

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ – LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2012

THESE POUR LE DIPLÔME
D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

**ÉVALUATION, CRITIQUE ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES CONCERNANT LA PRISE DE LA
PRESSION ARTÉRIELLE EN MÉDECINE GÉNÉRALE.**

Présenté et soutenu publiquement le 5 décembre 2012

AU PÔLE FORMATION DE LA FACULTÉ

Par Nicolas Doolaeghe

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre Fontaine

Assesseurs : Monsieur le Professeur Christian Noël

Madame le Professeur Claire Mounier Véhier

Monsieur le Docteur Etienne Béarez

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Patrick Fayolle

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction	12
II. Population et méthode.....	16
A. Objectif.....	17
B. Chronologie de l'étude	17
C. Population participant à l'étude	18
D. Élaboration de la grille d'audit (annexe 1).....	18
1. Référentiels :.....	18
2. Contenu de la grille d'évaluation	19
3. Réponses à la grille d'évaluation.....	27
4. Autoévaluation (Annexe 3)	27
5. Nouvelle évaluation à 6 mois.....	27
E. Élaboration du questionnaire concernant l'évaluation des recommandations proposées par la SFHTA en 2011 (Annexe 4).....	27
F. Mise en situation des médecins.....	29
1. Audit clinique ciblé	29
a) Première évaluation.....	29
b) Autoévaluation et action d'amélioration	30
c) Formation.....	30
d) Deuxième évaluation	30
2. Etude statistique.....	30
3. Evaluation des recommandations de la SF HTA 2011	31
III. Résultats	33
A. Participation à l'audit clinique ciblée.....	34
B. Caractéristiques démographiques des médecins participants.....	36
1. Ages	36
2. Année de thèse.....	36
3. Sexe	37
4. Lieu d'exercice	37
5. Participation a une FMC.....	38
C. Caractéristiques des patients	38
D. Résultats des grilles d'évaluation de l'audit	38
1. Présence de la valeur de la PA dans le dossier ces 6 derniers mois.....	38
2. Prise de la Pression artérielle aux 2 bras au cours de la dernière année.....	39
a) Résultats de la première évaluation T0.....	39
b) Résultats de la deuxième évaluationT6	40
3. Prise de la pression artérielle au repos, assis.....	40
a) Résultats de la première évaluation T0.....	40
b) Résultats de la deuxième évaluation T6	41
4. Prise de la pression artérielle 2 fois sur le même bras.....	41
a) Résultats de la première évaluation T0.....	41
b) Résultats de la deuxième évaluationT6	42
5. Utilisation d'un appareil étalonné et d'un brassard adapté à la morphologie du bras ...	42
a) Résultats de la première évaluation T0.....	42
b) Résultats de la deuxième évaluation T6	43
6. Recherche d'une hypotension orthostatique.....	43
a) Résultats de la première évaluation T0.....	43
b) Résultats de la deuxième évaluationT6	44

