

Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 12 novembre 2024

Par Bertrand BEAUCHOUX

Mesurer moins la pression artérielle : quelle acceptation des patients ? Une étude observationnelle quantitative en Limousin

Thèse dirigée par **Coralie BUREAU-YNIESTA**

Examineurs :

Mme Le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG

Mme. Le Professeur Nadège LAUCHET, PA-MG

Mme. Le Docteur Léa SEVE, MCA-MG

Mme Le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA, MCA-MG Directrice de Thèse et Juge

Présidente

Juge

Juge





Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 12 novembre 2024

Par Bertrand BEAUCHOUX

Mesurer moins la pression artérielle : quelle acceptation des patients ? Une étude observationnelle quantitative en Limousin

Thèse dirigée par Coralie BUREAU-YNIESTA

Examineurs :

Mme Le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG

Mme Le Professeur Nadège LAUCHET, PA-MG

Mme Le Docteur Léa SEVE, MCA-MG

Mme Le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA, MCA-MG Directrice de Thèse et Juge

Présidente

Juge

Juge



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE

MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
YERA Hélène	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE
VANDROUX David	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
GEYL Sophie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale	SCIENCES INFIRMIERES
-----------------------	----------------------

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

LAUCHET Nadège (du 01-09-2023 au 31-08-2026)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BAUDOT Pierre-Jean (du 01-09-2023 au 31-08-2026)

BUREAU-YNIESTA Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

SEVE Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2023 au 31-08-2024

LACROIX Philippe du 01-09-2024 au 31-08-2026

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2024

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard du 01-09-2023 au 31-08-2024

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2023 au 31.08.2025

VIROT Patrice du 01-09-2023 au 31-08-2024

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
BOYER Claire	NEUROLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
CUSSINET Lucie	ORL
FERRERO Pierre-Alexandre	CHIRURGIE GENERALE
FRAY Camille	PEDIATRIE
GRIFFEUILLE Pauline	IPR
HERAULT Etienne	PARASITOLOGIE
JADEAU Cassandra	HEMATOLOGIE BIOLOGIE
KHAYATI Yasmine	HEMATOLOGIE
LAIDET Clémence	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
PERANI Alexandre	GENETIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ANNERAUD Alicia	HEPATOLOGIE GASTROENTEROLOGIE
AUBOIROUX Marie	HEMATOLOGIE TRANSFUSION
BAUDOIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERENGER Adeline	PEDIATRIE

BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOUTALEB Amine Mamoun	CARDIOLOGIE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CAILLARD Pauline	NEPHROLOGIE
CATANASE Alexandre	PEDOPSYCHIATRIE
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
DELPY Teddy	NEUROLOGIE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GADON Emma	RHUMATOLOGIE
GEROME Raphaël	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
GOURGUE Maxime	CHIRURGIE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
LOPEZ Jean-Guillaume	MEDECINE INTERNE
MACIA Antoine	CARDIOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
TALLIER Maïa	GERIATRIE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNIER Thibault	NUTRITION

Chefs de Clinique – Médecine Générale

HERAULT Kévin

CITERNE Julien

VANDOOREN Maïté

Praticiens Hospitaliers Universitaires

DARBAS Tiffany

ONCOLOGIE MEDICALE

HARDY Jérémie

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LAFON Thomas

MEDECINE D'URGENCE

Remerciements

Aux membres du jury,

À Madame la Professeure Nathalie DUMOITIER, Présidente du Jury et Professeure des Universités de Médecine Générale,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assurée de mon profond respect.

À Madame la Professeur Nadège LAUCHET, Professeure Associée de Médecine Générale,

Merci pour vos enseignements durant ces 3 années, je me souviendrai toujours de votre cours sur les stratégies de communications dans la relation médecin-patient. Je perfectionne toujours la pratique des reflets. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

A Madame la Docteur Léa SEVE, Maître de Conférence Associée de Médecine générale

Merci d'avoir encadré et animé notre groupe d'échange de pratiques durant cette 3ème année. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

À Madame la Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA, Directrice de thèse et Maître de Conférence Associée de Médecine générale,

Merci pour ton accueil, ton accompagnement et ton suivi en tant que tutrice puis directrice de thèse. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

A l'ensemble des praticiens ayant accepté de participer à cette étude, merci de m'avoir ouvert les portes de vos salles d'attente et d'avoir répondu positivement à mes relances.

A ceux qui ont fait de moi le médecin que je suis,

Au Docteur Jean-François SIMONNET, merci pour ta disponibilité et le temps que tu as accordé à répondre à toutes mes angoisses. J'espère un jour instaurer une relation de confiance semblable à celle que tu entretiens avec tes patients.

Au Docteur Pierre-Emmanuel PAROT, merci pour ton accueil et l'autonomie que tu m'as laissée au sein de la maison de santé de Gouzon.

Au Docteur Marie BUSSY ainsi qu'au Docteur Armelle DUCLOUX-SARTOUX, merci pour le temps accordé à nos debriefings tardifs lors des stages ambulatoires au sein de la MSP de Bourgneuf.

Au Docteur Gilles PETIT, son épouse Sandrine, ses enfants et petits-enfants. Un immense merci pour ton soutien, ton encadrement et ton accueil au sein de la MSP de la Souterraine ainsi que dans ta propre famille. La bonne humeur des déjeuners du mercredi sera toujours ancrée dans ma mémoire.

Aux soignants du CRRF André Lalande de Noth,

Au Dr Yves-André VIMONT, merci pour votre accueil au sein du CRRF de Noth et de m'avoir permis de perfectionner mes infiltrations intra-articulaires.

Au Dr Anne DESCOTES merci pour ta confiance et la complicité de nos visites du mardi. J'espère que notre mug souvenir trône fièrement à côté des tablettes de chocolat de ton armoire ! Bien amicalement, Brigitte.

Au Dr Fanny JOSLIN, merci pour ces expériences insolites de vidéo déglutition et d'injection de toxine botulinique. Et bien évidemment merci pour la découverte de la ferme des Beiges.

Au Dr Sophie PEYRICHOU, merci pour ta confiance, échanger une astreinte avec un « chat noir » tel que moi était un pari risqué que le SMUR 23 n'était pas prêt à accepter à l'époque.

A Lisa « ptit caillou » GALLAIS, merci pour ta bonne humeur et pour le duo de choc que nous avons formé. Changement de canule de trachéotomie et évacuation d'hématome collecté ne se sont jamais réalisés de façon aussi propre. Merci pour la confiance que tu m'as témoignée en me permettant, par la suite, le suivi de ta petite Emma.

Aux sœurs COMBEAU, Marine et Mégane, merci pour votre amitié qui perdure en dehors du centre que ce soit en costume de cérémonie ou en treillis d'airsoft.

A Marion GOUMICHON et Marie-Laure « Mamie-Laure » CLOCHET, merci d'avoir mis des paillettes dans ma vie ainsi que dans les moindres recoins de ma voiture durant ce stage.

A Sylvie « Grenouille » PRUDHOMME, merci pour la gentillesse dont tu as fait preuve avec moi ainsi qu'avec tous tes patients.

A Sarah MARJAULT, merci pour ta gentillesse.

A Gisèle PASQUET, merci pour ton talent d'imitation qui a égaillé nos week-ends d'astreinte.

A Marine PETIT pour la découverte du métier d'ergothérapeute.

A Vinciane SAMOYEAU pour m'avoir autorisé l'accès au plateau technique et ainsi tenter de vaincre Amélie « Croustibat » CROUSILLAC au ping-pong.

Aux soignants de l'HAD23 :

Au Dr Isabelle JOUSSAIN, merci pour ton accueil et tes enseignements durant ces 15 jours passés à l'HAD. Tes protocoles sont le socle de mes prises en charge palliatives.

A Madame Véronique VADIC, merci pour ton accueil et ta bienveillance au sein de l'« HAD troglodyte ».

A Elodie JALLET, nos roadtrips en renault Kangoo chargée de MEOPA et autres pousses seringues électriques et grand appareillage seront à jamais gravés dans ma mémoire.

A Alexis CIBOT, un immense merci pour les fous rires qui ont émaillé ce stage et surtout pour l'amitié et le soutien que tu continues de m'octroyer à l'heure où j'écris ces lignes.

A Marion GIBARD, l'empathie, la bienveillance et la dignité dont tu fais preuve avec tes patients forcent l'admiration.

A Stéphanie MONTAGNAC merci pour ton accueil et ta gentillesse.

Aux soignants du Service d'Accueil des Urgences et du SMUR23 :

Au Dr Eric ROY, « notre Raïs à nous », merci pour ta confiance, ton encadrement et nos échanges autour de la science-fiction. J'espère avoir été un bon padawan.

Au Dr Bruno VERGUET, merci pour ton soutien indéfectible et ta pédagogie.

Au Dr Karine PATHERON, merci de m'avoir formé et protégé durant toutes ces gardes mouvementées.

Au Dr Dominique SABOT-DE POUILLY, parangon de bonté et d'empathie, ta résilience suscite le plus profond respect et la plus grande admiration. Merci pour tous tes enseignements.

Au Dr Mouna JEDDI, merci pour ta confiance et ton soutien durant toutes ces années, de mes premières gardes jusqu'à la rédaction de ce travail.

Au Dr Pierre BERNATAS, merci pour ton accueil et ton soutien depuis mon premier jour en temps que FFI. J'admire ton flegme et ton humour.

Au Médecin Capitaine Dr Elsa MARTEL, merci pour ta confiance et ton aide auprès des patients les plus graves.

Au Dr Anne-Odile DE LA FORTELLE, merci pour ton atelier intubation sur mannequin durant mon stage au SAU.

Au Dr Benjamin « Benji » DEPRIESTER, merci d'avoir été un modèle (et pas seulement capillaire) pendant toutes ces dernières années. D'aucuns parleront de clonage, pour ma part c'est une immense fierté d'incarner ton double maléfique.

A Monsieur François THIALLIER, je te suis tellement reconnaissant de me transmettre chaque jour un peu plus ton expérience sur tout type de geste allant de l'intubation à « comment me couper les cheveux ».

A Thomas « La Ruche » aka « Ironman » RUCHOUX, merci pour ces larmes de rire au cours de nos interventions de haute voltige.

A Didier BOUGEROL, merci pour tes enseignements dispensés dans le calme et la sérénité que tu incarnes.

A Pierre Alain « P-A » GAYAUD, merci pour cette relation riche en lipides et teintée de rock alternatif des 90's que nous entretenons.

A Samantha « Sam » ROUCHON, merci pour ta rigueur, ton professionnalisme, ton amitié et ton soutien dans les interventions les plus difficiles.

A Pierre TARTARY, ton départ pour la capitale laisse un grand vide dans la Force. Apprendre à tes côtés a été un honneur.

A Alexandre BOURGET, merci pour ta gentillesse et ton humour. Bravo pour avoir eu le courage de décrocher ce diplôme d'IADE. J'ai hâte de te retrouver.

A Nicolas « Nico » SARTOUX merci tes enseignements que ce soit dans le cadre du CESU qu'au lit du patient.

A Michelle « Mich' » MENGIN et Christophe « Kiki » ELOY, si les soignants du SAU forment une grande famille, c'est parce qu'ils ont le privilège de vous avoir comme parents ! Merci d'être les tuteurs et modèles pour tant d'entre nous.

A Adeline « Sergent-chef » BLOYET, merci pour ton soutien et ton amitié depuis le premier jour.

A Amandine « Mandou » LANGLOIS, nous avons survécu à notre premier jour ensemble, merci pour avoir cheminé à mes côtés.

A Pauline « Popo » MAURY LEFEVRE, merci pour ton sourire communicatif et ton joli brin de voix qui insuffle la joie dans nos gardes.

A Géraldine « Gégé » LE MAUX, merci pour la douceur et le calme dont tu fais preuve au quotidien et qui apportent un peu de sérénité au chaos des urgences.

A Léa DEJARIGE, merci pour ton soutien permanent et ton sourire espiègle.

A Alice ROY, merci de m'avoir fait tant de fois crédit lors de nos commandes. Le Nutriscore en PLS.

A Céline HURTAUX et Marie DESTENAY merci pour nos fous rires et le jeu du « Qu'est-ce que tu préfères ? ».

A Vincent « Moune » MOUNIER, merci pour tes talents d'imitation et tes compétences de maïeuticien. Ton départ pour l'école des IADE est un crève-cœur.

A Kévin "herr" LANSEMAN, ce passionné d'histoire de la première moitié du XX^{ème} siècle, merci pour toutes ces vanes qui font mouche.

A Aurélie « Aurel' » BOURDAUD et Lyvia « Baldaquin » BALDASSIN, merci pour vos conseils avisés tant en cardiologie qu'en amitié.

A Mallory "Mallo" LEGROS, merci de toujours répondre présente même quand je t'embarque dans des saignées en nuit profonde.

A Mathilde « Mathoux » PERIGAUD, merci pour ta patience et ton aide quand l'idée saugrenue de faire des gaz du sang me prend. Merci pour ton second degré lorsqu'il s'agit de parler « projet immobilier ».

A Elodie « Elo » GASQUET, merci pour ta gentillesse et ton dévouement constant.

A Justine EHRHARDT, merci pour toutes ces prescriptions d'antalgiques.

A Timothée « Timo » TRIBET, merci pour ta rigueur héritée des plus grands (Mireille « Mimi » MALIFAUD" peut être fière) ainsi que pour tes talents de conteurs.

A Julia LAURENT, merci pour tes partages musicaux et les instants festifs qui en ont découlés.

A Christophe « pti Tof » DERVEAU, merci pour ton accueil bienveillant alors que je découvrais tout du métier avec mes calepins.

A Karine « Tudo bem » DEVAUTOUR, merci pour ces instants folkloriques lusitaniens.

A Axelle « pantoufle » LAFLEUR, merci pour notre complicité dans la bagarre, la cousine, ainsi que pour ton expertise dès qu'il s'agit de métaux précieux.

A Fabien « Fabinou » FUSARI et Jérôme DAGOREAU les Satanas et Diabolo du SMUR23, merci de me permettre de soutenir ce travail de thèse en un seul morceau.

A Stevens RUEDA, merci pour tes mots et ta bienveillance quand tu lis le désespoir et la fatigue sur mon visage.

A l'ensemble des ARM du SAMU23, James SEWELL, Alison RENGAR, Simon HOAIR, Dominique VAREILLAUD, Nolwenn CARIOU, Gaelle BONNIN, Sébastien AMBROISE et Rémi MAUFUT, merci pour votre capacité à séparer le bon grain de l'ivraie.

A Benoit « Bartoche » BARTHOMIER, merci pour ces instants chasse pêche nature et traditions autour d'une belle farandole de fromages.

A Emmanuel « Manu » aka « Le Man' » ELIAS, merci pour la diplomatie et le discernement dont tu fais preuve au quotidien.

A Jonathan « le Djo' » PLET, qu'est ce qui est jaune et qu'on attend quand on compose le 15 ? A l'instar des plus grands animateurs de radio libres, ta voix est du miel pour les oreilles.

A Julie « la Monique » ROUET que ce soit en intervention ou au bout du fil, c'est toujours un soulagement de collaborer avec toi.

A Julia “Juju” JAUBERTY, Noémie “Nono” LAMBERT et Anaïs “Ananas” MALBRUNOT, les drôles de dames de l'équipe de liaison, merci de m'aider chaque jour à compléter un peu plus mon Pokédex.

Aux amis restés fidèles en dépit des absences et de la distance,

A Renault GARDIC et Florence GALLARD, merci pour votre amitié et d'avoir fait de moi le témoin privilégié de chacune des étapes importantes de vos vies.

A Timothée DUGAS et Chloé FIDANZI-DUGAS merci pour votre amitié et votre soutien depuis toutes ces années. Ces quelques mots semblent bien dérisoires quant à la place que vous occupez dans mon cœur.

Au N2P2 crew étendu et autres amis Chizéens : Marie « Mushu » MENNESSON, Charlotte COSIN, Magalie CABANAS, Benjamin ROBERT, Alban MENARD, Constant « Chapeau Permanent » BONNET, Fabien « le Daim » ALCARAZ, Vincent VEILLET, notre aventure bordelaise est à jamais gravée dans ma mémoire.

Aux Jouss', Sophie et Pierre JOUSSAIN, merci pour tous les rires occasionnés par votre duo fantasque tout au long de ces années.

A Marion VERGONJEANNE, merci pour ton aide précieuse et la relecture de la partie statistique de ce travail.

A Erwan RUTTIMANN mon « gars sûr » et fin amateur de la chose ludique, je te souhaite beaucoup de bonheur dans tes futurs projets personnels et professionnels.

A mes proches,

A mes grands-mères Ginette et Renée pour m'avoir entouré de leur amour de ma petite enfance jusqu'à mon départ pour la faculté. Vous m'avez inculqué la pugnacité dans le travail. J'espère que de là où vous êtes je ne vous ai pas déçu.

