : 132</i>	
<b>Protocole AMT : Moments de la journée</b>	
Matin et soir	54 (62,07)
Matin, midi et soir	10 (11,49)
Matin	16 (18,39)
Soir	7 (8,05)
<i>Données manquantes ou non interprétables : 10; Pas de protocole : 132</i>	
<b>Protocole AMT : Nombre de jours consécutifs</b>	
1	2 (2,63)

2	10 (13,16)
3	55 (72,37)
>3	9 (11,84)
<i>Données manquantes ou non interprétables : 21; Pas de protocole : 132</i>	
<b>Protocole AMT : Protocole valide</b>	
Oui	48 (60)
Non	32 (40)
<i>Données manquantes ou non interprétables : 17; Pas de protocole : 132</i>	
<b>Relevé amené lors de la Cs</b>	
A chaque consultation	33 (15,28)
Souvent	28 (12,96)
Rarement	59 (27,31)
Jamais	96 (44,44)
<i>Données manquantes ou non interprétables : 13</i>	
<b>Possession d'un document type AMT</b>	
Oui	73 (32,30)
Non	153 (67,70)
<i>Données manquantes ou non interprétables : 3</i>	
<b>Source du document type AMT</b>	
Médecin généraliste	45 (62,50)
Autre médecin	4 (5,56)
Entourage	4 (5,56)
Internet	6 (8,33)
Autre	13 (18,06)
<i>Données manquantes ou non interprétables : 5</i>	
<b>Mesure perçue comme la plus pertinente pour adapter le traitement</b>	
Cabinet	116 (58,59)
Domicile	82 (41,41)
<i>Données manquantes ou non interprétables : 31</i>	
<b>Caractéristiques de la consultation de suivi</b>	
<u>Valeurs qualitatives</u>	<b>N (%)</b>
<b>Quand vous avez communiqué les valeurs de vos mesures à domicile, votre médecin vous prend t il toujours la tension?</b>	
Tout le temps	183 (88,83)
Parfois	19 (9,22)
Plus du tout	4 (1,94)
<i>Données manquantes ou non interprétables : 1</i>	
<b>Trouvez vous que votre médecin manque parfois de temps pour répondre à toutes vos attentes lors des consultations de renouvellement ?</b>	
Oui	23 (10,04)
Non	206 (89,96)
<i>Données manquantes ou non interprétables : 0</i>	
<b>Quel moment de la consultation de renouvellement a le plus d'importance à vos yeux?</b>	
Entretien	104 (55,61)
Examen clinique	37 (19,79)
Rédaction de l'ordonnance	26 (13,90)
Ne se prononce pas	20 (10,70)
<i>Données manquantes ou non interprétables : 42</i>	
<b>Caractéristiques des médecins généralistes</b>	

<u>Valeurs quantitatives</u>	Moyenne (écart type)
<b>Âge du MG (années)</b>	
N = 47 ( <i>Données manquantes ou non interprétables : 0</i> )	46,98 (12,05)
<b>Année de première installation (années)</b>	
N = 47 ( <i>Données manquantes ou non interprétables : 0</i> )	1998,79 (12,91)
<u>Valeurs qualitatives</u>	N (%)
<b>Sexe MG</b>	
Féminin	21 (44,68)
Masculin	26 (55,32)
<i>Données manquantes ou non interprétables : 0</i>	
<u>Acceptation de l'absence de PAc</u>	
<u>Valeurs qualitatives</u>	N (%)
<b>Maintenant que vous prenez votre tension chez vous, accepteriez vous que votre médecin ne la prenne plus lors des consultations de renouvellement ?</b>	
Oui	33 (15,28)
Non	183 (84,72)
<i>Données manquantes ou non interprétables : 13</i>	
<u>Justifications de l'acceptation d'absence de PAc</u>	
<u>Valeurs qualitatives</u>	N (%)
<b>Les mesures prises à domicile sont plus fiables</b>	
Oui	22 (66,67)
Non	4 (12,12)
Ne se prononce pas	7 (21,21)
<b>Le temps gagné pourrait servir à d'autres choses dans la consultation</b>	
Oui	13 (39,39)
Non	5 (15,15)
Ne se prononce pas	15 (45,45)
<b>Si mon médecin estime que ce n'est pas nécessaire, je lui fais confiance</b>	
Oui	31 (93,94)
Non	0 (0)
Ne se prononce pas	2 (6,06)
<u>Justifications du refus de l'absence de PAc</u>	
<u>Valeurs qualitatives</u>	N (%)
<b>Vous avez plus confiance en la mesure au cabinet que celles prises chez vous</b>	
Oui	142 (77,60)
Non	11 (6,01)
Ne se prononce pas	30(16,39)
<b>L'examen clinique serait incomplet</b>	
Oui	141 (77,05)
Non	19 (10,38)
Ne se prononce pas	23 (12,57)
<b>Vous trouveriez que votre médecin est négligent et/ou trop pressé</b>	
Oui	66 (36,07)