7.	Connaissance des chiffres cibles du patient.....	44
a)	Résultats de la première évaluation T0.....	44
b)	Résultats de la deuxième évaluation T6	45
8.	Stratégie en cas de chiffres anormaux.....	45
a)	Résultats de la première évaluation T0.....	45
b)	Résultats de la deuxième évaluation T6	46
9.	Surveillance clinique et biologique effectuée	47
a)	Résultats de la première évaluation T0.....	47
b)	Résultats de la deuxième évaluation T6	47
10.	Observance et tolérance	48
a)	Résultats de la première évaluation T0.....	48
b)	Résultats de la deuxième évaluation T6	48
11.	Orientation vers un spécialiste	49
a)	A la question : avez-vous orienté votre patient vers un spécialiste ?.....	49
b)	Vers quels spécialistes sont orientés les patients?.....	50
12.	Action d'éducation thérapeutique	51
a)	Résultats de la première évaluation T0.....	51
b)	Résultats de la deuxième évaluation T6	51
13.	Eléments dans le dossier	52
a)	Risque cardio vasculaire dans le dossier	52
b)	Objectifs thérapeutiques (cliniques et biologiques) dans le dossier	53
E.	Tableaux comparatifs des résultats de l'audit.....	54
1.	Tableaux comparatifs des résultats Arras/lille	54
2.	Tableaux comparatifs des résultats T0/T6.....	55
F.	Evaluation des recommandations de la SFHTA 2011.....	60
IV.	Discussion.....	66
A.	Méthodologie.....	67
1.	Choix de l'échantillon.....	67
2.	Participation à l'audit.....	68
B.	Résultats de l'audit clinique ciblé	70
1.	Mesure de la pression artérielle.....	70
a)	Présence de la Pression artérielle (PA) dans le dossier	70
b)	Prise de la PA aux deux bras	71
c)	Prise de la PA au repos et assis.....	71
d)	Prise de la PA 2 fois sur le même bras	72
e)	Impact de notre formation	72
2.	Matériel utilisé pour mesurer la PA.....	72
3.	Stratégie thérapeutique.....	72
a)	Objectif tensionnel	72
b)	Hypotension orthostatique.....	74
4.	Évaluation du patient hypertendu	74
a)	Observance et tolérance	74
b)	Éducation thérapeutique	76
5.	Tenue du dossier	77
6.	Bénéfice de notre formation	77
C.	Concernant les recommandations 2011	79
1.	Médecin généraliste et appareil électronique	79
a)	Médecin généraliste et fiabilité de la mesure en AMT	79
b)	Technique de mesure de la PA	81
c)	Intérêt de l'AMT et MAPA	82
2.	Les facteurs limitants l'utilisation des recommandations.....	83

a)	Attachement à la mesure conventionnelle.....	84
b)	Manque de formation des médecins.....	85
c)	Éducation du patient en pratique quotidienne	86
d)	Contre-indications à l'AMT	87
e)	MAPA pas toujours une alternative à L'AMT	88
3.	Propositions alternatives aux facteurs limitants	89
a)	Le temps	89
b)	Améliorer la formation des médecins.....	89
c)	Faciliter l'éducation thérapeutique du patient.....	90
D.	Intérêt de réduire l'inertie thérapeutique	94
V.	Conclusion.....	97
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	100
VII.	ABRÉVIATION:.....	105
VIII.	ANNEXES	107

I. INTRODUCTION

L'hypertension artérielle (HTA) est de loin le plus grand facteur de risque cardiovasculaire. L'HTA multiplie par 6,5 le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC), par 3 le risque d'infarctus du myocarde (IDM) et par 2 le risque d'artériopathie oblitérante des membres inférieures (AOMI) ¹. L'HTA reste la principale cause de mortalité à travers le monde et dans les pays industrialisés et la deuxième cause de décès en France².

Revenons tout d'abord sur quelques données épidémiologiques afin de bien établir notre problématique.

Dans le monde, environ un milliard de patients seraient hypertendus.

Selon The Lancet (2005)³, plus d'un quart de la population mondiale adulte (26,4 %) souffre d'hypertension artérielle, soit 972 millions de personnes, dont 333 millions dans les pays développés et 639 millions dans les pays en voie de développement. Le nombre d'adultes hypertendus devrait croître de 60 % pour atteindre un total de 1,56 milliard en 2025.

Qu'en est il en France?

En France, environ 15 millions de personnes souffrent d'hypertension artérielle soit environ une personne sur quatre, plus précisément un Français sur trois de plus de 35 ans et un Français sur deux de plus de 65 ans ².

De même, d'après des données validées par le CNLHTA (Comité National Français de Lutte contre l'Hypertension artérielle) et établies à partir des enquêtes FLAHS 2004⁴ et 2006⁵, 7,6 millions de personnes se traitent contre l'HTA, soit 25 % de la population des plus de 35 ans.