A mes parents, sans votre soutien, cette aventure à la J.R.R. TOLKIEN n'aurait pu avoir lieu. J'espère, par ce travail, vous rendre fiers de l'enfant unique que vous avez forgé.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

AMT : AutoMesure Tensionnelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECOGEN : étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale

HTA : Hypertension Artérielle

IC95% : Intervalle de Confiance à 95%

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle

MG : Médecins Généralistes

NSN : Nombre de Sujets Nécessaires

OMG : Observatoire de Médecine Générale

OR : Odds Ratio : Rapport des cotes

PA : Pression Artérielle

RNIPH : Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine

Table des matières

Introduction	23
I. Matériel et Méthode.....	26
I.1. Type d'étude	26
I.2. Questionnaire	26
I.3. Objectif principal de l'étude	27
I.4. Objectifs secondaires de l'étude	27
I.5. Critères d'inclusion et d'exclusion	28
I.6. Calcul du nombre de sujets nécessaires.....	28
I.7. Analyse Statistique	29
I.8. Bibliographie	30
II. Résultats	31
II.1. Echantillon	31
II.1.1. Diagramme de flux	31
II.1.2. Caractéristiques de l'échantillon	33
II.2. Analyse univariée.....	35
II.2.1. Question 1 : Ressenti des patients en l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation pour un motif aigu	35
II.2.2. Question 2 : Ressenti des patients en l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation de renouvellement :	38
II.3. Comparaison du ressenti des patients entre une consultation pour un motif aigu et une consultation de renouvellement :	41
II.4. Comparaison des résultats de l'analyse univariée avec les résultats de l'étude réalisée dans le Puy de Dôme.....	42
II.4.1. Consultation pour un motif aigu (Question 1).....	42
II.4.2. Consultation pour un motif chronique (Question 2)	43
II.5. Analyse bivariée.....	44
II.5.1. Question 1 : Facteurs influençant le ressenti des patients en l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation pour un motif aigu :	44
II.5.2. Question 2 : Facteurs influençant le ressenti des patients en l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation de renouvellement	48
II.6. Analyse Multivariée.....	51
II.6.1. Consultation pour un motif aigu	51
II.6.2. Consultation de renouvellement	53
III. Discussion.....	56
III.1. Forces de l'étude	56
III.2. La mesure de la PA, un geste qui répond aux attentes des patients les plus âgés et hypertendus :	56
III.3. Place de la mesure de la PA dans la relation médecin-patient	57
III.4. La mesure de la PA, un geste qui rassure ?.....	58
III.5. Une acceptation plus forte de l'absence de mesure de la PA chez les patients hypertendus traités dans le cadre d'un motif aigu	58
III.6. Une absence d'association entre le genre et le ressenti du patient en l'absence de mesure de la PA :	59
Conclusion	60

Références bibliographiques	61
Annexes	64
Serment d'Hippocrate.....	76

Table des illustrations

Figure 1: Urnes scellées utilisées pour cette étude.....	27
Figure 2: Diagramme de Flux	32
Figure 3 : Répartition du ressenti de l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation pour un motif aigu.....	36
Figure 4: Comparaison du ressenti de l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation pour un motif aigu.....	37
Figure 5: Répartition du ressenti en l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation de renouvellement.....	39
Figure 6: Comparaison du ressenti de l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation de renouvellement.....	40
Figure 7: Comparaison du ressenti des patients lors d'une consultation pour un motif aigu et lors d'une consultation de renouvellement.....	41
Figure 8: Comparaison du ressenti des patients lors de la consultation pour motif aigu entre le Limousin et le Puy de Dôme.....	42
Figure 9: Comparaison des résultats des 2 études à propos de la question 2	43
Figure 10 : Facteurs significativement associés au ressenti du patient en l'absence de mesure de la PA lors d'une consultation pour un motif aigu	47
Figure 11 : Facteurs significativement associés au ressenti du patient en l'absence de mesure de la PA lors d'une consultation de renouvellement.....	50
Figure 12 : Graphique en forêt des odds ratio significatifs pour la question 1	53
Figure 13 : Graphique en forêt des odds ratio significatifs pour la question 2	55

Table des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon.....	34
Tableau 2: Résultats de l'analyse univariée pour la question 1	36
Tableau 3: Résultats de l'analyse univariée pour la question 2.....	39
Tableau 4: Tableau de Contingence et p-value du test de Chi ² d'homogénéité pour la comparaison entre le ressenti des patients et le type de consultation.....	41
Tableau 5: Tableau de Contingence et p value du test Chi ² d'homogénéité pour la question 1	43
Tableau 6: Tableau de Contingence et p-value du test Chi ² d'homogénéité pour la question 2	44
Tableau 7: Résultats de l'analyse bivariée pour la question 1.....	46
Tableau 8 : Résultats de l'analyse bivariée pour la question 2.....	49
Tableau 9: Résultats de l'analyse multivariée pour une consultation pour un motif aigu	52
Tableau 10: Résultats de l'analyse multivariée pour une consultation de renouvellement	54

Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) est la pathologie chronique la plus fréquente en France et un facteur de risque important de maladie cardiovasculaire, rénale et de démence. Elle est le premier facteur de risque de mortalité devant le tabac et le deuxième facteur de risque d'années de vie perdues en bonne santé (1). Sur le plan épidémiologique en France, l'étude ESTEBAN menée entre 2015 et 2016 (2) a mis en évidence que près de 30% des adultes sont hypertendus soit 17 millions de personnes (3).

Face à cet enjeu de santé publique, la place du médecin généraliste est centrale dans le diagnostic et le suivi de l'HTA. En effet, une enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes effectuée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) entre juin 2002 et janvier 2003 auprès de 922 généralistes libéraux (44 000 consultations et 6 000 visites) confirme que l'hypertension artérielle est le diagnostic le plus fréquemment signalé par les médecins généralistes et concerne 17 % des séances (4).

De façon plus récente, l'étude ECOGEN (étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale) publiée dans la revue *exercer* en 2014 par *Letrilliart et al*, place l'hypertension artérielle comme le second résultat de consultation de médecine générale le plus fréquent (7% des 45 642 résultats analysés suite au 20 613 consultations analysées) après les situations de prévention (10%) (5).

En outre, seul 11% des patients hypertendus bénéficient d'un suivi spécialisé par un cardiologue (6), l'immense majorité du suivi s'effectuant principalement en cabinet de médecine générale.

Par ailleurs, la mesure de la Pression Artérielle (PA) est le geste technique le plus fréquemment pratiqué par les Médecins Généralistes (MG). Elle est effectuée dans 80% des consultations, selon une étude de 2005 réalisée sur les données de l'Observatoire de Médecine Générale (OMG). Dans cette étude déclarative, la mesure de la PA semble constituer un élément incontournable de la relation médecin-patient, pour les médecins qui déclarent majoritairement répondre par ce geste aux attentes de leurs patients (7).

D'autres études qualitatives plus récentes, mettent en évidence et soulignent un rôle central d'outil de communication, voire de rituel placebo-thérapeutique de la mesure de la pression artérielle utilisé par les médecins généralistes pour rassurer les patients (8) (9). Du point de vue du patient : deux études qualitatives de 2006 (10) et 2007 (11) ont mis en évidence que ce n'est pas tant le geste de mesure de la PA en lui-même qui importe, mais la connaissance de la valeur des chiffres de cette pression artérielle qui serait prégnante. Selon les auteurs, des chiffres tensionnels dans la normalité exerceraient un fort effet anxiolytique chez les patients.

Le gold standard de la mesure de la pression artérielle est une mesure non invasive à l'aide d'un tensiomètre ou sphygmomanomètre avec brassard. Les tensiomètres sans brassard (montres, bracelets) ne permettent toujours pas en 2023 une mesure validée de la PA (12). Le geste technique en lui-même est codifié (13), il doit :

- S'effectuer avec un dispositif à brassard adapté à la circonférence du bras validé.

- Être réalisé aux deux bras et associé à une mesure de la fréquence cardiaque, en position assise ou allongée, au repos durant au moins 3 à 5 minutes dans le calme, sans parler.
- Comporter une recherche de l'hypotension orthostatique après 1 et 3 min au moins en position debout.

Cependant, en pratique courante : 4 mesures sur 5 réalisées en cabinet, présentent au moins un biais méthodologique : temps de repos non respecté, absence d'entretien et d'étalonnage des tensiomètres électriques, remettant en cause la fiabilité de la mesure de la pression artérielle en soins premiers (14) (15). Ainsi, pour certains chercheurs, la mesure de la pression artérielle doit être réalisée par le médecin soigneusement ou alors pas du tout (16).

En outre, de façon intrinsèque, la mesure de la pression artérielle en cabinet de médecine générale se heurte à deux biais diagnostics :

- L'un par excès avec « l'effet blouse blanche » défini comme : une PA \geq 140 mmHg et/ou \geq 90 mmHg au cabinet lors de mesures répétées, alors que la PA mesurée à domicile (automesure ou MAPA lors d'activités usuelles) est inférieure à 135/85 mmHg.
- L'autre par défaut avec « l'hypertension masquée » définie comme : une PA normale (<140 /90 mmHg) au cabinet mais élevée lorsque mesurée en ambulatoire (PA \geq 135/85 mm Hg)

Il existe peu de données sur la fréquence optimale de mesure de la pression artérielle dans le cadre du dépistage de l'hypertension artérielle. En août 2018, les Sociétés Européennes de Cardiologie et d'Hypertension ont préconisé une mesure tous les 5 ans en cas de PA optimale (< 120/80 mmHg), tous les 3 ans en cas de PA normale (120-129/80-84 mmHg) et tous les ans en cas de PA normale haute (130–139/85–89mmHg) (17).

Devant la discordance entre le nombre élevé de mesures de la pression artérielle en cabinet de médecine générale (plus de 80% des consultations) par rapport aux 50% de patients hypertendus qui ignorent leur diagnostic, et compte tenu des biais méthodologiques et inhérents à la mesure de la PA en cabinet de médecine générale : les travaux de *Richard et collaborateurs* ont questionné de façon qualitative (8) puis quantitative (18) la possibilité de mesurer moins fréquemment la PA, conformément aux recommandations des sociétés savantes européennes de Cardiologie et d'Hypertension, au travers du ressenti des patients lorsque leur médecin généraliste ne leur prend pas la PA au cours de la consultation.

Les résultats de l'étude quantitative publiée le 1^{er} juin 2022 dans la revue *Family Practice* montrent que 59.8% des patients ont un ressenti indifférent ou positif lorsque leur médecin généraliste ne leur mesure pas la PA lors de la consultation.

Cependant, la proportion du nombre de patients âgés de plus de 65 ans, et celle du nombre de patients hypertendus, de l'échantillon de cette étude réalisée dans le Puy de Dôme, est respectivement de 28.3% et 27.6%. Or, l'âge et le fait d'être hypertendu sont des variables décrites dans la littérature comme influençant de façon significative l'attachement du patient à la mesure de sa PA (10).

Ainsi, l'objectif de cette étude consiste à évaluer quantitativement le ressenti des patients du Limousin (région à la population la plus âgée avec 29 % de personnes de 60 ans ou plus (19) et avec une surmortalité d'origine cardiovasculaire (20)) lorsque le médecin généraliste ne leur

mesure pas la PA au cours d'une consultation de médecine générale. Peut-on mesurer moins la pression artérielle en Limousin ? Quelle acceptation des patients ?

I. Matériel et Méthode

I.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude de satisfaction observationnelle, quantitative, prospective et déclarative par auto-questionnaire rempli par le patient dans la salle d'attente de 30 médecins généralistes (10 médecins dans chacun des 3 départements de l'ancienne région Limousin : Creuse, Haute-Vienne, Corrèze). Cette dernière a été menée de novembre 2022 à juin 2024.

Le choix des praticiens a été réalisé par tirage au sort à partir de la liste des Médecins Généralistes en activité par département disponible sur l'annuaire en ligne du site du Conseil National de l'Ordre des Médecins. A noter sur les 30 praticiens tirés au sort : 3 ont refusé de participer à l'étude (2 en Creuse et 1 en Corrèze) invoquant un manque de temps pour 2 d'entre eux et un départ imminent en retraite pour le troisième. Un nouveau tirage au sort par département a été réalisé afin de combler ces 3 exclusions et maintenir un effectif de 10 praticiens par département.

La liste anonymisée des praticiens ayant participé à l'étude, le nombre de questionnaires recueillis ainsi que le taux de réponse pour chaque praticien est disponible en **Annexe 1**.

I.2. Questionnaire

Le questionnaire utilisé dans cette étude a été élaboré à partir de données bibliographiques : d'une étude qualitative de 2018 (8), qui au travers d'entretiens semi-dirigés a interrogé médecins généralistes et patients sur leur ressenti respectif quant à l'absence de mesure de la PA lors de la consultation, ainsi que d'un ouvrage d'initiation à la recherche en médecine générale (21). Il est identique au questionnaire utilisé dans l'étude quantitative publiée en 2023 dans le journal *Family Practice* par *Richard et al* (18).

Il respecte l'anonymat des patients. Un avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud-Est VI a été reçu le 28/09/2022, référence 2022/ CE 48 (**Annexe 2**).

Le questionnaire a été proposé au format papier, imprimé en recto/verso :

- Le recto (**Annexe 3**) rassemble les données médicales et socio-démographiques des patients. Un avis téléphonique auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) réalisé en amont de cette recherche, a caractérisé ce travail comme une Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH), dont les données recueillies ne permettent pas de façon directe ou indirecte l'identification des patients et par conséquent ne nécessitent pas d'autorisation ou de modalité de conservation particulières.
- Le verso (**Annexe 4**) comporte une première question sur le ressenti du patient en l'absence de mesure de pression artérielle lors d'une consultation pour motif aigu (ex : mal de gorge, fièvre, toux...), ainsi qu'une seconde question identique mais qui concerne cette fois une consultation de suivi et de renouvellement de traitement habituel.

Près de mille questionnaires ont été imprimés afin de répondre au nombre de sujets nécessaires à l'étude avec un taux de non-réponse et d'exclusion des données évalué a priori

à 50% et 25% respectivement (cf I.4.). Trente-cinq questionnaires ont été mis à disposition dans les salles d'attentes de chaque praticien tiré au sort ayant accepté de participer à l'étude, à proximité d'une urne scellée pendant environ 1 mois. Lors du dépouillement, un numéro d'identification unique a été ajouté en haut à droite de chaque questionnaire.



Figure 1: Urnes scellées utilisées pour cette étude

I.3. Objectif principal de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de déterminer de façon quantitative le ressenti des patients en l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation de médecine générale en Limousin.

Deux types de consultations ont été distingués : les consultations portant sur un motif aigu et les consultations relevant du suivi ou du renouvellement d'un traitement habituel.

Une variable catégorielle, pouvant prendre les valeurs : « ça me dérange », « ça m'est égal » ou « ça m'arrange » pour traduire respectivement un ressenti négatif, indifférent ou positif, a été utilisée lors de l'analyse univariée afin de répondre à cet objectif principal.

En outre, des items qualitatifs cochables issus de l'étude qualitative de 2018 (8) ainsi qu'un espace libre étaient à disposition des patients afin de préciser et personnaliser leur ressenti.

I.4. Objectifs secondaires de l'étude

Dans un second temps, les proportions de patients ayant un ressenti positif et/ou indifférent et négatif en l'absence de mesure de la pression artérielle de cette étude ont été comparés aux résultats de l'étude quantitative de *Richard et al* réalisée dans le Puy de Dôme et publiée en 2022 (18).

Enfin, un des objectifs secondaires de l'étude a été de rechercher d'éventuels liens entre plusieurs covariables parmi :

- L'âge (variable continue en années)
- Le fait d'avoir 65 ans ou plus (variable catégorielle)

- Le genre
- Le niveau d'étude (Sans diplôme, Brevet, Baccalauréat, Supérieur au Baccalauréat)
- La fréquence de consultation (1 à 2 fois par an, 3 à 5 fois par an, 6 fois ou plus par an)
- Le lieu de résidence du patient (campagne ou ville)
- La présence d'une pathologie chronique
- La présence d'une pathologie psychiatrique
- La présence d'une hypertension artérielle
- La prise d'un traitement chronique
- La prise d'un traitement antihypertenseur
- La prise d'un traitement psychotrope

et la variable d'intérêt : le ressenti du patient en l'absence de mesure de la pression artérielle, successivement dans un contexte de consultation pour un motif aigu, puis dans le cadre d'une consultation de renouvellement de traitement habituel.

I.5. Critères d'inclusion et d'exclusion

Toute personne majeure (âge ≥ 18 ans), ayant répondu au questionnaire en cochant une valeur à l'exclusion des 2 autres possibles de cette variable catégorielle, a été inclus dans l'étude.

A l'inverse tout questionnaire rempli par un mineur (âge < 18 ans) ou présentant plusieurs valeurs cochées parmi « ça me dérange », « ça m'est égal » ou « ça m'arrange » pour la même question, a été exclu.

De même, tout questionnaire rempli pour lequel il manquait l'une des covariables parmi l'âge, le sexe ou le niveau d'étude a été exclu.

Enfin, dans un second temps, grâce aux covariables suivantes : âge, sexe, niveau d'étude, fréquence à laquelle le patient consulte son médecin généraliste, présence ou non d'un traitement chronique, présence ou non d'un traitement anti hypertenseur, présence ou non d'un traitement psychotrope (anxiolytique ou antidépresseur), ainsi que des éléments qualitatifs du questionnaire cochés par les patients pour étayer leur réponse au critère principal de l'étude, nous tenterons au travers d'une analyse bivariée, puis multivariée de mettre en évidence de potentiels facteurs prédictifs du ressenti des patients en l'absence de mesure de la pression artérielle en cabinet de médecine générale.

I.6. Calcul du nombre de sujets nécessaires

Le calcul du Nombre de Sujets Nécessaires (NSN) a été réalisé en amont de l'étude en utilisant le site en ligne EpiTools disponible à l'adresse <https://epitools.ausvet.com.au/oneproportion> (résultat de la fenêtre logiciel en **Annexe 5**).

Ce site applique la formule suivante pour le calcul d'un échantillon nécessaire à l'estimation d'une proportion théorique au sein d'une population :

$$n \geq \frac{p(1-p)(Z\alpha)^2}{i^2}$$

Avec : n = Taille de l'échantillon

P = pourcentage de la variable qualitative dans la population, basée sur des études pilotes précédentes

Z α = Valeur au risque α de première espèce en hypothèse bilatérale. Dans le cas d'un risque α de 5%, Z α =1.96

i = la précision de l'étude

Dans le cadre de ce calcul, la valeur de p a été fixée à 60 % , conformément à la proportion de patients ayant un ressenti positif ou indifférent retrouvée dans l'étude quantitative publiée en 2022 (59.8%) (18). Un risque de première espèce bilatéral de 5% ainsi qu'une précision de 5% ont été choisis.

$$n \geq \frac{0.6(1-0.6)(1.96)^2}{0.05^2} \geq 369$$

Ainsi, le NSN théorique de cette étude est de 369 questionnaires. En anticipant une exclusion de 25% des questionnaires remplis, ce NSN a été ajusté à 500 questionnaires.

I.7. Analyse Statistique

L'ensemble des données des questionnaires dépouillés a été recueilli dans un tableur avec le logiciel Microsoft Excel®. Les analyses statistiques ont été réalisées avec l'interface visuelle gratuite et open source du logiciel R : Jamovi® version 2.5.6.

L'échantillon a été décrit par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles, et par la moyenne \pm écart-type pour l'âge (variable continue).

Les proportions de patients déclarant avoir un ressenti indifférent, positif ou négatif ont été exprimées avec un intervalle de confiance à 95%.

La comparaison entre les ressentis positif, indifférent et négatif entre les 2 questions (question 1 pour un motif aigu et question 2 pour une consultation de renouvellement) a été effectuée avec un test Chi² d'homogénéité.

Pour la suite des analyses, afin de pouvoir comparer nos résultats avec l'étude de 2022 réalisée dans le Puy de Dôme (18) notre variable d'intérêt : « le ressenti des patients en l'absence de mesure de la PA » a été transformée en variable dichotomique en regroupant les patients avec « un ressenti positif et indifférent » versus les patients avec « un ressenti négatif ».

La comparaison des résultats de l'analyse univariée avec ceux de l'étude réalisée dans le Puy de Dôme a été réalisée au travers d'un test Chi² d'homogénéité.

Afin d'étudier les possibles facteurs prédictifs du ressenti des patients en l'absence de mesure de la PA, une analyse bivariée a été réalisée. Pour la covariable « âge (en année) » en tant que variable quantitative continue, un test de Mann-Whitney a été utilisé. Pour l'ensemble des covariables catégorielles (âge \geq 65 ans, le genre, le niveau d'étude, la fréquence de consultation, le lieu d'habitation du patient, la présence d'une pathologie

chronique, la présence d'une pathologie psychiatrique, la présence d'un antécédent d'HTA, la prise d'un traitement chronique, la prise d'un traitement antihypertenseur, la prise d'un traitement psychotrope), un test d'association de Chi² a été utilisé.