Non	78 (42,62)
Ne se prononce pas	39 (21,31)
<b>Dans la relation avec votre médecin, c'est un geste important qui représente une forme d'attention</b>	
Oui	163 (89,07)
Non	9 (4,92)
Ne se prononce pas	11 (6,01)
<b>C'est une habitude de la consultation qui vous rassure</b>	
Oui	158 (86,34)
Non	12 (6,56)
Ne se prononce pas	13 (7,10)



## Annexe 4 : Tableau récapitulatif de l'analyse bivariée

	Acceptation de l'absence de PAc				
Analyse Bivariée Valeurs Qualitative	Non		Oui		p
	N	%	N	%	
Patients	183	84,72	33	15,28	
Sexe					
Homme	94	89,52%	11	10,48%	0,07
Femme	88	80,73%	21	19,27%	
Autres pathologies chroniques					
Oui	77	81,05%	18	18,95%	0,23
Non	101	87,07%	15	12,93%	
Moment de l'AMT (le + pertinent)					
Avant une visite chez le médecin	33	82,50%	7	17,50%	0,67
Autres	150	85,23%	26	14,77%	
Moment de l'AMT (le - pertinent)					
Quand vous ressentez des signes	66	84,62%	12	15,38%	0,97
Autres	117	84,78%	21	15,22%	
Présence d'un protocole					
Oui	66	75,86%	21	24,14%	5,19 <sup>E</sup> -03
Non	110	90,16%	12	9,84%	
Présence d'un protocole valide (parmi l'ensemble des patients)					
Oui	31	64,58%	17	35,42%	4,65 <sup>E</sup> -05
Non	137	89,54%	16	10,46%	
Présence d'un protocole valide (parmi les patients qui déclarent avoir un protocole)					
Oui	31	64,58%	17	35,42%	2,7 <sup>E</sup> -02
Non	27	87,10%	4	12,90%	
Présentation d une feuille de relevé d'AMT lors de la Cs de suivi					
Chaque Cs / Souvent	41	70,69%	17	29,31%	7,17 <sup>E</sup> -07
Rarement / Jamais	132	95,65%	6	4,35%	
Possession d'un document type					
Oui	51	73,91%	18	26,09%	3,10 <sup>E</sup> -03
Non	129	89,58%	15	10,42%	
Source du document type					
Médecin généraliste / Autres Médecin	32	72,73%	12	27,27%	0,62
Autres	18	78,26%	5	21,74%	
Mesure perçue comme la plus pertinente pour adapter le traitement					
PAc	107	97,27%	3	2,73%	2,03 <sup>E</sup> -08
AMT	52	67,53%	25	32,47%	
Fréquence de la PAC par le MG alors que AMT communiqué					
Tout le temps	155	88,07%	21	11,93%	6,79 <sup>E</sup> -06
Parfois/ Plus du tout	7	38,89%	11	61,11%	
Sentiment que le MG manque de temps lors de la Cs de suivi					
Oui	18	81,82%	4	18,18%	0,75
Non	165	85,05%	29	14,95%	
Moment perçu comme le plus important de la Cs de suivi					
Examen clinique	32	88,89%	4	11,11%	0,21
Entretien	76	80,00%	19	20,00%	
Rédaction de l'ordonnance	18	94,74%	1	5,26%	
Sexe du MG					
Homme	101	87,83%	14	12,17%	0,18
Femme	82	81,19%	19	18,81%	

<u>Analyse Bivariée</u> <u>Valeurs Quantitatives</u>	Acceptation de l'absence de PAc						
	Non			Oui			p
	N	Moyenne	Ecart type	N	Moyenne	Ecart type	
Patients	183			33			
Age	182	67,13	11,13	33	58,09	9,35	1,79E-05
Ancienneté du traitement anti HTA	163	11,70	9,73	30	7,51	6,78	5,68 <sup>E</sup> -03
Ancienneté de l'AMT	166	4,74	4,53	28	3,35	2,91	3,78 <sup>E</sup> -02
Âge du MG	183	48,15	12,26	33	44,21	12,83	0,09
Année installation du MG	183	1 997,70	12,93	33	2 001,48	14,08	0,13

	Différence significative
	Différence non significative

## Annexe 5 : Autres résultats (analyse Bivariée) :

### Possession d'un document type / protocole valide

Effectifs calculés	Possession document type		
Protocole valide	OUI	NON	Total général
Non	32	16	48
Oui	34	129	163
Total général	66	145	211

Effectifs théoriques	Possession document type		
Protocole valide	OUI	NON	Total général
Non	15,01	32,99	48
Oui	50,99	112,01	163
Total général	66	145	211

Chi²	Possession document type		
Protocole valide	OUI	NON	Total général
Non	19,22	8,75	
Oui	5,66	2,58	
Total général			36,197

Degré de liberté	Seuil	valeur critique
1	0,05	3,841

Coefficient de contingence	Coefficient de contingence de Cramer
0,382663349	0,414188094

**p**  
1,78E-09

Chi²>valeur critique : différence significative

### Possession d'un document type / relevé amené lors de la consultation

Effectifs calculés	Possession document type		
Relevé amené à la CSH	OUI	NON	Total général
toujours/souvent	36	24	60
rarement / jamais	31	124	165
Total général	67	148	215