Si on utilise l'auto-mesure pour évaluer le niveau de la pression artérielle:

- 14,4 millions de sujets sont hypertendus ;
- 6,8 millions sont hypertendus mais non traités soit 47,22% des hypertendus;
- seulement 2,3 millions sont traités et contrôlés soit seulement 15,97% des hypertendus.

Qu'en est-il dans notre région le Nord Pas-de-Calais ?

L'étude Mona Lisa⁶, réalisée en 2006-2007, est représentative de la population de 35 à 74 ans résidant dans la communauté urbaine de Lille, dans le Bas-Rhin et la Haute-Garonne. Les PAS et PAD moyennes s'élevaient respectivement à 136,7 mm Hg et 83,2 mm Hg chez les hommes et à 127,9 mm Hg et 78,6 mm Hg chez les femmes.

Cette étude a mis en évidence des différences géographiques : les pressions artérielles moyennes sont plus élevées à Lille et à Strasbourg qu'à Toulouse.

L'étude Mona Lisa⁶ a aussi permis d'observer les évolutions survenues en dix ans chez les personnes de 35-64 ans, par comparaison avec l'étude Monica⁷. Les 2 études ont une méthodologie similaire auprès d'échantillons représentatifs de ces mêmes populations.

L'interprétation de l'évolution sur dix ans chez les 35-64 ans montre que la prévalence de l'hypertension artérielle a diminué de 7,5 % chez les hommes (passant de 45,1 % en 1996 à 41,7 % en 2006), et de 18,5 % chez les femmes (passant de 34,1 % en 1996 à 27,7% en 2006).

Elle montre également que les sujets hypertendus traités étaient mieux contrôlés en 2006 que dix ans auparavant. Mais ces deux enquêtes témoignent aussi d'un dépistage et d'un contrôle de l'HTA insuffisants.

Les médecins généralistes assurent plus de 90 % des consultations d'HTA en soins primaires⁸. Concernant les motifs de recours aux soins de ville en 2009, à partir de 65 ans, les pathologies cardiovasculaires prédominent nettement chez les hommes avec 59% des motifs et chez les femmes avec 51,6%. En 2008, à partir de 65 ans, les maladies de l'appareil circulatoire étaient la première cause de recours à l'hôpital: elles représentaient près de 1 séjour hospitalier sur 7 (17% chez les hommes et 13,5% chez les femmes)⁹.

Tout ceci nous montre l'importance que représente l'hypertension artérielle notamment dans la région Nord Pas de Calais et ainsi le travail du médecin généraliste dans ce domaine.

Depuis plusieurs années, le médecin généraliste a vu émerger la médecine factuelle (ou *Evidence-based medicine*). Elle peut être définie comme l'«utilisation systématique, judicieuse et explicite des données actuelles de la science dans les décisions visant les soins aux malades». Elle a conduit à la diffusion de recommandations de bonnes pratiques cliniques (guidelines). Ces dernières proposent des algorithmes décisionnels visant à optimiser la stratégie thérapeutique de façon à atteindre des objectifs pour le plus grand nombre possible de patients¹⁰.

Entre 2006 et 2007, l'étude nationale nutrition santé (ENNS)¹¹ a été conduite en France par l'institut de veille sanitaire (InVS) sur un échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS), constitué depuis 1983 par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs sociaux (CNAMTS). Cette étude transversale s'est intéressée aux apports nutritionnels, à l'activité physique et à l'évaluation des facteurs de risque notamment de l'HTA. Ainsi elle a souligné l'enjeu que représentent pour la collectivité les actions de formation médicale continue, la diffusion plus large de recommandations simplifiées, les campagnes d'information et de dépistage auprès du grand public ainsi que la reconnaissance de l'éducation thérapeutique du patient.