Enfin, pour mieux caractériser les liens entre les covariables statistiquement significatives en analyse bivariée et notre variable d'intérêt : une régression logistique a été réalisée sur chaque covariable présentant une p value < 0.2 en analyse bivariée. Toutes les covariables présentant une p-value en régression logistique < 0.2 ont été intégrées dans notre modèle univarié initial. Une approche pas à pas descendante (exclusion de la covariable avec la p-value la plus élevée à chaque nouvelle régression) a été réalisée afin d'aboutir à un modèle multivarié final. Les résultats de l'analyse multivariée sont présentés sous forme d'odds ratio (OR) avec intervalle de confiance à 95%. Le genre a été utilisé comme variable forcée d'ajustement.

I.8. Bibliographie

La bibliographie a été réalisée avec le logiciel Zotero® version 6.0.36.

La recherche bibliographique a été réalisée à l'aide des moteurs de recherche Pubmed et Google scholar pour la plupart des travaux de recherche publiés.

Pour les travaux de thèse les plus anciens, le catalogue SUDOC a été utilisé.

Enfin, les données démographiques utilisées dans cette étude proviennent de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE).

II. Résultats

II.1. Echantillon

II.1.1. Diagramme de flux

Cinq cents vingt-deux questionnaires ont été recueillis et identifiés dans la base de données Excel®. Parmi ces 522 questionnaires, 29 ont été exclus car ils ne respectaient pas les critères d'inclusion (**Figure 2**) :

- Un questionnaire ne respectait pas l'âge supérieur à 18 ans (âge = 15 ans)
- Quinze questionnaires ne contenaient aucune valeur pour la covariable âge
- Un questionnaire n'avait pas de valeur pour la covariable niveau d'étude
- Onze questionnaires ne comportaient aucune réponse concernant la variable principale
- Un questionnaire avait plusieurs cases de cochées pour la variable principale

Ainsi 493 questionnaires ont été analysés car ils offraient une réponse unique à la question « Que ressentez-vous si votre médecin traitant ne vous prend pas la pression artérielle lors d'une consultation pour un motif aigu » (question 1).

Cependant parmi ces 493 questionnaires, 25 n'avaient aucune réponse cochée pour la question « Que ressentez-vous si votre médecin traitant ne vous prend pas la pression artérielle lors d'une consultation pour le renouvellement de votre traitement habituel » (question 2). Les analyses concernant la question 2 ont donc été réalisées sur la base d'un nombre de questionnaires n=468.

L'ensemble de ces données est synthétisé dans le diagramme de flux suivant :

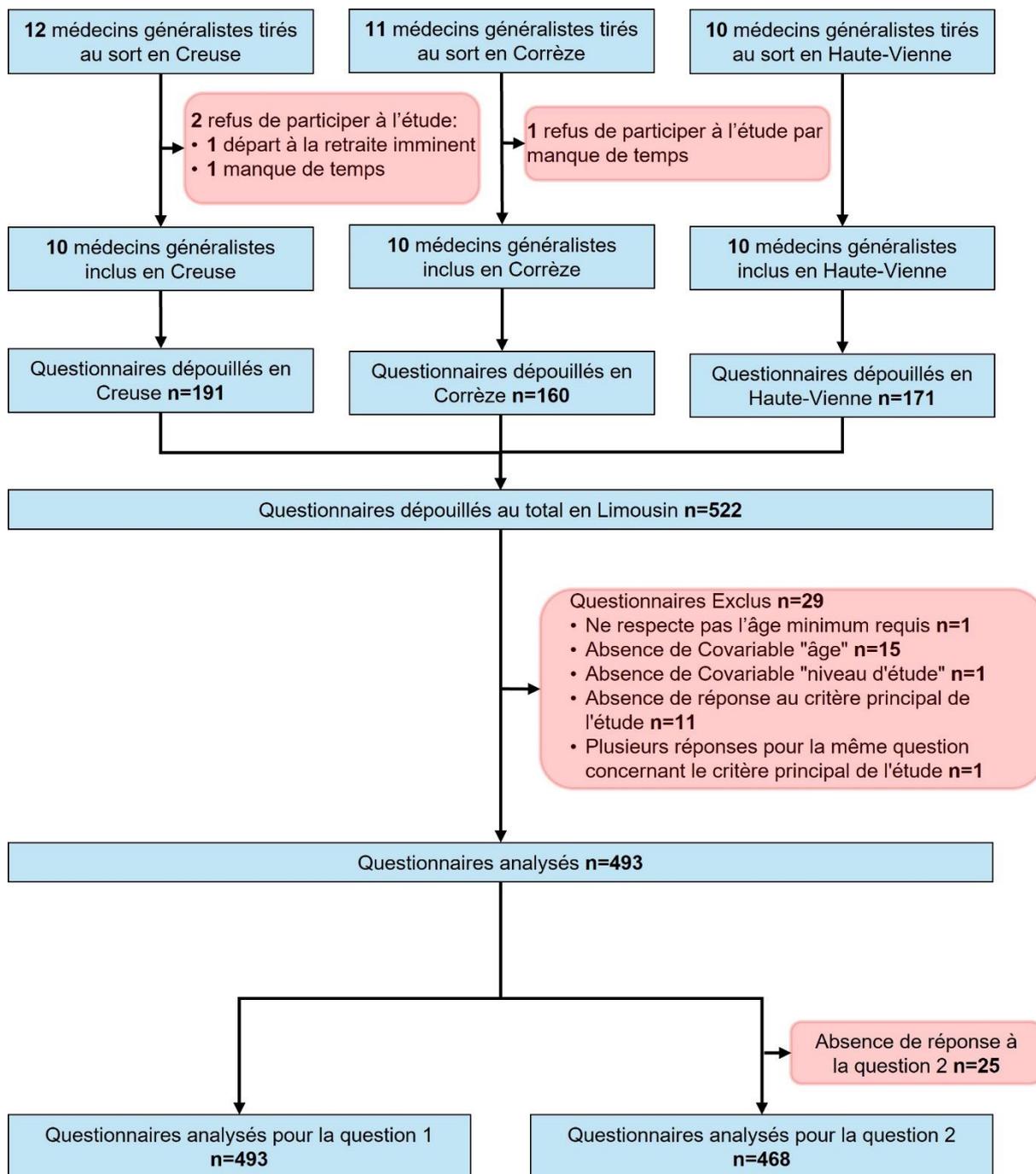


Figure 2: Diagramme de Flux

II.1.2. Caractéristiques de l'échantillon

Sur les 493 questionnaires analysés, l'âge moyen des patients était de 56,8 ans avec un écart type de 16,7 ans. L'âge minimum était de 18 ans et l'âge maximum de 98 ans. Les plus de 65 ans représentaient 38,7% (n=191) de l'échantillon (**Tableau 1**).

Ce-dernier était à 62,2% constitué de femmes (n=307) contre 186 hommes (37,7%).

Trois cent trente-huit patients soit 68,6% de l'échantillon ont déclaré souffrir d'un problème de santé nécessitant la consultation de leur médecin généraliste au moins 1 fois par an. Plus spécifiquement, 36,3% des participants ont déclaré souffrir d'HTA et 3,8% (n=19) ont déclaré souffrir d'une affection psychiatrique (dépression, anxiété, addiction).

Trois cent trente-neuf patients ont déclaré prendre un traitement chronique (68,8%); dont 33,7% ont mentionné la prise d'au moins un traitement antihypertenseur (n=166) et 9,7% ont mentionné la prise d'au moins un médicament psychotrope (n=48).

Environ la moitié (50,5%) de l'échantillon déclarait consulter son médecin généraliste 3 à 5 fois par an et seulement 19,3% des patients (n=95) ont déclaré consulter 6 fois ou plus par an.

Concernant le lieu de résidence des patients : la majorité habitaient à la campagne (n=301 ; 61,1%) contre 38,9% en ville.

Enfin, le niveau d'éducation le plus représenté était un niveau supérieur au baccalauréat (42,4%) suivi du niveau baccalauréat (27,8%) et du niveau brevet (21,9%).

Parmi les 493 patients ayant participé à l'étude, 33,3% (n = 164) était originaire de Haute-Vienne, 31,0% (n = 153) de la Corrèze, et enfin 35,7% (n = 176) de la Creuse.

Toutes ces caractéristiques sont résumées dans le **Tableau 1**.

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon

	Total (n=493)
Âge (en années)	56,8 ±16,7 [18-98]
Âge ≥ 65 ans	191 (38,7)
Genre	
Homme	186 (37,7)
Femme	307 (62,2)
Antécédents médicaux	338 (68,6)
HTA	179 (36,3)
Problèmes Psychiatriques	19 (3,8)
Traitements Chroniques	339 (68,8)
Antihypertenseurs	166 (33,7)
Psychotropes	48 (9,7)
Fréquence de consultation	
1 à 2 fois par an	149 (30,2)
3 à 5 fois par an	249 (50,5)
6 fois ou plus par an	95 (19,3)
Lieu de résidence du patient	
Ville	192 (38,9)
Campagne	301 (61)
Niveau d'étude	
Sans diplôme	39 (7,9)
Brevet	108 (21,9)
Baccalauréat	137 (27,8)
Supérieur au Baccalauréat	209 (42,4)
Départements	
Haute-Vienne	164 (33,3)
Corrèze	163 (31)
Creuse	176 (35,7)

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

II.2. Analyse univariée

II.2.1. Question 1 : Ressenti des patients en l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation pour un motif aigu

Dans cette étude réalisée en Limousin, 246 patients (49,9% IC95% [45,5-54,3]), ont déclaré avoir un ressenti négatif en l'absence de mesure de la pression artérielle par leur médecin généraliste lors d'une consultation de médecine générale pour un motif aigu. Sur ces 246 patients :

- 208 (84,5%) ont déclaré que selon eux la mesure de la pression artérielle devrait être systématique à chaque consultation pour un motif aigu.
- 35 (14,2%) ont déclaré avoir l'impression de consulter pour pas grand-chose si leur médecin traitant ne leur a pas pris la tension.
- 4 (1,6%) ont évoqué d'autres raisons parmi lesquels une anxiété importante, la présence d'antécédents vasculaires familiaux.

A l'inverse, 224 (45,4% IC95% [47,6-49,8]) ont déclaré avoir un ressenti indifférent quant à l'absence de mesure de la pression artérielle par leur médecin traitant lors d'une consultation de médecine générale pour un motif aigu. Parmi ces 224 patients :

- 180 (80,4%) ont surligné la confiance qu'ils avaient en leur médecin traitant.
- 35 (15,65%) ont mis en avant le fait de connaître leur tension artérielle habituelle.
- 39 (17,4%) ont déclaré ne pas avoir selon eux de symptômes en lien avec une chute ou une hausse de leur tension artérielle.
- 11 (4,9%) ont déclaré ne pas être concernés par la mesure de la pression artérielle.
- 1 (0,4%) a déclaré un motif autre.

Enfin, 23 patients (4,7% IC95% [2,8-6,6]) ont déclaré avoir un ressenti positif en l'absence de mesure de la pression artérielle par leur médecin traitant lors d'une consultation de médecine générale pour un motif aigu. Sur ces 23 patients :

- 8 (35%) ont appuyé le fait qu'ils attendent autre chose de la consultation qu'un simple examen : de l'écoute, de l'attention entre autres
- 12 (52,2%) ont manifesté le désir d'un examen uniquement centré sur leurs symptômes
- 3 (13%) ont mis en avant le caractère faussé selon eux de la mesure de la pression artérielle en cabinet de médecine générale
- 1(4,3%) a déclaré un motif autre

L'ensemble de ces données sont synthétisées dans le **Tableau 2** ainsi que dans les **Figures 3 et 4**.

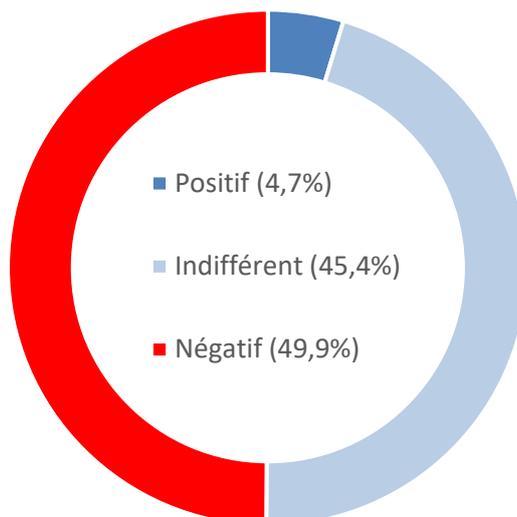


Figure 3 : Répartition du ressenti de l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation pour un motif aigu

Tableau 2: Résultats de l'analyse univariée pour la question 1

Question 1	
Total (n=493)	
Ressenti négatif	246 (49,9)
Mesure systématique	208/246(84,5)
Consultation pour rien	35/246 (14,2)
Autre	8/246 (3,2)
Ressenti Indifférent	224 (45,4)
Confiance au médecin traitant	180/224(80,4)
Connaissance de sa tension habituelle	35/224 (15,6)
Absence de symptômes liés à la tension	39/224 (17,4)
Pas concerné	11/224 (4,9)
Autre	1/224 (0,4)
Ressenti positif	23 (4,7)
Examen centré sur les symptômes	12/23 (52,8)
Autre attente	8/23 (34,8)
Pas fiable	3/23 (13)
Autre	1/23 (4,3)

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

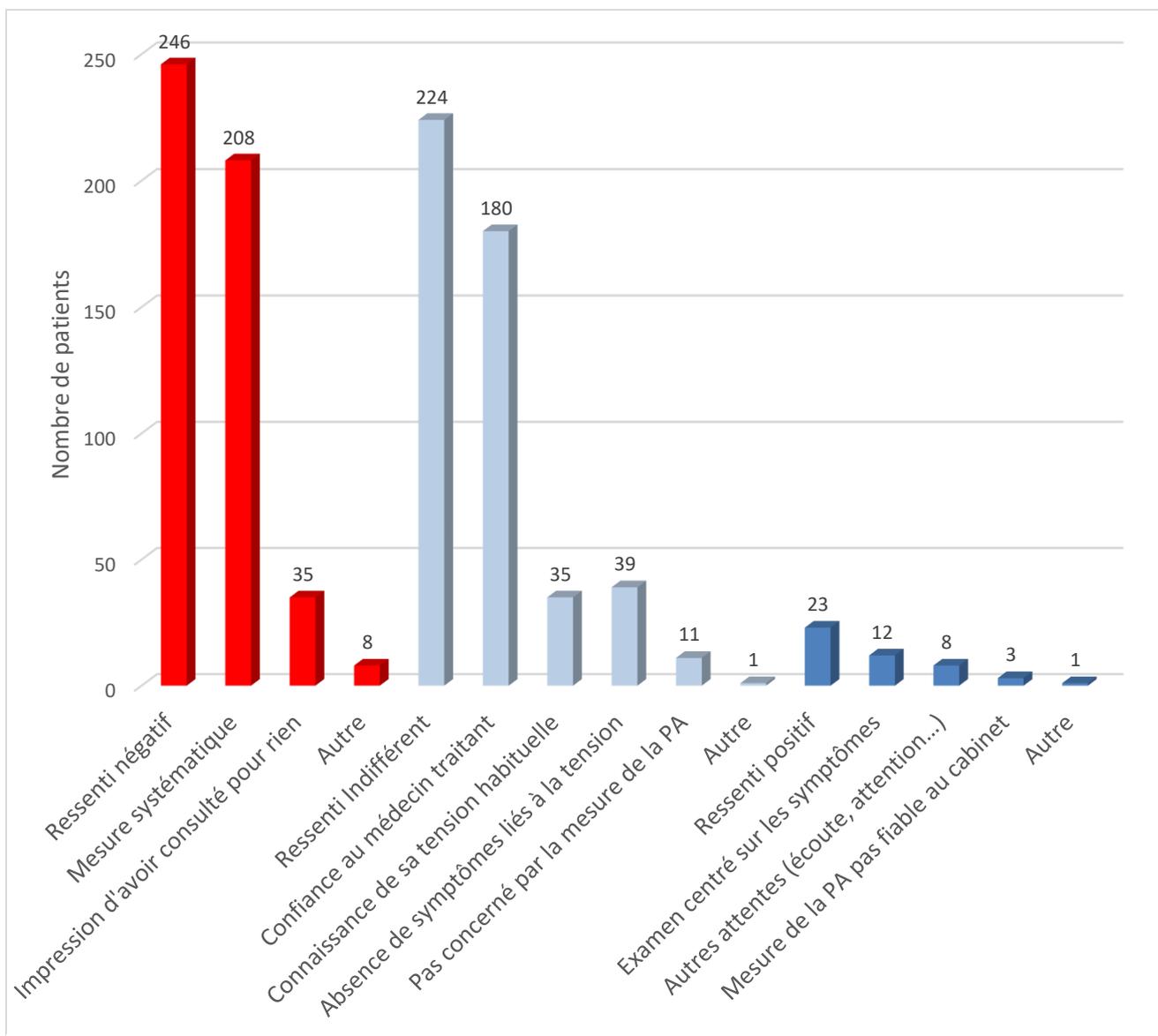


Figure 4: Comparaison du ressenti de l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation pour un motif aigu

II.2.2. Question 2 : Ressenti des patients en l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation de renouvellement :

Quatre cent soixante-huit patients ont répondu à la question 2 portant sur leur ressenti en l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation de renouvellement.

Deux cent soixante-dix-neuf patients (59,6% IC95% [55,1-64]) ont déclaré avoir un ressenti négatif en l'absence de mesure de la pression artérielle par leur médecin généraliste lors d'une consultation de renouvellement de traitement. Parmi ces 279 patients :

- 230 (82,4%) ont déclaré que selon eux, la mesure de la pression artérielle devrait être systématique à chaque consultation de renouvellement
- 44 (15,8%) ont déclaré avoir l'impression de consulter pour pas grand-chose si leur médecin traitant ne leur a pas pris la tension
- 21 (7,5%) ont évoqué d'autres raisons dont le fait d'être rassuré par ce geste qu'ils investissent dans le cadre de leur suivi.

A l'inverse, 181 patients (38,7% des IC95% [34,3-43]) ont déclaré avoir un ressenti indifférent quant à l'absence de mesure de la pression artérielle par leur médecin traitant lors d'une consultation de renouvellement de traitement. Parmi ces 181 patients :

- 142 (78,4%) ont surligné la confiance qu'ils avaient en leur médecin traitant
- 22 (12,1%) ont mis en avant le fait de connaître leur tension artérielle habituelle
- 24 (13,3%) ont déclaré ne pas avoir selon eux de symptômes en lien avec une chute ou une hausse de leur tension artérielle
- 7 (3,9%) ont déclaré ne pas être concernés par la mesure de la pression artérielle

Enfin, 8 patients (1,7% IC95% [0,5-2,9]) ont déclaré avoir un ressenti positif en l'absence de mesure de la pression artérielle par leur médecin traitant lors d'une consultation de renouvellement de traitement. Sur ces 8 patients :

- 2 (25%) ont appuyé le fait qu'ils attendent autre chose de la consultation qu'un simple examen : de l'écoute, de l'attention entre autres
- 4 (50%) ont manifesté le désir d'un examen uniquement centré sur leurs symptômes
- 2 (25%) ont mis en avant le caractère faussé selon eux de la mesure de la pression artérielle en cabinet de médecine générale

L'ensemble de ces données est synthétisé dans le **Tableau 3** ainsi que dans les **Figures 5 et 6**.