Effectifs théoriques	Possession document type		
Relevé amené à la CSH	OUI	NON	Total général
toujours/souvent	18,70	41,30	60
rarement / jamais	51,42	113,58	165
Total général	67	148	215

Chi²	Possession document type		
Relevé amené à la CSH	OUI	NON	Total général
toujours/souvent	16,01	7,25	
rarement / jamais	8,11	0,96	
Total général			32,323

Degré de liberté	Seuil	valeur critique
1	0,05	3,841

Coefficient de contingence	Coefficient de contingence de Cramer
0,361514638	0,387738795

**p**  
1,31E-08

Chi²>valeur critique : différence significative

## Mesure systématique de la PAc/ importance accordée à la PAc

<u>Effectifs calculés</u>	Mesure perçue comme la plus pertinente		
Prise de PAc quand AMT amené	PAc	AMT	Total général
Plus du tout/ Parfois	4	16	20
Tout le temps	94	64	158
Total général	98	80	178

<u>Effectifs théoriques</u>	Mesure perçue comme la plus pertinente		
Prise de PAc quand AMT amené	PAc	AMT	Total général
Plus du tout/ Parfois	11,01	8,99	20
Tout le temps	86,99	71,01	158
Total général	98	80	178

<u>Chi²</u>	Mesure perçue comme la plus pertinente		
Prise de PAc quand AMT amené	PAc	AMT	Total général
Plus du tout/ Parfois	4,46	5,47	
Tout le temps	0,57	0,69	
Total général			11,190

Degré de liberté	Seuil	valeur critique
1	0,05	3,841

Coefficient de contingence	Coefficient de contingence de Cramer
0,243205535	0,250733875

p
---

8,22E-04

Chi²>valeur critique : différence significative

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

**Faculté de Médecine de TOURS**

**TRUONG Romain**

60 pages – 2 figures – 21 graphiques – 2 tableaux – 5 annexes

### **Résumé**

**Introduction :** La prise en charge de l'HTA est un problème majeur de santé publique. Les mesures ambulatoires sont reconnues comme ayant la valeur de décision la plus importante. Les médecins généralistes (MG) continuent à mesurer la pression artérielle au cabinet (PAC) de façon systématique car ils estiment que les patients en sont très demandeurs. Les patients adultes hypertendus traités qui réalisent des mesures de pression artérielle à domicile (AMT) accepteraient ils l'absence de mesure par le médecin généraliste lors de la consultation de suivi de l'hypertension artérielle (CSH) ?

**Objectifs :** Connaître le taux de patients hypertendus pratiquant des AMT qui accepterait l'absence de PAC lors de la CSH. Connaître les justifications et les variables pouvant influencer l'acceptation ou le refus de l'absence de PAC lors de la CSH.

**Méthodes :** Enquête quantitative par questionnaires remis aux patients par leurs MG installés dans le secteur d'Amboise.

**Résultats :** 229 questionnaires étaient exploitables. 85 % des patients refusaient l'absence de PAC lors de la CSH car ce geste symbolise une attention particulière importante (89%), et qui rassure (86%). Les patients qui acceptaient l'absence de PAC le justifiaient par la confiance en leur MG si celui-ci la trouvait inutile (93%). Ils étaient statistiquement plus jeunes avec un traitement plus récent. Ils pratiquaient mieux les AMT et leurs accordaient une plus grande confiance. Leur MG réalisait moins souvent de PAC. Les patients qui possédaient un document type avaient une meilleure pratique des AMT. Les patients pour qui le MG continuait à mesurer systématiquement la PAC accordaient plus de confiance à la PAC.

**Conclusion :** La grande majorité des patients qui réalisent des AMT refusent l'absence de PAC lors de la CSH. Les attentes symboliques qu'ils ont envers la PAC semblent transposables aux AMT qui correspondent mieux aux nouvelles demandes des patients pour le suivi de pathologies chroniques. La prise systématique de PAC lui donne possiblement une importance qui ne se justifie plus en présence d'AMT correctement réalisée. Cette confiance envers la PAC nuit à celle accordée aux AMT et à sa réalisation. La distribution de documents types dès l'instauration d'un traitement et l'arrêt de mesure systématique de PAC lors de la CSH apparaissent comme des mesures simples à mettre en place pour faire diminuer les attentes envers la PAC. Elles ne sont envisageables qu'associées à une éducation thérapeutique par les MG et une meilleure organisation des AMT pour en améliorer la fiabilité et la confiance des patients.

**Mots clés :**

- Hypertension artérielle
- Automesure Tensionnelle
- Médecine Générale
- Mesure de pression artérielle
- Attentes des patients hypertendus

### **Jury :**

Président : Monsieur le Professeur Jean Michel HALIMI  
Membres : Monsieur le Professeur Pierre COSNAY  
Monsieur le Professeur Jean Pierre LEBEAU  
Madame le Docteur Alice PERRAIN

**Date de la soutenance :** 03 décembre 2015