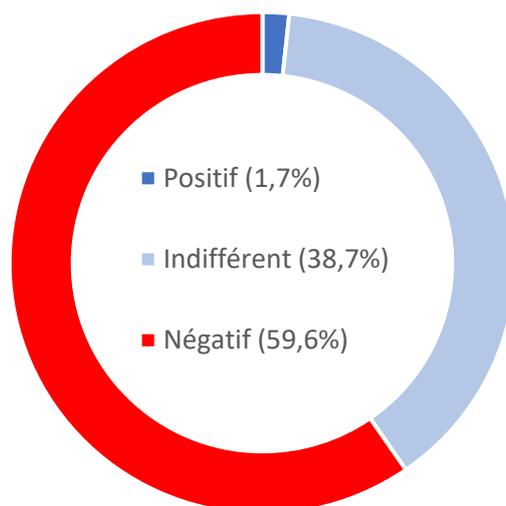


Figure 5: Répartition du ressenti en l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation de renouvellement

Tableau 3: Résultats de l'analyse univariée pour la question 2

	Question 2
	Total
	(n=468)
Ressenti négatif	279 (59,6)
Mesure systématique	230/279 (82,4)
Consultation pour rien	44/279 (15,8)
Autre	21/279 (7,5)
Ressenti Indifférent	181 (38,7)
Confiance au médecin traitant	142/181 (23,2)
Connaissance de sa tension habituelle	22/181 (12,1)
Absence de symptômes liés à la tension	24/181 (13,3)
Pas concerné	7/181 (3,9)
Autre	0
Ressenti positif	8 (1,7)
Examen centré sur les symptômes	4/8 (50)
Autre attente	2/8 (25)
Pas fiable	2/8 (25)
Autre	0

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

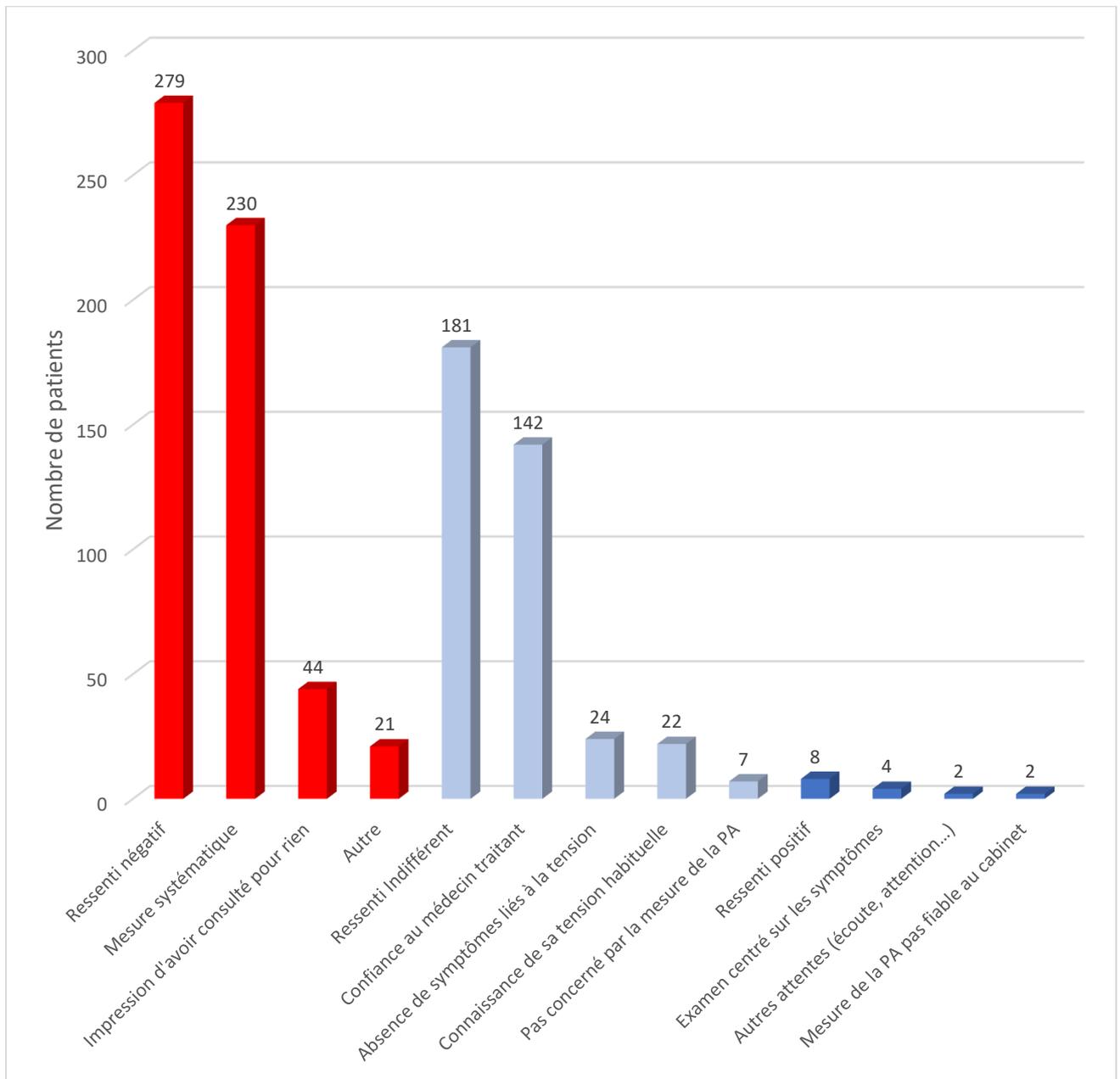


Figure 6: Comparaison du ressenti de l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation de renouvellement

II.3. Comparaison du ressenti des patients entre une consultation pour un motif aigu et une consultation de renouvellement :

La proportion du nombre de patients ayant un ressenti négatif en l'absence de mesure de la PA a progressé de 9,7% lorsqu'il s'agissait d'une consultation de renouvellement. A l'inverse, la proportion de patients ayant un ressenti indifférent ou positif ont respectivement chuté de 6,7% et 3% lorsqu'il s'agissait d'une consultation de renouvellement.

Pour permettre une meilleure comparaison visuelle de ces 2 répartitions en fonction du type de consultation, les diagrammes circulaires des **Figures 3 et 5** ont été mis côte à côte et rappelés dans la **Figure 7** ci-dessous.



Figure 7: Comparaison du ressenti des patients lors d'une consultation pour un motif aigu et lors d'une consultation de renouvellement

Afin de déterminer si cette répartition n'était pas due au hasard, nous avons réalisé un test de Chi² d'homogénéité. L'hypothèse nulle était H₀ : « il n'existe pas de différence significative entre la répartition des ressenti positif, indifférent et négatif des patients en l'absence de mesure de la PA entre une consultation pour un motif aigu et une consultation de renouvellement », avec un risque de première espèce $\alpha=5\%$.

Le tableau de contingence et la p-value de ce test sont disponibles dans le **Tableau 4** :

Tableau 4: Tableau de Contingence et p-value du test de Chi² d'homogénéité pour la comparaison entre le ressenti des patients et le type de consultation

Ressenti en l'absence de mesure de la PA\consultation	Motif aigu	Renouvellement	Total général
Ressenti négatif	246	279	525
Ressenti indifférent	224	181	405
Ressenti positif	23	8	31
Total général	493	468	961

$p=0,00132$

La plus petite probabilité à partir de laquelle on rejette H₀ est donc de $0,00132 < 0,05$, on peut donc rejeter H₀ au risque $\alpha=5\%$. **Ainsi, les résultats montrent que la proportion de patients ayant un ressenti négatif en l'absence de mesure de la PA au cours d'une consultation**

de renouvellement est significativement plus importante que celle lors d'une consultation pour un motif aigu.

II.4. Comparaison des résultats de l'analyse univariée avec les résultats de l'étude réalisée dans le Puy de Dôme

II.4.1. Consultation pour un motif aigu (Question 1)

Pour rappel, dans notre étude réalisée en Limousin : 247 patients sur 493 (50,1% IC95% [45,7-54,5]) avaient un ressenti positif ou indifférent en l'absence de mesure de la PA par leur médecin généraliste lors d'une consultation pour un motif aigu, contre 246 (49,1% IC95% [45,5-54,3]) qui présentaient un ressenti négatif.

Dans l'étude réalisée en 2022 dans le Puy de Dôme, avec un effectif quasi identique de 492 patients : plus de la moitié (n=294 59,9% IC95% [55,2-64,2]) éprouvait un ressenti positif ou indifférent en l'absence de mesure de la PA par leur médecin généraliste lors d'une consultation pour un motif aigu. Cent quatre-vingt-dix-huit patients sur 492 (40,2% IC95% [35,9-44,5]) avaient quant à eux un ressenti négatif.

Ces différentes proportions sont représentées dans la **Figure 8** à l'aide de 2 diagrammes circulaires afin de les comparer visuellement.

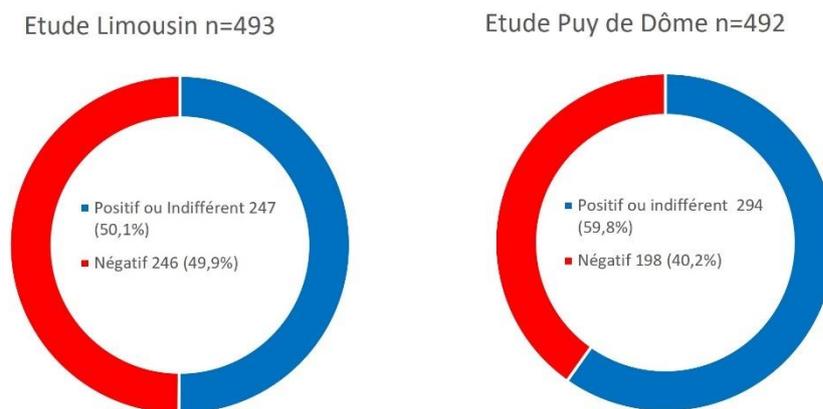


Figure 8: Comparaison du ressenti des patients lors de la consultation pour motif aigu entre le Limousin et le Puy de Dôme

Afin de déterminer si cette différence de proportion observée de 9,7% des effectifs de ces 2 études n'est pas due au hasard, nous avons réalisé un test de χ^2 d'homogénéité entre les effectifs de la variable ressenti en l'absence de mesure de la PA et la variable « lieu de l'étude ». L'hypothèse nulle était H_0 « il n'existe pas de différence significative entre : la répartition du ressenti en l'absence de mesure de la PA pour un motif aigu en Limousin et dans le Puy de Dôme », avec un risque de première espèce $\alpha=5\%$.

Le tableau de contingence et la p-value de ce test sont disponibles dans le **Tableau 5**.

Tableau 5: Tableau de Contingence et p value du test Chi² d'homogénéité pour la question 1

Ressenti en l'absence de mesure de la PA\Lieu de l'étude	Limousin	Puy de dôme	Total général
Ressenti Positif ou Indifférent	247	294	541
Ressenti négatif	246	198	444
Total général	493	492	985

p=0,0023

La plus petite probabilité à partir de laquelle on rejette H0 est donc de $0.0023 < 0.05$, on peut donc rejeter H0 au risque $\alpha=5\%$. Le ressenti en l'absence de mesure de la PA lors d'une consultation pour un motif aigu n'est donc pas homogène en Limousin et dans le Puy de Dôme. Autrement dit, **les résultats montrent que la proportion de patients ayant un ressenti négatif en l'absence de mesure de la PA au cours d'une consultation pour un motif aigu en Limousin est significativement plus importante par rapport à celle observée dans le Puy de dôme (p = 0,0023).**

II.4.2. Consultation pour un motif chronique (Question 2)

Pour rappel, dans notre étude réalisée en Limousin : 189 patients sur 468 (40,4% IC95% [35,9-44,8]) avaient un ressenti positif ou indifférent en l'absence de mesure de la PA par leur médecin généraliste lors d'une consultation de renouvellement contre 279 (59,6% IC95% [55,1-64]) qui avaient un ressenti négatif.

Dans l'étude réalisée en 2022 dans le Puy de Dôme, seulement 286 patients avaient répondu à cette question. Plus précisément 150 (52,4% IC95% [46,6-58,2]) éprouvaient un ressenti positif ou indifférent en l'absence de mesure de la PA par leur médecin généraliste lors d'une consultation de renouvellement. Cent trente-six patients (47,6% IC95% [41,5-53,4]) avaient quant à eux un ressenti négatif.

Ces différentes proportions sont représentées dans la **Figure 9** à l'aide de 2 diagrammes circulaires afin de les comparer visuellement.

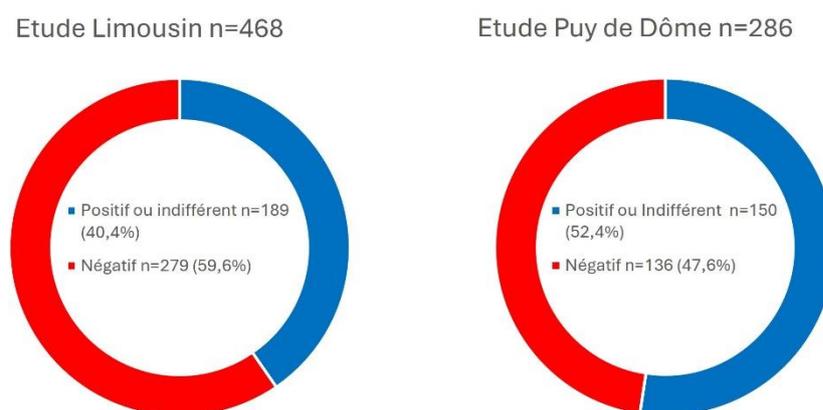


Figure 9: Comparaison des résultats des 2 études à propos de la question 2

Afin de déterminer si cette différence de proportion observée de 12% des effectifs de ces 2 études n'est pas due au hasard, nous avons réalisé un test de Chi² d'homogénéité entre les

effectifs de la variable ressenti en l'absence de mesure de la PA et la variable «lieu de l'étude». L'hypothèse nulle était H0 : il n'existe pas de différence significative entre la répartition du ressenti en l'absence de mesure de la PA pour une consultation de renouvellement en Limousin et dans le Puy de Dôme avec un risque de première espèce $\alpha=5\%$.

Le tableau de contingence et la p-value de ce test sont disponibles dans le **Tableau 6**.

Tableau 6: Tableau de Contingence et p-value du test Chi² d'homogénéité pour la question 2

Ressenti en l'absence de mesure de la PA\Lieu de l'étude	Limousin	Puy de Dôme	Total général
Ressenti Positif ou Indifférent	189	150	339
Ressenti négatif	279	136	415
Total général	468	286	754

p=0,0012

La plus petite probabilité à partir de laquelle on rejette H0 est donc de $0.0012 < 0,05$, on peut donc rejeter H0 au risque $\alpha=5\%$. Le ressenti en l'absence de mesure de la PA lors d'une consultation de renouvellement n'est donc pas homogène en Limousin et dans le Puy de Dôme. Autrement dit, **de la même façon que pour la question précédente, les résultats montrent que la proportion de patients ayant un ressenti négatif en l'absence de mesure de la PA au cours d'une consultation pour un renouvellement en Limousin est significativement plus importante par rapport à celle observée dans le Puy de Dôme ($p=0,0012$).**

II.5. Analyse bivariée

II.5.1. Question 1 : Facteurs influençant le ressenti des patients en l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation pour un motif aigu :

L'analyse bivariée retrouve une association statistiquement significative entre le ressenti positif ou indifférent et un âge plus jeune : les patients ayant un ressenti positif ou indifférent sont en moyenne 8,2 ans plus jeune que ceux ayant un ressenti négatif ($p<0,001$), dans un contexte d'absence de mesure de la PA lors d'une consultation pour un motif aigu. De même, la part des moins de 65 ans ayant un ressenti positif ou indifférent est 16,6% plus importante que la part des plus de 65 ans ayant un ressenti positif ou indifférent ($p<0.001$).

La présence d'une pathologie chronique est statistiquement associée à un ressenti négatif : avec une différence significative de 17,3% ($p<0.001$).

La présence d'un antécédent d'hypertension artérielle est statistiquement associée à un ressenti négatif avec une différence significative de 19% ($p<0.001$).

La prise d'un traitement au long cours est statistiquement associée à un ressenti négatif avec une différence significative de 19,6% ($p<0,001$).

La prise d'un traitement psychotrope est statistiquement associée à un ressenti négatif avec une différence significative de 16,3% ($p=0,032$).

Une fréquence de consultation basse est statistiquement associée à un ressenti positif ou indifférent avec un effectif d'environ 15% supérieur de patient avec un ressenti positif ou indifférent chez les patients consultant 1 à 2 fois par an par rapport à ceux qui consultent 3 à 5 fois ou 6 fois ou plus par an.

A l'inverse, l'analyse bivariée n'a mis en évidence aucune association statistiquement significative entre le ressenti des patients en l'absence de mesure de la PA et : le genre, le niveau d'étude et le lieu de résidence du patient (urbain ou rural).

L'ensemble de ces données sont présentées dans le **Tableau 7**. Seuls les résultats statistiquement significatifs sont synthétisés dans la **Figure 10**.

Tableau 7: Résultats de l'analyse bivariée pour la question 1

	Ressenti indifférent ou positif n=247	Ressenti négatif n=246	p
Age	52,7 ± 16,6	60,9 ± 15,8	<0,001 ^a
Age < 65	176/302 (58,3)	126/302 (41,7)	<0,001 ^b
Age ≥65	71/191 (37,2)	120/191 (62,8)	
Genre			
Féminin	147/307 (47,9)	160/307 (52,1)	0,206 ^b
Masculin	100/186 (53,8)	86/186 (46,2)	
Niveau d'étude			
Sans Diplôme	13/39 (33,3)	26/39 (66,7)	0,054 ^b
Brevet	48/108 (44,4)	60/108 (55,5)	
Baccalauréat	73/137 (53,3)	64/137 (46,7)	
Supérieur au Baccalauréat	113/209 (54,1)	96/209 (45,9)	
Lieu de résidence du patient			
Ville	105/192 (54,7)	87/192 (45,3)	0,104 ^b
Campagne	142/301 (47,2)	159/301 (52,8)	
Antécédents médicaux			
Oui	151/338 (44,6)	187/338 (55,3)	<0,001 ^b
Non	96/155 (61,9)	59/155 (38)	
Hypertension artérielle			
Oui	68/179 (38)	111/179 (62)	<0,001 ^b
Non	179/314 (57)	135/314 (43)	
Antécédents psychiatriques			
Oui	10/19 (52,6)	9/19 (47,4)	0,822 ^b
Non	237/474 (50)	237/474 (50)	
Traitement chronique			
Oui	149/339 (43,9)	190/339 (56)	<0,001 ^b
Non	98/154 (63,6)	56/154 (36,4)	
Antihypertenseur			
Oui	75/166 (45,2)	91/166 (54,8)	0,119 ^b
Non	172/327 (52,6)	155/327 (47,4)	
Psychotrope			
Oui	17/48 (35,4)	31/48 (64,6)	0,032 ^b
Non	230/445 (51,7)	215/445 (48,3)	
Fréquence de consultation			
1 à 2 fois par an	90/149 (60,4)	59/149 (39,6)	0,011 ^b
3 à 5 fois par an	114/249 (45,8)	135/249 (54,2)	
au moins 6 fois par an	43/95 (45,3)	52/95 (54,7)	

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

^a Test de Mann-Whitney

^b Test de Chi²

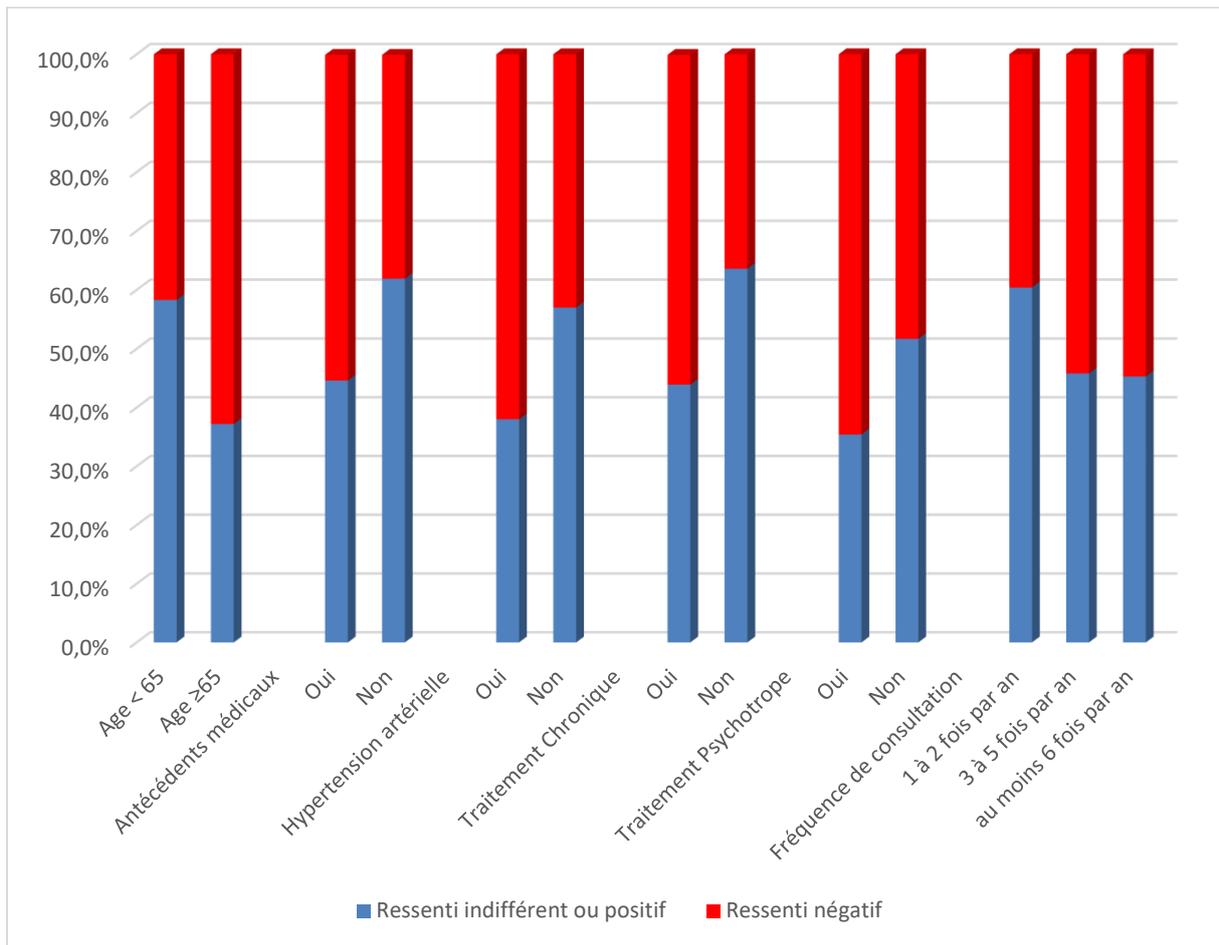


Figure 10 : Facteurs significativement associés au ressenti du patient en l'absence de mesure de la PA lors d'une consultation pour un motif aigu

II.5.2. Question 2 : Facteurs influençant le ressenti des patients en l'absence de mesure de la pression artérielle lors d'une consultation de renouvellement

L'analyse bivariée retrouve là encore une association statistiquement significative entre le ressenti positif ou indifférent et un âge plus jeune : les patients ayant un ressenti positif ou indifférent sont en moyenne 9,6 ans plus jeune que ceux ayant un ressenti négatif ($p < 0,001$), dans un contexte d'absence de mesure de la PA lors d'une consultation de renouvellement. De même, la part des moins de 65 ans ayant un ressenti positif ou indifférent est 21,1% plus importante que la part des plus de 65 ans ayant un ressenti positif ou indifférent ($p < 0,001$).

La présence d'une pathologie chronique est statistiquement associée à un ressenti négatif : avec une différence significative de 18,7% ($p < 0,001$).

La présence d'un antécédent d'hypertension artérielle est statistiquement associée à un ressenti négatif avec une différence significative de 26,5% ($p < 0,001$).

La prise d'un traitement au long cours est statistiquement associée à un ressenti négatif avec une différence significative de 18,7% ($p < 0,001$).

La prise d'un traitement antihypertenseur est statistiquement associée à un ressenti négatif avec une différence significative de 17,8% ($p < 0,001$).

A l'inverse, l'analyse bivariée n'a mis en évidence aucune association statistiquement significative entre le ressenti des patients en l'absence de mesure de la PA et : le genre, le niveau d'étude, le lieu de résidence du patient (urbain ou rural), la présence d'un antécédent psychiatrique, la prise d'un traitement psychotrope, la fréquence de la consultation.

L'ensemble de ces données est présenté dans le **Tableau 8**. Seuls les résultats significatifs sont synthétisés dans la **Figure 11**.

Tableau 8 : Résultats de l'analyse bivariée pour la question 2

	Ressenti indifférent ou positif n=189	Ressenti négatif n=279	p
Age	51,6±17,5	61,2±15,2	<0,001 ^a
Age < 65	136/278 (48,9)	142/278 (51,1)	<0,001 ^b
Age ≥65	53/190 (27,9)	137/190 (72,1)	
Genre			
Féminin	111/289 (38,4)	178/289 (61,6)	0,268 ^b
Masculin	78/179 (43,6)	101/179 (56,4)	
Niveau d'étude			
Sans Diplôme	11/39 (28,2)	28/39 (71,8)	0,078 ^b
Brevet	35/106 (33)	71/106 (67)	
Baccalauréat	59/134 (44)	75/134 (56)	
Supérieur au Baccalauréat	84/189 (44,4)	105/189 (55,5)	
Habitat			
Ville	78/180 (43,3)	102/180 (56,7)	0,304 ^b
Campagne	111/288 (38,5)	177/288 (61,5)	
Antécédents médicaux			
Oui	119/336 (35,4)	217/336 (64,6)	<0,001 ^b
Non	70/132 (53)	62/132 (47)	
Hypertension artérielle			
Oui	43/179 (24)	136/179 (76)	<0,001 ^b
Non	146/289 (50,5)	143/289 (49,5)	
Antécédents psychiatriques			
Oui	8/19 (42,1)	11/19 (57,9)	0,876 ^b
Non	181/449 (40,3)	268/449 (59,7)	
Traitement Chronique			
Oui	119/338 (35,2)	219/338 (64,8)	<0,001 ^b
Non	70/130 (53,8)	60/130 (46,1)	
Antihypertenseur			
Oui	48/166 (28,9)	118/166 (71,1)	<0,001 ^b
Non	141/302 (46,7)	161/302 (53,3)	
Psychotrope			
Oui	15/47 (31,9)	32/47 (68,1)	0,212 ^b
Non	174/421 (41,3)	247/421 (58,7)	
Fréquence de consultation			
1 à 2 fois par an	62/134 (46,3)	72/134 (53,7)	0,061 ^b
3 à 5 fois par an	84/239 (35,1)	155/239 (64,8)	
au moins 6 fois par an	43/95 (45,3)	52/95 (54,7)	

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

^a Test de Mann-Whitney

^b Test de Chi²

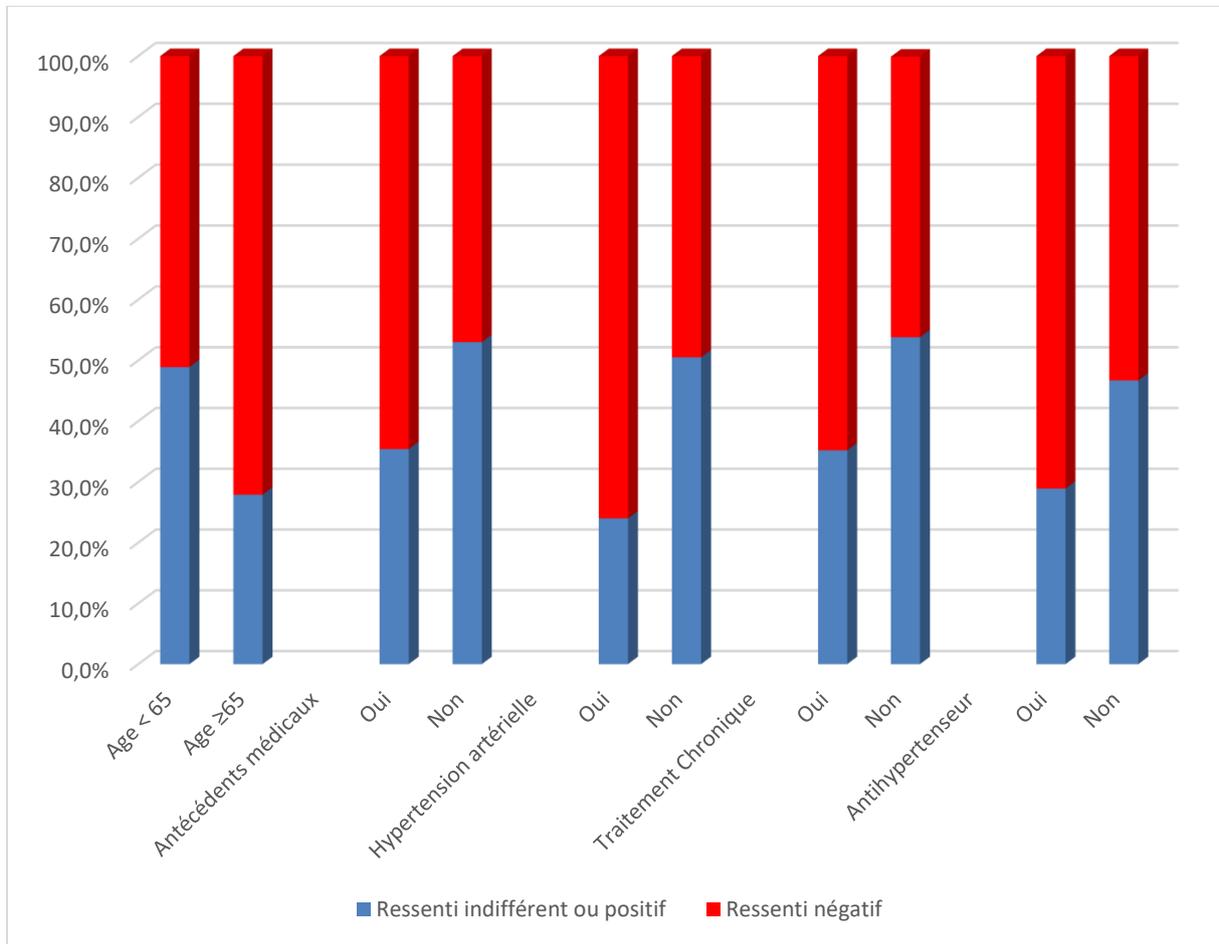


Figure 11 : Facteurs significativement associés au ressenti du patient en l'absence de mesure de la PA lors d'une consultation de renouvellement

II.6. Analyse Multivariée

II.6.1. Consultation pour un motif aigu

En analyse bivariée pour un motif aigu, l'ensemble des covariables testées à l'exception du genre ($p=0,206$) et de la présence ou non d'un antécédent psychiatrique ($p=0,822$) ont une p -value $< 0,2$ (**Tableau 7**). La variable « genre » étant classiquement une variable d'ajustement en multivariée, nous avons donc forcé sa présence en analyse multivariée. Ainsi l'ensemble des covariables testées à l'exception de la présence ou non d'un antécédent psychiatrique ont été intégrées en régression logistique. Les odds ratio brut de l'ensemble des covariables ainsi calculés ayant tous une p -value $< 0,2$, à leur tour, les variables : âge, genre, niveau d'étude, lieu de résidence du patient, antécédents médicaux, antécédent d'HTA, prise d'un traitement chronique, prise d'un traitement antihypertenseur, prise d'un traitement psychotrope et fréquence de consultation ont toutes été intégrées à notre modèle multivarié initial cf **Tableau 9**. Les différentes régressions logistiques, effectuées selon la méthode pas à pas descendante, depuis notre modèle initial jusqu'au modèle multivarié final, avec ses odds ratio ajustés sont détaillées en **Annexe 6**.

L'ensemble des odds ratio ajustés pour le modèle multivarié final est présenté dans le **Tableau 9** et modélisé dans la **Figure 12**.

Ainsi, **les patients âgés de 65 ans ou plus, ont de façon statistiquement significative 96% plus de risque IC95% [1,29-3] d'avoir un ressenti négatif** en l'absence de mesure de la PA lors d'une consultation pour un motif aigu $p=0,002$.

Les patients avec **un antécédent d'hypertension artérielle ont de façon très significative, 2,78 fois plus de risque IC95% [1,48-5,21] d'avoir un ressenti négatif** en l'absence de mesure de la PA lors d'une consultation pour un motif aigu $p<0,001$.

Les patients qui prennent **un traitement chronique ont de façon statistiquement significative, 64% plus de risque IC95% [1,02-2,64] d'avoir un ressenti négatif** en l'absence de mesure de la PA lors d'une consultation pour un motif aigu $p=0,04$.

Enfin les patients qui prennent **un traitement antihypertenseur ont de façon statistiquement significative 61% moins de risque [OR =0.39, IC95% 0,21-0,75] d'avoir un ressenti négatif** en l'absence de mesure de la PA lors d'une consultation pour un motif aigu $p=0,004$.

Tableau 9: Résultats de l'analyse multivariée pour une consultation pour un motif aigu

	MODELE UNIVARIE		MODELE MULTIVARIE INITIAL		MODELE MULTIVARIE FINAL	
	Odds ratio brut	p	Odds ratio ajusté	p	Odds ratio ajusté	p
Age		0,001		0,0039		0,002
<i>Age < 65 (réf)</i>						
Age ≥65	2,36 [1,63 - 3,43]		1,91 [1,23 - 2,97]		1,96 [1,29 - 3]	
Genre		0,206		0,239		0,144
<i>Femmes (réf)</i>						
Hommes	0,79 [0,55 - 1,14]		0,79 [0,53 - 1,17]		0,75 [0,51 - 1,1]	
Niveau d'étude					/	/
<i>Sans diplôme (réf)</i>						
Brevet	0,63 [0,29-1,35]	0,229	0,78 [0,347 - 1,76]	0,549		
Baccalauréat	0,44 [0,21-0,92]	0,03	0,62 [0,28 - 1,37]	0,239		
Supérieur au Baccalauréat	0,42 [0,21-0,87]	0,02	0,74 [0,34 - 1,62]	0,451		
Lieu de résidence du patient		0,104		0,127	/	/
<i>Ville (réf)</i>						
Campagne	1,35 [0,94 - 1,94]		0,74 [0,50 - 1,09]			
Antécédents médicaux		0,001		0,932	/	/
<i>Non (réf)</i>						
Oui	2,02 [1,37 - 2,97]		0,971 [0,50 - 1,89]			
Hypertension artérielle		0,001		0,002		0,001
<i>Non (réf)</i>						
Oui	2,16 [1,49 - 3,15]		2,79 [1,48 - 5,28]		2,78 [1,48 - 5,21]	
Traitement chronique		0,001		0,281		0,04
<i>Non (réf)</i>						
Oui	2,23 [1,51 - 3,3]		1,41 [0,75 - 2,66]		1,64 [1,02 - 2,64]	
Antihypertenseur		0,144		0,00529		0,004
<i>Non (réf)</i>						
Oui	1,35 [0,93 - 1,96]		0,4 [0,21 - 0,76]		0,39 [0,21 - 0,75]	
Psychotrope		0,047		0,122	/	/
<i>Non (réf)</i>						
Oui	1,95 [1,05 - 3,63]		1,7 [0,869 - 3,31]			
Fréquence de consultation					/	/
<i>1 à 2 fois par an (réf)</i>						
3 à 5 fois par an	1,81 [1,20-2,73]	0,005	1,12 [0,67 - 1,86]	0,675		
au moins 6 fois par an	1,85 [1,10-3,11]	0,021	1,09 [0,57 - 2,11]	0,79		

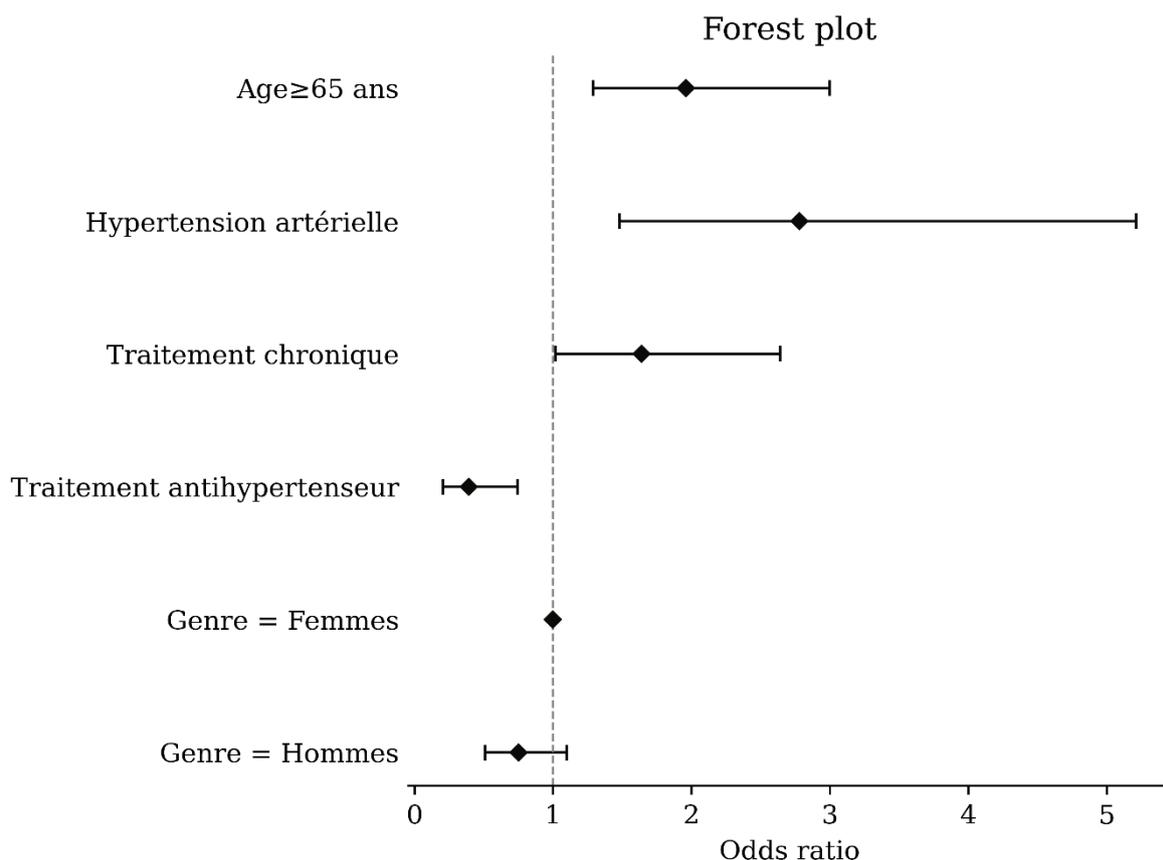


Figure 12 : Graphique en forêt des odds ratio significatifs pour la question 1

II.6.2. Consultation de renouvellement

En analyse bivariée, pour une consultation de renouvellement, seules les covariables : âge ≥ 65 ans, niveau d'étude, antécédents médicaux, antécédent d'HTA, prise d'un traitement chronique, prise d'un antihypertenseur et fréquence de consultation ont une p -value $< 0,2$ (**Tableau 7**). Seules ces covariables, ainsi que le genre qui demeure notre covariable d'ajustement forcée, ont été testées à nouveau avec la fonction logit. L'OR brut calculé pour la variable « fréquence de consultation » (en prenant 1 à 2 fois par an comme référence) avait un $p=0,388 > 0,2$ (**Tableau 9**). Ainsi, seules les covariables âge ≥ 65 ans, genre, niveau d'étude, antécédents médicaux, antécédent d'HTA, prise d'un traitement chronique, prise d'un antihypertenseur ont été intégrées dans notre modèle univarié initial. Les différentes régressions logistiques, effectuées selon la méthode pas à pas descendante, depuis notre modèle initial jusqu'au modèle multivarié final, avec ses odds ratio ajustés sont détaillées en **Annexe 7**.

L'ensemble des odds ratio ajustés pour le modèle multivarié final est présenté dans le **Tableau 10** et modélisé dans la **Figure 13**.

Ainsi, **les patients âgés de 65 ans ou plus, ont de façon statistiquement significative 88% plus de risque IC95% [1,23-2,87] d'avoir un ressenti négatif** en l'absence de mesure de la PA lors d'une consultation de renouvellement $p=0,003$.

De même, les patients avec **un antécédent d'hypertension artérielle ont de façon très significative, 2,66 fois plus de risque d'avoir un ressenti négatif** en l'absence de mesure de la PA lors d'une consultation de renouvellement **$p < 0,001$** .

Tableau 10: Résultats de l'analyse multivariée pour une consultation de renouvellement

	MODELE UNIVARIE		MODELE MULTIVARIE INITIAL		MODELE MULTIVARIE FINAL	
	Odds ratio brut	p	Odds ratio ajusté	p	Odds ratio ajusté	p
Age		0,001		0,01		0,003
<i>Age < 65 (réf)</i>						
Age ≥65	0,4 [0,27 – 0,6]		1,823 [1,15-2,89]		1,880 [1,231-2,87]	
Genre		0,312		0,142		0,138
<i>Femmes (réf)</i>						
Hommes	0,81 [0,55 – 1,18]		0,739 [0,493 - 1,11]		0,739 [0,496-1,10]	
Niveau d'étude		0,009				/
<i>Sans diplôme (réf)</i>						
Brevet	0,797 [0,231-1,04]	0,065	1,015 [0,433-2,38]	0,972	/	
Baccalauréat	0,499 [0,230-1,09]	0,080	0,784 [0,342-1,79]	0,564	/	
Supérieur	0,491 [0,231-1,04]	0,065	0,83 [0,366 – 1,88]	0,655	/	
Baccalauréat						
Antécédents médicaux		0,001		0,916		/
<i>Non (réf)</i>					/	
Oui	2,059 [1,368-3,1]		0,967 [0,518-1,81]			
Hypertension artérielle		0,001		0,001		0,001
<i>Non (réf)</i>						
Oui	3,229 [2,136-4,88]		3,251 [1,701-6,22]		2,664 [1,723-4,12]	
Traitement chronique		0,001		0,655		/
<i>Non (réf)</i>					/	
Oui	2,147 [1,424-3,24]		1,153 [0,617-2,16]			
Antihypertenseur		0,001		0,264		/
<i>Non (réf)</i>					/	
Oui	2,15 [1,437-3,23]		0,687 [0,356-1,33]			
Fréquence de consultation		0,388		/		/
<i>1 à 2 fois par an (réf)</i>						
3 à 5 fois par an	1,59 [1,033-2,45]	0,035		/	/	
6 fois ou plus par an	1,04 [0,614-1,77]	0,880		/	/	

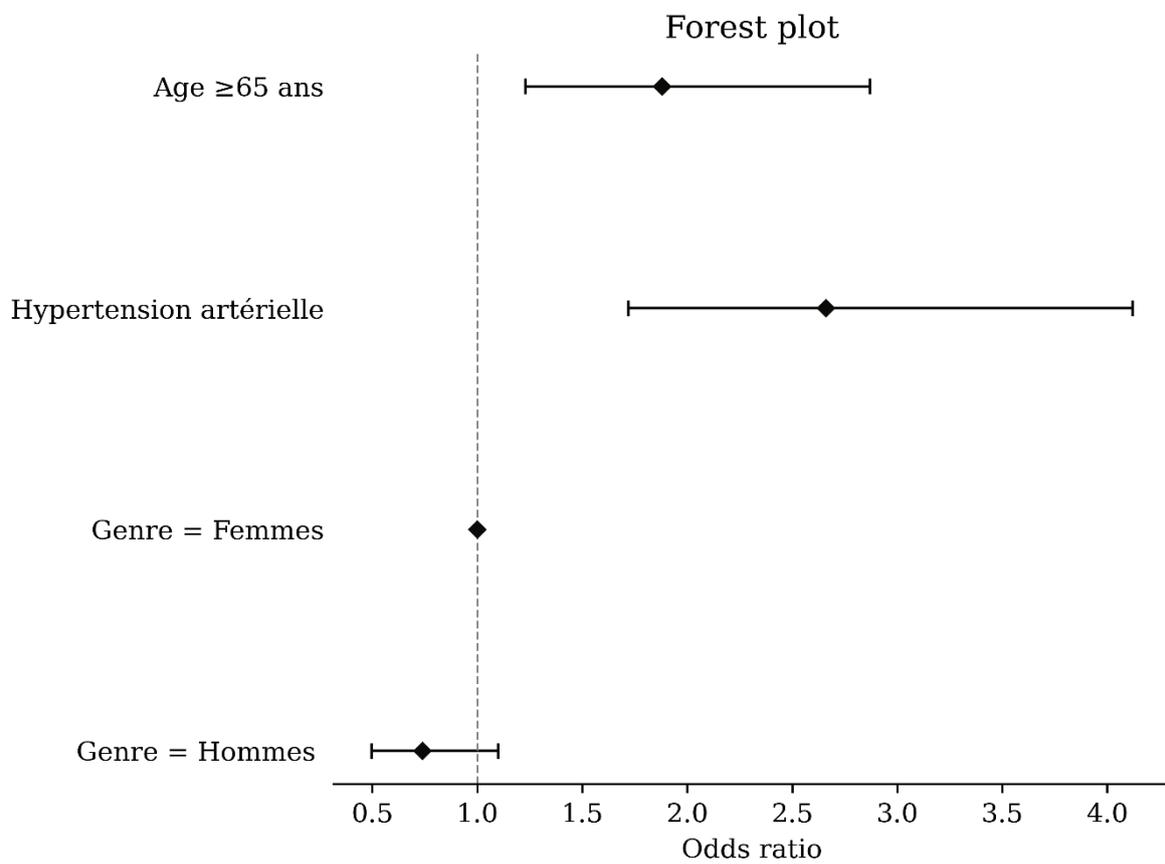


Figure 13 : Graphique en forêt des odds ratio significatifs pour la question 2

III. Discussion

III.1. Forces de l'étude

La force principale de cette étude réside dans son nombre conséquent de questionnaires exploitables (n=493). Malgré un taux de réponse moyen de seulement 49,7% par cabinet, seul 5,6% des 522 questionnaires recueillis ont été exclus, ce qui est largement inférieur aux 25% anticipés lors du calcul du nombre de sujets nécessaires. Elle est à l'heure actuelle l'étude quantitative avec l'effectif le plus important traitant de l'absence de mesure de la pression artérielle en consultation parmi les rares études qui traitent le sujet (18) (22).

Cet effectif conséquent est équitablement réparti sur les trois départements que comptent l'ancienne région Limousin : n=164 pour la Haute-Vienne, n=176 pour la Creuse et n=163 pour la Corrèze. Cependant, en dépit d'un tirage au sort des praticiens participant à l'étude, de l'utilisation d'auto-questionnaires anonymes ainsi que de l'utilisation d'urnes scellées, un biais de sélection ne peut être exclu. En effet, sur les 30 praticiens ayant participé à l'étude, seuls 3 exerçaient en cabinet isolé contre 11 en cabinet de groupe et 16 en maison de santé pluriprofessionnelle. Or, selon une étude de la DREES du 26 octobre 2022, à l'échelle nationale, seuls 7 médecins généralistes sur 10 exercent en groupe et seuls 4 médecins généralistes sur 10 sont installés dans une maison de santé pluriprofessionnelle (23). En revanche, le nombre élevé de praticiens exerçant en groupe ayant participé à cette étude s'inscrit dans la tendance d'exercice actuelle de la médecine générale, qui voit progresser sans cesse le nombre de médecins libéraux exerçant en groupe (24). En témoigne le nombre de Maison de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) du Limousin, passé de 7 à 38 entre 2013 et 2022 (25).

III.2. La mesure de la PA, un geste qui répond aux attentes des patients les plus âgés et hypertendus :

Nos résultats montrent une association franche entre le ressenti négatif des patients en l'absence de mesure de la PA et un âge élevé ainsi que la présence d'une HTA. Cette association est d'autant plus significative lorsqu'il s'agit d'une consultation de renouvellement, traduisant un attachement fort des patients âgés et hypertendus pour ce geste.

Ces résultats sont en rupture avec une étude qualitative de 2018 portant sur l'absence de mesure de la PA en consultation de médecine générale (8). Les autrices concluaient qu'une majorité des patients était indifférent à l'absence de mesure de la PA. Pour ces derniers, « quel que soit leur statut tensionnel (normo ou hypertendus), leurs attentes étaient les mêmes, car leur PA n'était pas une source d'inquiétude. ». Un biais de sélection possible avait alors été évoqué concernant ce panel de 9 patients incluant seulement 2 patients de plus de 65 ans (respectivement 71 et 76 ans) et seulement 2 patients hypertendus.

De même, dans l'étude quantitative réalisée dans le Puy de Dôme publiée en 2022 (18), qui faisait suite à cette étude qualitative de 2018, l'auteur concluait que « les patients sont en majorité favorables ou indifférents à l'absence de mesure de la PA en consultation de médecine générale ». Cependant, en analyse bivariée, l'âge était déjà significativement associé avec le ressenti négatif $p=0.006$ mais pour une différence de 3,7 ans jugée faible par l'auteur. Cette association n'avait par ailleurs pas été retrouvée en analyse multivariée. De plus, la présence d'une hypertension artérielle était, elle aussi, déjà corrélée à un ressenti

négatif, à la fois dans l'analyse bivariée ainsi qu'en analyse multivariée. Notre échantillon représentatif de la population limousine en termes d'âge et de comorbidités vasculaires (dont l'HTA) montre la force de cette association et son impact sur les attentes du patient qui ne sont alors plus du domaine du négligeable.

Par ailleurs, cette association entre âge et ressenti négatif en l'absence de mesure de la PA est congruente avec les travaux d'une thèse de médecine réalisée en 2006 intitulée : « Pourriez-vous prendre ma tension docteur ? connaissances et croyances sur la mesure de la tension artérielle au cabinet du médecin généraliste » (10). Dans cette enquête d'opinion, 104 patients originaires de Loire Atlantique ont été reçus en entretien dirigé : les plus préoccupés par la mesure de la PA étaient les patients de plus de 60 ans et les raisons évoquées qui motivaient cette préoccupation étaient les conséquences de l'hypertension artérielle.

En outre, cet attachement des personnes hypertendus pour la mesure de la PA en cabinet de médecine générale était aussi décrite dans une étude quantitative de 2015 (22). Dans cette étude, 229 patients hypertendus traités réalisant des automesures tensionnelles (AMT) au domicile ont été interrogés sur leur acceptation face à l'absence de mesure de la PA en cabinet de médecine générale. Le résultat de cette étude était que 85% des patients hypertendus réalisant des AMT refusaient que l'on ne leur mesure pas la PA au cabinet du médecin généraliste. De même, une étude quantitative de 2007 (11), portant sur un échantillon de 101 patients hypertendus, montrait que 85 % considéraient la mesure de la PA en cabinet comme « importante ou très importante ».

En dépit de l'attachement des patients les plus âgés et hypertendus, à la mesure de la PA en cabinet de médecine générale, mis en évidence dans cette étude, il est nécessaire de rappeler que la mesure de la PA au cabinet est soumise à 2 biais diagnostics que sont l'effet blouse blanche et l'hypertension artérielle masquée. Aussi, il existe une littérature riche qui nuance sans pour autant infirmer l'utilité de cette mesure au profit de mesures ambulatoires telles que les AMT et la Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle (MAPA) (14) (26). Une étude de cohorte espagnole, avec plus de 59 000 patients, récente, parue dans le Lancet en juin 2023 a montré que la MAPA est plus prédictive du risque d'accidents cardiovasculaires et de décès que la mesure de la PA en cabinet. Les valeurs nocturnes de la PA étaient six fois plus informatives sur le risque encouru que la mesure en cabinet médical (27).

III.3. Place de la mesure de la PA dans la relation médecin-patient

Dans un travail de thèse de 2015 intitulé « Représentation du médecin généraliste concernant la mesure de la pression artérielle chez le patient normotendu », l'auteur, au travers de 15 entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes, met en évidence une discordance entre les médecins. Pour certains, la mesure de la PA est un simple outil de dépistage ou de prévention et pour d'autres, il s'agit d'un élément prépondérant à la fois symbole de la consultation et point de départ de l'examen clinique (9).

Du point de vue des patients, les attentes de ces derniers concernant la mesure de la PA varient selon les études. Certains échantillons mettant en évidence des patients demandeurs (10) et d'autres, des patients indifférents (8).

Les résultats de notre étude au travers du ressenti négatif croissant, lorsqu'il s'agit d'une absence de mesure de la PA lors d'une consultation de renouvellement, appuient l'hypothèse

d'un attachement prépondérant des patients à ce geste dans le cadre de la relation médecin-patient.

En revanche, de façon identique aux études au sein desquelles les patients ne manifestent pas d'attentes particulières (8) (18), les patients indifférents à l'absence de mesure de la PA ont à 78% (question 2) et 80% (question 1) mis en avant la confiance qu'ils avaient en leur médecin généraliste.

Ainsi, la mesure de la PA semble être un élément prépondérant de la relation médecin patient mais indépendant de la relation de confiance.

III.4. La mesure de la PA, un geste qui rassure ?

Dans de nombreuses études, le mesure de la PA, que ce soit au cabinet du médecin généraliste ou en ambulatoire avec les AMT (28) (29), est décrite comme une forme d'attention de la part du médecin envers le patient qui rassure. Certains auteurs vont jusqu'à parler de rituel placebo-thérapeutique (8) (9). Ainsi, de la même manière que dans l'étude quantitative réalisée dans le Puy de Dôme en 2022 (18), nous nous attendions à mettre en évidence une association significative entre l'absence de mesure de la PA et la présence d'un antécédent psychiatrique. En effet, la présence d'un antécédent psychiatrique était alors associée à un risque 2,7 fois plus élevé d'avoir un ressenti négatif lors de l'absence de mesure de la PA en consultation pour un motif aigu ($p=0,02$).

Dans notre étude, seule la prise d'un traitement psychotrope était significativement associée à un ressenti négatif lors de l'absence de mesure de la PA en consultation pour un motif aigu ($p=0,032$), en analyse bivariée. Cette association n'a pas été retrouvée dans un contexte de consultation de renouvellement et a été écartée de notre modèle multivarié final par manque de significativité.

Une hypothèse possible pour expliquer cette absence de résultat est le design par auto-questionnaire de cette étude. En effet, même s'il garantit l'anonymat, déclarer une pathologie psychiatrique ou un traitement psychotrope sur un questionnaire peut être vu comme un acte stigmatisant, assez éloigné de prime abord de la thématique de la mesure de la pression artérielle en médecine générale, aux yeux du patient. Ainsi au travers d'un biais de déclaration, le nombre de patients souffrant de pathologie psychiatrique ou prenant un traitement psychotrope pourrait être sous-évalué.

Un design d'étude avec un entretien dirigé, un investigateur neutre et un accès au dossier médical informatique du patient pourrait faciliter la mise en évidence d'une telle association. D'autres études sont donc nécessaires afin de préciser le lien entre comorbidités psychiatriques, prise de traitement psychotrope et ressenti du patient en l'absence de mesure de la PA en cabinet de médecine générale.

III.5. Une acceptation plus forte de l'absence de mesure de la PA chez les patients hypertendus traités dans le cadre d'un motif aigu

Pour rappel, notre étude montre que les patients qui prennent un traitement antihypertenseur ont de façon statistiquement significative 61% moins de risque [OR =0.39, IC95% 0,21-0,75] d'avoir un ressenti négatif en l'absence de mesure de la PA lors d'une consultation pour un motif aigu $p=0,004$. Il n'existe pas, dans la littérature, d'étude ayant mis en évidence cette acceptation plus forte de l'absence de mesure de la PA chez les patients hypertendus traités.

Cette plus grande acceptation n'est pas retrouvée dans l'analyse multivariée concernant les consultations de renouvellement. Ainsi, une hypothèse explicative de ce résultat pourrait être que chez les patients hypertendus, le fait d'être traité diminue l'anxiété et les attentes envers la mesure systématique de la PA. Chez ces derniers, la consultation de renouvellement serait l'instant dédié et privilégié pour le suivi de leurs facteurs de risque cardiovasculaire.

A l'inverse, les patients hypertendus non traités conserveraient la crainte d'avoir une pression artérielle insuffisamment contrôlée par les règles hygiéno-diététiques seules. Ou encore, ils entretiendraient l'appréhension qu'un jour l'évolution de leur HTA nécessite la prise d'un traitement quotidien. Ainsi, les patients hypertendus non traités pourraient être plus en demande d'une multiplicité des mesures de la PA que leurs homologues traités. D'autres études quantitatives ou qualitatives par entretiens dirigés comparant hypertendus traités et hypertendus non traités quant à leurs attentes concernant la mesure de la PA seraient nécessaires pour confirmer cet effet et cette hypothèse.

III.6. Une absence d'association entre le genre et le ressenti du patient en l'absence de mesure de la PA :

Dans la précédente étude réalisée dans le Puy de Dôme (18) qui comprenait 69,9% de femmes, les auteurs avaient mis en évidence de façon significative une association entre le genre féminin et le ressenti négatif en l'absence de mesure de la PA lors d'une consultation pour un motif aigu. Les arguments évoqués alors, pour expliquer cette association étaient une attention particulière des femmes pour les actes de prévention ainsi qu'un nombre de consultations de médecine générale plus élevé que leurs homologues masculins (30) (31) et ce en dehors de tout suivi de grossesse ou de consultation spécifique incluant les traitements contraceptifs et hormonaux substitutifs (32). Cette association n'avait, par ailleurs, pas été retrouvée dans le cadre d'une consultation de renouvellement.

Notre étude comportait elle aussi une majorité de femmes (62,2%). Cette surreprésentation, pouvant s'expliquer par la consommation de soins plus importante décrite précédemment (4) mais aussi, par une espérance de vie plus élevée : 85 ans contre 78,2 ans pour les hommes en Limousin (33). En France, la part des femmes est de 53 % parmi les 60 à 74 ans et de 61% parmi les 75 ans ou plus (34). Cette étude comportait 38,7% de personnes de plus de 65 ans.

Ainsi, l'absence d'association entre le genre féminin et le ressenti négatif en l'absence de mesure de la PA retrouvée dans notre étude, qui contient elle aussi une surreprésentation des femmes, remet en cause la pertinence d'une association entre le genre et le ressenti en l'absence de mesure de la PA.

Conclusion

Ce travail de thèse montre qu'en Limousin, 49,9% des patients ont un ressenti négatif lorsque l'on ne leur mesure pas la pression artérielle lors d'une consultation de médecine générale pour un motif aigu. Cette proportion est d'autant plus importante et atteint les 59,6% lorsqu'il s'agit d'une consultation de renouvellement. L'âge et l'antécédent d'hypertension artérielle sont les 2 facteurs les plus significativement associés avec un ressenti négatif en l'absence de mesure de la pression artérielle. En effet, pour un motif aigu : les patients âgés de 65 ans ou plus, ont 96% plus de risque IC95% [1,29-3] d'avoir un ressenti négatif en l'absence de mesure de la PA $p=0,002$. Et, les patients avec un antécédent d'hypertension artérielle ont 2,78 fois plus de risque IC95% [1,48-5,21] d'avoir un ressenti négatif $p<0,001$. De même, pour une consultation de renouvellement : les patients âgés de 65 ans ou plus, ont 88% plus de risque IC95% [1,23-2,87] d'avoir un ressenti négatif en l'absence de mesure de la PA $p=0,003$. Et, les patients avec un antécédent d'hypertension artérielle ont 2,66 fois plus de risque d'avoir un ressenti négatif $p<0,001$. En dépit de ces principaux biais : effet blouse blanche et hypertension masquée, mesurer moins la pression artérielle en cabinet de médecine générale en Limousin ne peut s'envisager sans prendre en compte l'âge et l'antécédent d'HTA du patient. D'autres études sont nécessaires afin de préciser le ressenti des patients avec des comorbidités psychiatriques en l'absence de mesure de la PA.

Outre sa dimension scientifique de dépistage et de suivi de l'HTA, la mesure de la PA possède une composante symbolique intrinsèque, ancrée dans la relation médecin-patient et indépendante de la confiance du patient envers ce dernier. Malgré la généralisation des automesures tensionnelles, plus fiables et plus efficaces dans le contrôle tensionnel, la majorité des patients qui réalisent ces AMT refusent l'absence de mesure de la PA en consultation.

Une tendance actuelle en médecine générale est la démocratisation des Holter-tensionnels. Si la mesure de la PA en cabinet demeure le gold standard de la mesure de la PA, le holter-tensionnel permet de mieux apprécier la variabilité de la PA sur 24 heures et ses variations nyctémérales. Sur le plan pronostic, il est mieux corrélé avec les lésions des organes cibles et la morbi-mortalité cardiovasculaire. Ainsi, il serait intéressant dans de futurs travaux d'évaluer l'acceptation de l'absence de mesure de la PA en cabinet de patients bénéficiant de la pose d'un holter-tensionnel. Mesurer moins et de façon plus efficiente la pression artérielle pourrait-elle s'envisager à l'aune de ce nouvel outil ?

Références bibliographiques

1. Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. oct 2020;396(10258):1223-49.
2. Perrine AL, Lecoffre C, Olié V. Prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes en France en 2015, étude ESTEBAN. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. mars 2018;66:S50.
3. Olié V, Chatignoux E, Bonaldi C, Grave C, Gabet A, Blacher J. How to avoid overestimating the burden of hypertension in epidemiological studies? A new methodology to account for within-person variability of blood pressure. *Int J Epidemiol*. 13 déc 2022;51(6):1824-34.
4. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. 2004;
5. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin M, Mercier A. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *exercer* 2014;114:148-57.
6. Vallée A, Grave C, Gabet A, Blacher J, Olié V. Treatment and adherence to antihypertensive therapy in France: the roles of socioeconomic factors and primary care medicine in the ESTEBAN survey. *Hypertens Res*. 2021 May;44(5):550-560.
7. Lemerrier X, Duhot D, Arnould M, Hebbrecht G. Caractéristiques de la mesure de la pression artérielle par les médecins généralistes français. *SFMG*;
8. Bouchon C, Favier J. L'absence de mesure de la pression artérielle en consultation de médecine générale : divergence de ressentis entre les médecins et les patients. [Thèse médicale]. [UFR de Médecine]: Université Clermont Auvergne; 2018.
9. Fiol B. Représentation du médecin généraliste concernant la mesure de la pression artérielle chez le patient normotendu [Thèse médicale]. [Faculté de Médecine de Nice]: Université de Nice Sophia Antipolis; 2015.
10. Kerdrain-Derridder C. "Pourriez-vous prendre ma tension, docteur ? " connaissances et croyances sur la mesure de la tension artérielle au cabinet du médecin généraliste [Thèse médicale]. [UFR Médecine et Techniques Médicales]: Université de Nantes; 2006.
11. Duguey JP. Etude des représentations du patient autour de la tension artérielle et de sa prise en consultation de médecine générale [Thèse d'exercice] Université de Caen. UFR de médecine; 2007.
12. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens*. déc 2023;41(12):1874-2071.
13. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 15 mars 2024]. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte

14. Gachet G. Mesure de la pression artérielle en cabinet de médecine générale: est-ce encore utile? [Thèse médicale]. [Faculté de Médecine Jacques Lisfranc]: Université Jean Monnet Saint Etienne; 2009.
15. 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.
16. Mant J, McManus R. Measurement of blood pressure in primary care. *BMJ*. 7 févr 2011;342(feb07 1):d382-d382.
17. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, de Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen SE, Kreutz R, Laurent S, Lip GYH, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder RE, Shlyakhto E, Tsioufis C, Aboyans V, Desormais I; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018 Sep 1;39(33):3021-3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339. Erratum in: *Eur Heart J*. 2019 Feb 1;40(5):475.
18. Richard A, Trefond J, Lambert C, Balandreaud G, Vaillant-Roussel H. Patients' acceptance of less blood pressure measurement in consultation: a cross-sectional study in general practice. *Fam Pract*. 1 févr 2023;40(1):55-60.
19. Dix ans de recensement de la population - Insee Première - 1410 [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280918>
20. Etat_sante.pdf [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/01/Etat_sante.pdf
21. Frappé P. Initiation à la recherche. 2e éd. Saint-Cloud [Paris]: Global média santé CNGE productions; 2018.
22. Truong R. 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 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2015.
23. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quatre-medecins-generalistes-sur-dix-exercent-dans-un-cabinet>
24. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans>
25. France C. www.lepopulaire.fr. 2022 [cité 4 oct 2024]. Déserts médicaux - Le Limousin compte 38 maisons de santé pluriprofessionnelles : où sont-elles situées ? Disponible sur: https://www.lepopulaire.fr/limoges-87000/actualites/le-limousin-compte-38-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-ou-sont-elles-situees_14079697/

26. Gobin, Niels & Wuerzener, Grégoire & Waeber, Bernard & Burnier, Michel. (2012). Mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24 heures. Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum. 12. 10.4414/fms.2012.01093.
27. Staplin N, De La Sierra A, Ruilope LM, Emberson JR, Vinyoles E, Gorostidi M, et al. Relationship between clinic and ambulatory blood pressure and mortality: an observational cohort study in 59 124 patients. The Lancet. juin 2023;401(10393):2041-50.
28. Logan AG, Dunai A, Mclsaac 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.
29. 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.
30. Redondo-Sendino Á, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. BMC Public Health. 16 juin 2006;6(1):155.
31. Furnham A, Kirkcaldy B. Age and sex differences in health beliefs and behaviours. Psychol Rep. 1997 Feb;80(1):63-6.
32. Jørgensen JT, Andersen JS, Tjønneland A, Andersen ZJ. Determinants related to gender differences in general practice utilization: Danish Diet, Cancer and Health Cohort. Scand J Prim Health Care. 2 juill 2016;34(3):240-9.
33. En 2014, le déficit naturel du Limousin se réduit - Insee Flash Limousin - 13 [Internet]. [cité 7 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288129>
34. AAS22-Fiche 11 - Les personnes âgées et leurs ressources.pdf [Internet]. [cité 7 oct 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/AAS22-Fiche%2011%20-%20Les%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20et%20leurs%20ressources.pdf>

Annexes

Annexe 1. Echantillon :	65
Annexe 2. Avis favorable CPP	67
Annexe 3. Questionnaire (recto)	68
Annexe 4. Questionnaire (verso).....	69
Annexe 5. Calcul du NSN avec EpiTools	70
Annexe 6. Méthode de régression Logistique pas à pas descendante détaillée pour la question1	71
Annexe 7. Méthode de régression Logistique pas à pas descendante détaillée pour la question 2	74

Annexe 1. Echantillon :**Liste des praticiens anonymisée ayant participé à l'étude et taux de réponse**

Id Praticien	Département	Commune	Type d'exercice	Recueil	Taux de réponse
1	Creuse	La Souterraine	Maison Médicale	20	57%
2	Creuse	Guéret	Cabinet de Groupe	20	57%
3	Creuse	Moutier-Rozeille	Maison Médicale	14	40%
4	Creuse	Bourganeuf	Maison Médicale	14	40%
5	Creuse	La Souterraine	Maison Médicale	30	86%
6	Creuse	La Celle-Dunoise	Maison Médicale	17	49%
7	Creuse	La Souterraine	Maison Médicale	15	43%
8	Creuse	Gouzon	Maison Médicale	18	51%
9	Creuse	Bourganeuf	Maison Médicale	22	63%
10	Creuse	Guéret	Cabinet de Groupe	21	60%
11	Haute-Vienne	Limoges	Exercice Isolé	19	54%
12	Haute-Vienne	Limoges	Exercice Isolé	31	89%
13	Haute-Vienne	Bessines-sur-Gartempe	Maison Médicale	20	57%
14	Haute-Vienne	Saint-Yrieix-la-Perche	Cabinet de Groupe	18	51%
15	Haute-Vienne	Le Dorat	Maison Médicale	12	34%
16	Haute-Vienne	Bessines-sur-Gartempe	Maison Médicale	11	31%

17	Haute-Vienne	Saint-Victurnien	Cabinet de Groupe	10	29%
18	Haute-Vienne	Limoges	Cabinet de Groupe	14	40%
19	Haute-Vienne	Bessines-sur-Gartempe	Maison Médicale	20	57%
20	Haute-Vienne	Limoges	Cabinet de Groupe	16	46%
21	Corrèze	Pompadour	Maison Médicale	17	49%
22	Corrèze	Objat	Cabinet de Groupe	15	43%
23	Corrèze	Seilhac	Maison Médicale	17	49%
24	Corrèze	Uzerche	Exercice Isolé	16	46%
25	Corrèze	Seilhac	Maison Médicale	18	51%
26	Corrèze	Seilhac	Maison Médicale	18	51%
27	Corrèze	Objat	Cabinet de Groupe	14	40%
28	Corrèze	Lubersac	Cabinet de Groupe	18	51%
29	Corrèze	Objat	Cabinet de Groupe	15	43%
30	Corrèze	Objat	Cabinet de Groupe	12	34%
		Total/Taux de réponse moyen		522	49,7%

Annexe 2. Avis favorable CPP



CPP SUD-EST VI
Clermont-Ferrand

Clermont Ferrand, le 28 septembre 2022

Dr. Amélie RICHARD
Mr. Bertrand BEAUCHOUX
Département de Médecine Générale
Faculté de Médecine
87025 LIMOGES

Nos Réf. : 2022 / CE 48

Madame, Monsieur,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

**« Mesurer moins la pression artérielle : quelle acceptation des patients ?
Une étude observationnelle quantitative en Limousin ».**

Vous nous avez précisé que l'objectif de cette étude est d'évaluer quantitativement le ressenti des patients majeurs en l'absence de la prise de la tension artérielle, en consultation de médecine générale, et de déterminer les facteurs associés au ressenti desdits patients.

Cette étude de satisfaction, observationnelle et prospective, ne soulève donc pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches biomédicales, au sens de l'Article L.1121-1 et des Articles R.1121-1 et R.1121-2.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Président du CPP
Dr. Daniel TERRAL

C.H.U. – Administration Centrale - 58 rue Montalembert - BP. 69 – 63003 CLERMONT FERRAND Cedex 1
Tel. 04.73.75.10.73 - Fax. 04.73.75.10.69. - Courriel cpp-sudest6@chu-clermontferrand.fr
Numéro IRB : IRB00013040 – www.cppsudest6.jimdo.com

Annexe 3. Questionnaire (recto)

Madame, Monsieur, ce questionnaire est anonyme et vos réponses seront utilisées dans le cadre de ma thèse de médecine générale portant sur la mesure de la pression artérielle en consultation.

Quel est votre âge (en année) ?

Sexe : Homme Femme

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

Oui Non

Si oui quel(s) problème(s) de santé ?

- Hypertension Artérielle Diabète
 Accident Vasculaire Cérébral Problème rénal
 Problème Cardiaque Autre :

Prenez-vous des médicaments tous les jours ?

Oui Non

Si Oui quel(s) médicament(s) ?

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

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

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

Campagne Ville

Quel est votre niveau d'étude ?

- Sans Diplôme Niveau Baccalauréat
 Niveau Brevet Niveau supérieur au Baccalauréat

Tournez la page, s'il vous plaît.
Page 1/2

Annexe 4. Questionnaire (verso)

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

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

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

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

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

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

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

Annexe 5. Calcul du NSN avec EpiTools

ion[conf]=0.95&OneProportion[popsiz]=



Accueil Prévalence ▾ Liberté ▾ Études ▾ Diagnostics ▾ Échantillonnage ▾

Calculs de taille d'échantillon

Taille de l'échantillon pour estimer une proportion simple (prévalence apparente)

Inputs

inp1	0.6
inp3	0.05
inp2	0.95
inp4	N/A

Results

Taille de l'échantillon requise pour les entres spécifiées

Grande population	369
-------------------	-----

Taille de l'échantillon pour différentes valeurs de prévalence et de précision

	AP = 0.01	AP = 0.02	AP = 0.05	AP = 0.1	AP = 0.2	AP = 0.5
Précision = 0.01	381	753	1825	3458	6147	9604
Précision = 0.02	96	189	457	865	1537	2401
Précision = 0.05	16	31	73	139	246	385
Précision = 0.1	4	8	19	35	62	97
Précision = 0.2	1	2	5	9	16	25

Annexe 6. Méthode de régression Logistique pas à pas descendante détaillée pour la question1

A partir du modèle multivarié initial suivant :

Coefficients du modèle - Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6							Intervalle de confiance à 95%	
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	Z	p	Rapport des cotes (odds ratio)	Borne inf	Supérieur	
Ordonnée à l'origine	-0.4356	0.446	-0.9768	0.329	0.647	0.270	1.550	
Age supérieur ou égal à 65 ans:								
1 - 0	0.6491	0.225	2.8843	0.004	1.914	1.231	2.975	
Genre:								
H - F	-0.2359	0.200	-1.1779	0.239	0.790	0.533	1.170	
Niveau d'étude:								
Supérieur au baccalauréat - Sans Diplôme	-0.3016	0.400	-0.7545	0.451	0.740	0.338	1.619	
Brevet - Sans Diplôme	-0.2477	0.413	-0.5992	0.549	0.781	0.347	1.755	
Baccalauréat - Sans Diplôme	-0.4782	0.406	-1.1772	0.239	0.620	0.280	1.374	
Lieu de résidence du patient:								
Campagne - Ville	0.3054	0.200	1.5253	0.127	1.357	0.917	2.009	
Antécédents médicaux:								
Oui - Non	-0.0290	0.340	-0.0853	0.932	0.971	0.498	1.893	
Hypertension Artérielle:								
Oui - Non	1.0272	0.325	3.1577	0.002	2.793	1.476	5.284	
Traitement Chronique:								
Oui - Non	0.3464	0.322	1.0770	0.281	1.414	0.753	2.656	
Antihypertenseur:								
Oui - Non	-0.9173	0.329	-2.7889	0.005	0.400	0.210	0.761	
Psychotrope:								
Oui - Non	0.5283	0.341	1.5484	0.122	1.696	0.869	3.310	
Fréquence des consultations:								
3 à 5 fois par an - 1 à 2 fois par an	0.1095	0.261	0.4195	0.675	1.116	0.669	1.861	
6 fois ou plus par an - 1 à 2 fois par an	0.0891	0.335	0.2660	0.790	1.093	0.567	2.108	

Note. L'estimation représente le log des cotes (odds) de "Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6 = 1" vs. "Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6 = 0"

On retire du modèle la covariable avec la p-value la plus élevée, soit dans ce cas : la présence d'**antécédents médicaux** avec **p=0,932** puis on effectue une nouvelle régression logistique :

Coefficients du modèle - Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6							Intervalle de confiance à 95%	
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	Z	p	Rapport des cotes (odds ratio)	Borne inf	Supérieur	
Ordonnée à l'origine	-0.4368	0.446	-0.980	0.327	0.646	0.270	1.548	
Age supérieur ou égal à 65 ans:								
1 - 0	0.6477	0.224	2.886	0.004	1.911	1.231	2.967	
Genre:								
H - F	-0.2363	0.200	-1.180	0.238	0.790	0.533	1.169	
Niveau d'étude:								
Supérieur au baccalauréat - Sans Diplôme	-0.3010	0.400	-0.753	0.451	0.740	0.338	1.620	
Brevet - Sans Diplôme	-0.2484	0.413	-0.601	0.548	0.780	0.347	1.753	
Baccalauréat - Sans Diplôme	-0.4798	0.406	-1.182	0.237	0.619	0.279	1.371	
Lieu de résidence du patient:								
Campagne - Ville	0.3044	0.200	1.523	0.128	1.356	0.916	2.006	
Hypertension Artérielle:								
Oui - Non	1.0244	0.324	3.165	0.002	2.786	1.477	5.254	
Traitement Chronique:								
Oui - Non	0.3313	0.268	1.235	0.217	1.393	0.823	2.356	
Antihypertenseur:								
Oui - Non	-0.9182	0.329	-2.793	0.005	0.399	0.210	0.760	
Psychotrope:								
Oui - Non	0.5300	0.341	1.556	0.120	1.699	0.871	3.312	
Fréquence des consultations:								
3 à 5 fois par an - 1 à 2 fois par an	0.1021	0.246	0.415	0.678	1.108	0.683	1.795	
6 fois ou plus par an - 1 à 2 fois par an	0.0791	0.314	0.252	0.801	1.082	0.585	2.001	

Note. L'estimation représente le log des cotes (odds) de "Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6 = 1" vs. "Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6 = 0"

Dans le modèle obtenu ci-dessus il existe toujours des p value > 0,05 aussi on retire donc à nouveau du modèle la covariable avec la p-value la plus élevée soit **la fréquence de consultation** avec **p=0,678** et **p=0,801**. On effectue une nouvelle régression logistique :

Coefficients du modèle - Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6							Intervalle de confiance à 95%	
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	Z	p	Rapport des cotes (odds ratio)	Borne inf	Supérieur	
Ordonnée à l'origine	-0.386	0.427	-0.903	0.366	0.680	0.294	1.570	
Age supérieur ou égal à 65 ans:								
1 - 0	0.652	0.224	2.908	0.004	1.919	1.237	2.978	
Genre:								
H - F	-0.239	0.200	-1.193	0.233	0.788	0.532	1.166	
Niveau d'étude:								
Supérieur au baccalauréat - Sans Diplôme	-0.316	0.398	-0.795	0.427	0.729	0.334	1.590	
Brevet - Sans Diplôme	-0.250	0.413	-0.607	0.544	0.779	0.347	1.748	
Baccalauréat - Sans Diplôme	-0.491	0.405	-1.213	0.225	0.612	0.277	1.353	
Lieu de résidence du patient:								
Campagne - Ville	0.302	0.198	1.531	0.126	1.353	0.919	1.993	
Hypertension Artérielle:								
Oui - Non	1.041	0.321	3.238	0.001	2.831	1.508	5.314	
Traitement Chronique:								
Oui - Non	0.360	0.254	1.417	0.157	1.434	0.871	2.360	
Antihypertenseur:								
Oui - Non	-0.919	0.328	-2.798	0.005	0.399	0.210	0.759	
Psychotrope:								
Oui - Non	0.539	0.340	1.585	0.113	1.714	0.880	3.336	

Note. L'estimation représente le log des cotes (odds) de "Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6 = 1" vs. "Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6 = 0"

Cette fois c'est **le niveau d'étude** qui possède la p-value la plus élevée avec **p=0,225-0,427**, il est à son tour retiré du modèle. On effectue une nouvelle régression logistique :

Coefficients du modèle - Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6							Intervalle de confiance à 95%	
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	Z	p	Rapport des cotes (odds ratio)	Borne inf	Supérieur	
Ordonnée à l'origine	-0.726	0.220	-3.30	<.001	0.484	0.315	0.744	
Age supérieur ou égal à 65 ans:								
1 - 0	0.691	0.217	3.18	0.001	1.995	1.304	3.052	
Genre:								
H - F	-0.239	0.198	-1.21	0.228	0.788	0.535	1.161	
Lieu de résidence du patient:								
Campagne - Ville	0.273	0.195	1.40	0.161	1.314	0.897	1.924	
Hypertension Artérielle:								
Oui - Non	1.055	0.321	3.28	0.001	2.871	1.530	5.387	
Traitement Chronique:								
Oui - Non	0.375	0.253	1.48	0.138	1.455	0.886	2.388	
Antihypertenseur:								
Oui - Non	-0.912	0.328	-2.78	0.005	0.402	0.211	0.764	
Psychotrope:								
Oui - Non	0.531	0.337	1.58	0.115	1.701	0.879	3.291	

Note. L'estimation représente le log des cotes (odds) de "Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6 = 1" vs. "Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6 = 0"

Dans ce modèle, la covariable avec la p-value la plus élevée est **le genre avec p=0,228** mais il s'agit de notre covariable d'ajustement forcée, aussi nous retirons donc du modèle, la covariable **lieu de résidence du patient avec p=0,161**. On effectue une nouvelle régression logistique :

Coefficients du modèle - Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6							Intervalle de confiance à 95%	
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	Z	p	Rapport des cotes (odds ratio)	Borne inf	Supérieur	
Ordonnée à l'origine	-0.562	0.185	-3.04	0.002	0.570	0.397	0.819	
Age supérieur ou égal à 65 ans:								
1 - 0	0.691	0.217	3.19	0.001	1.995	1.305	3.050	
Genre:								
H - F	-0.255	0.197	-1.29	0.196	0.775	0.527	1.140	
Hypertension Artérielle:								
Oui - Non	1.050	0.321	3.27	0.001	2.856	1.522	5.360	
Traitement Chronique:								
Oui - Non	0.390	0.252	1.55	0.121	1.478	0.901	2.422	
Antihypertenseur:								
Oui - Non	-0.906	0.328	-2.76	0.006	0.404	0.213	0.769	
Psychotrope:								
Oui - Non	0.519	0.337	1.54	0.123	1.681	0.869	3.251	

Note. L'estimation représente le log des cotes (odds) de "Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6 = 1" vs. "Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6 = 0"

Ici c'est **la prise d'un traitement psychotrope** qui est la covariable avec la p-value la plus élevée avec **p=0,123**, elle est à son tour retirée du modèle. On effectue une nouvelle régression logistique :

Coefficients du modèle - Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6							Intervalle de confiance à 95%	
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	Z	p	Rapport des cotes (odds ratio)	Borne inf	Supérieur	
Ordonnée à l'origine	-0.545	0.184	-2.96	0.003	0.580	0.404	0.831	
Age supérieur ou égal à 65 ans:								
1 - 0	0.674	0.216	3.13	0.002	1.963	1.286	2.996	
Genre:								
H - F	-0.286	0.196	-1.46	0.144	0.751	0.512	1.103	
Hypertension Artérielle:								
Oui - Non	1.023	0.321	3.19	0.001	2.780	1.483	5.211	
Traitement Chronique:								
Oui - Non	0.494	0.243	2.04	0.042	1.639	1.019	2.637	
Antihypertenseur:								
Oui - Non	-0.936	0.327	-2.86	0.004	0.392	0.206	0.745	

Note. L'estimation représente le log des cotes (odds) de "Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6 = 1" vs. "Ressenti pour un motif aigu - Transformer 6 = 0"

On obtient enfin un modèle où l'ensemble des covariables présentes (âge supérieur ou égal à 65 ans, antécédent d'HTA, prise d'un traitement chronique, prise d'un antihypertenseur) à l'exception de notre variable ajustée forcée (le genre) ont toutes des odds ratio ajustés avec une p-value <0,05. Cela constitue donc notre modèle multivarié final.

Annexe 7. Méthode de régression Logistique pas à pas descendante détaillée pour la question 2

A partir du modèle multivarié initial suivant :

Coefficients du modèle - Ressenti pour une consultation de renouvellement - Transformer 6							
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	Z	p	Rapport des cotes (odds ratio)	Intervalle de confiance à 95%	
						Borne inf	Supérieur
Ordonnée à l'origine	0.0589	0.447	0.1320	0.895	1.061	0.442	2.55
Age supérieur ou égal à 65 ans:							
1 - 0	0.6005	0.235	2.5608	0.010	1.823	1.151	2.89
Genre:							
H - F	-0.3028	0.206	-1.4671	0.142	0.739	0.493	1.11
Niveau d'étude:							
Supérieur au baccalauréat - Sans Diplôme	-0.1866	0.418	-0.4464	0.655	0.830	0.366	1.88
Brevet - Sans Diplôme	0.0154	0.434	0.0354	0.972	1.015	0.433	2.38
Baccalauréat - Sans Diplôme	-0.2440	0.422	-0.5776	0.564	0.784	0.342	1.79
Antécédents Médicaux:							
Oui - Non	-0.0334	0.319	-0.1050	0.916	0.967	0.518	1.81
Hypertension artérielle:							
Oui - Non	1.1790	0.331	3.5657	<.001	3.251	1.701	6.22
Traitement chronique:							
Oui - Non	0.1428	0.319	0.4475	0.655	1.153	0.617	2.16
Antihypertenseur:							
Oui - Non	-0.3749	0.335	-1.1182	0.264	0.687	0.356	1.33

Note. L'estimation représente le log des cotes (odds) de "Ressenti pour une consultation de renouvellement - Transformer 6 = 1" vs. "Ressenti pour une consultation de renouvellement - Transformer 6 = 0"

On retire du modèle la covariable avec la p-value la plus élevée, soit dans ce cas : le niveau d'étude avec $p=0,564-0,972$ puis on effectue une nouvelle régression logistique :

Coefficients du modèle - Ressenti pour une consultation de renouvellement - Transformer 6							
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	Z	p	Rapport des cotes (odds ratio)	Intervalle de confiance à 95%	
						Borne inf	Supérieur
Ordonnée à l'origine	-0.1315	0.203	-0.6486	0.517	0.877	0.589	1.30
Age supérieur ou égal à 65 ans:							
1 - 0	0.6335	0.227	2.7880	0.005	1.884	1.207	2.94
Genre:							
H - F	-0.2851	0.205	-1.3939	0.163	0.752	0.504	1.12
Antécédents Médicaux:							
Oui - Non	-0.0163	0.314	-0.0521	0.958	0.984	0.532	1.82
Hypertension artérielle:							
Oui - Non	1.1848	0.329	3.5967	<.001	3.270	1.715	6.24
Traitement chronique:							
Oui - Non	0.1521	0.318	0.4780	0.633	1.164	0.624	2.17
Antihypertenseur:							
Oui - Non	-0.3577	0.333	-1.0752	0.282	0.699	0.364	1.34

Note. L'estimation représente le log des cotes (odds) de "Ressenti pour une consultation de renouvellement - Transformer 6 = 1" vs. "Ressenti pour une consultation de renouvellement - Transformer 6 = 0"

Dans le modèle obtenu ci-dessus il existe toujours des $p \text{ value} > 0,05$ aussi on retire donc à nouveau du modèle la covariable avec la p-value la plus élevée soit **la présence d'antécédents médicaux** avec $p=0,958$. On effectue une nouvelle régression logistique :

Coefficients du modèle - Ressenti pour une consultation de renouvellement - Transformer 6							
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	Z	p	Rapport des cotes (odds ratio)	Intervalle de confiance à 95%	
						Borne inf	Supérieur
Ordonnée à l'origine	-0.134	0.195	-0.688	0.492	0.874	0.596	1.28
Age supérieur ou égal à 65 ans:							
1 - 0	0.632	0.226	2.796	0.005	1.882	1.208	2.93
Genre:							
H - F	-0.285	0.204	-1.396	0.163	0.752	0.503	1.12
Hypertension artérielle:							
Oui - Non	1.183	0.327	3.621	<.001	3.263	1.720	6.19
Traitement chronique:							
Oui - Non	0.142	0.251	0.566	0.571	1.152	0.705	1.88
Antihypertenseur:							
Oui - Non	-0.358	0.333	-1.076	0.282	0.699	0.364	1.34

Note. L'estimation représente le log des cotes (odds) de "Ressenti pour une consultation de renouvellement - Transformer 6 = 1" vs. "Ressenti pour une consultation de renouvellement - Transformer 6 = 0"

Cette fois c'est **la présence d'un traitement chronique** qui possède la p-value la plus élevée avec **p=0,571**. Elle est à son tour retiré du modèle. On effectue une nouvelle régression logistique :

Coefficients du modèle - Ressenti pour une consultation de renouvellement - Transformer 6							Intervalle de confiance à 95%	
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	Z	p	Rapport des cotes (odds ratio)	Borne inf	Supérieur	
Ordonnée à l'origine	-0.0638	0.150	-0.424	0.671	0.938	0.699	1.26	
Age supérieur ou égal à 65 ans:								
1 - 0	0.6640	0.219	3.031	0.002	1.943	1.264	2.98	
Genre:								
H - F	-0.2919	0.204	-1.431	0.153	0.747	0.501	1.11	
Hypertension artérielle:								
Oui - Non	1.2079	0.323	3.740	<.001	3.346	1.777	6.30	
Antihypertenseur:								
Oui - Non	-0.3230	0.326	-0.990	0.322	0.724	0.382	1.37	

Note. L'estimation représente le log des cotes (odds) de "Ressenti pour une consultation de renouvellement - Transformer 6 = 1" vs. "Ressenti pour une consultation de renouvellement - Transformer 6 = 0"

Ici c'est **la prise d'un antihypertenseur** qui est la covariable avec la p-value la plus élevée avec **p=0,322**, elle est à son tour retirée du modèle. On effectue une nouvelle régression logistique :

Coefficients du modèle - Ressenti pour une consultation de renouvellement - Transformer 6							Intervalle de confiance à 95%	
Prédicteur	Estimation	Erreur standard	Z	p	Rapport des cotes (odds ratio)	Borne inf	Supérieur	
Ordonnée à l'origine	-0.0770	0.150	-0.515	0.607	0.926	0.691	1.24	
Age supérieur ou égal à 65 ans:								
1 - 0	0.6312	0.216	2.920	0.003	1.880	1.231	2.87	
Genre:								
H - F	-0.3021	0.204	-1.483	0.138	0.739	0.496	1.10	
Hypertension artérielle:								
Oui - Non	0.9798	0.222	4.409	<.001	2.664	1.723	4.12	

Note. L'estimation représente le log des cotes (odds) de "Ressenti pour une consultation de renouvellement - Transformer 6 = 1" vs. "Ressenti pour une consultation de renouvellement - Transformer 6 = 0"

On obtient enfin un modèle où l'ensemble des covariables présentes (âge supérieur ou égal à 65 ans, antécédent d'HTA) à l'exception de notre variable ajustée forcée (le genre) ont toutes des odds ratio ajustés avec une p-value <0,05. Cela constitue donc notre modèle multivarié final.

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Attention, ne supprimez pas le saut de section suivant (page suivante non numérotée)

Mesurer moins la pression artérielle : quelle acceptation des patients ? Une étude observationnelle quantitative en Limousin

Contexte : L'hypertension artérielle est insuffisamment contrôlée en France. Sa mesure est réalisée dans plus de 80% des consultations de médecine générale. En pratique, les conditions pour une mesure valable sont rarement remplies. Une mesure tous les 3 à 5 ans est suffisante d'après les recommandations. Une étude quantitative de 2022 montre que la majorité des patients ont un ressenti indifférent ou positif en l'absence de mesure de leur PA. Cependant l'échantillon de cette étude contient peu de patients âgés et hypertendus, 2 variables décrites dans la littérature comme influençant l'attachement de ces derniers à la mesure de leur PA. **Objectif** : Evaluer quantitativement le ressenti des patients du Limousin en l'absence de mesure de la PA au cabinet du médecin généraliste. Etudier les facteurs influençant ce ressenti. **Méthode** : Il s'agit d'une étude de satisfaction observationnelle quantitative prospective, déclarative par auto-questionnaires mis à disposition des patients de 30 cabinets médicaux en Limousin. **Résultats** : 49,9% des patients ont un ressenti négatif lors d'une consultation pour un motif aigu. Cette proportion est d'autant plus importante et atteint les 59,6% lorsqu'il s'agit d'une consultation de renouvellement. Pour un motif aigu : les patients âgés de 65 ans ou plus, ont 96% plus de risque d'avoir un ressenti négatif $p=0,002$, les patients hypertendus ont 2,78 fois plus de risque d'avoir un ressenti négatif $p<0,001$. Pour une consultation de renouvellement : les patients âgés de 65 ans ou plus, ont 88% plus de risque d'avoir un ressenti négatif $p=0,003$, les patients hypertendus ont 2,66 fois plus de risque d'avoir un ressenti négatif $p<0,001$. **Conclusion** : Il existe un attachement significatif des personnes âgées et hypertendues envers la mesure de la PA. Cet attachement est d'autant plus fort lors d'une consultation de renouvellement. Mesurer moins la PA en Limousin ne peut donc s'envisager sans tenir compte de l'âge et de l'antécédent d'HTA.

Mots-clés : Médecine générale, Mesure de la pression artérielle, Hypertension artérielle

Measuring less blood pressure: what acceptance from patients? A cross-sectional study in Limousin

Context: High blood pressure is insufficiently controlled in France. BP measurement is carried out in more than 80% of consultations. In practice, conditions for valid measurement are rarely met. A measurement every 3 to 5 years is sufficient according to guidelines. A cross-sectional study published in 2022 shows that most patients have an indifferent or positive feeling in the absence of measurement of their BP. However, the sample of this study contains few elderly and hypertensive patients, 2 variables described in the literature as significantly influencing their attachment to BP measurement. **Objective**: Quantitatively evaluate the feelings of patients in Limousin in the absence of BP measurement. Study the factors influencing this feeling. **Method**: This is a cross-sectional satisfaction study, using self-declarative questionnaires made available to patients from 30 medical practices in Limousin. **Results**: 49.9% of patients have a negative feeling during a consultation for an acute reason. This proportion is even greater and reaches 59.6% when it comes to a renewal consultation. For an acute reason: patients aged 65 or over have a 96% greater risk of having a negative feeling $p=0.002$, patients with a history of high blood pressure have a 2.78 times greater risk of having a negative feeling $p<0.001$. For a renewal consultation: patients aged 65 or over have an 88% greater risk of having a negative feeling $p=0.003$, patients with a history of HBP are 2.66 times more likely to have a negative feeling $p<0.001$. **Conclusion**: There is a significant attachment among elderly and hypertensive people to BP measurement. This attachment is all the stronger when the measure is part of a renewal consultation. Measuring less BP in Limousin cannot therefore be considered without considering age and history of HBP.

Keywords : Family practice, Blood pressure measurement, High blood pressure