Précisément pour l'HTA, la Haute Autorité de Santé a établi en 2005 un guide des recommandations, (actualisant les recommandations pour la pratique clinique publiées par l'ANAES en 1997 et revues en 2000) sur le thème de la « prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle »¹² en s'appuyant sur les dernières données de la littérature et sur les recommandations internationales.

En 2011, ces recommandations sur la prise en charge de l'hypertension artérielle ont évolué :

- Les recommandations de 2005 ont été suspendues¹³
- En juin 2011, parutions des recommandations anglaises : NICE¹⁴
- En novembre 2011, parution des recommandations sur le thème : « mesures de la pression artérielle pour le diagnostic et le suivi du patient hypertendu » par la société française d'hypertension artérielle¹⁵.

Ces recommandations simplifiées, ainsi que l'utilisation de conférences de consensus et des référentiels issus de la littérature devraient permettre d'aider les médecins dans leur pratique quotidienne et d'éviter une dérive.

Dans ce contexte, il nous a paru intéressant de sensibiliser nos confrères à ces recommandations afin de réduire l'inertie thérapeutique et d'améliorer leur prise en charge de l'HTA.

Lors d'une décision médicale, plusieurs déterminants interviennent : tout d'abord le médecin est confronté à la réalité de l'exercice médical, à ses connaissances, à son expérience, à son savoir et son savoir faire, mais aussi à la richesse et la variété du patient (sa pathologie, sa profession, sa vie de famille ses connaissances médicales, sa perception de la maladie,...) et aux données de la science (les recommandations). Une attention toute particulière doit être portée à cet aspect majeur si nous voulons améliorer l'atteinte des cibles thérapeutiques. Il est donc important de s'interroger sur notre pratique.

En matière d'hypertension artérielle, toute décision diagnostique ou thérapeutique se base essentiellement sur la mesure de la pression artérielle. Néanmoins, la pression artérielle étant caractérisée par sa variabilité, l'évaluation précise du niveau tensionnel ne peut être fondée que sur la répétition des mesures et sur une technique rigoureuse et reproductible. De plus, en dehors de la classique mesure auscultatoire au sphygmomanomètre, des appareils électroniques permettent des mesures automatiques et répétées de la pression artérielle en dehors de l'environnement médical (mesure ambulatoire de la pression artérielle [MAPA]) ou des mesures par le patient lui-même à son domicile (auto mesure tensionnelle).¹⁶

La variabilité de la pression artérielle et l'addition des méthodes de mesure entraînent des situations de discordance pour le diagnostic: effet blouse-blanche (sans hypertension à domicile hypertension blouse-blanche), effet blouse-blanche avec hypertension permanente, hypertension masquée^{17 18}. Les données scientifiques récentes accordent aux mesures réalisées en dehors de l'environnement médical la valeur de décision la plus importante. L'objectif est d'aider le praticien à porter le diagnostic d'HTA et à assurer le suivi des patients hypertendus.

Il est important de renforcer cette prise de conscience de l'impact de la mesure de la pression artérielle et de renforcer la fiabilité de la mesure prise par le médecin.

« La décision diagnostique et thérapeutique de l'hypertension artérielle est basée sur la mesure de la pression artérielle » indique le Professeur Xavier Girerd, Président de la société française d'hypertension artérielle. « La variabilité de la pression artérielle expose le patient à de possibles erreurs dans le diagnostic et le suivi d'une hypertension traitée. La plus large utilisation des appareils électroniques de mesure de la tension permet d'éviter ces erreurs et les médecins devraient aujourd'hui utiliser de façon prioritaire ces nouvelles méthodes dans le suivi quotidien des patients hypertendus ». Qu'en est-il dans la réalité de la pratique ?

C'est pourquoi, nous avons interrogé nos confrères libéraux, puisque la détection, l'évaluation, la prise en charge et le suivi du patient hypertendu sont du domaine du médecin généraliste, même si dans un certain nombre de cas, le médecin généraliste est amené à recourir à un avis auprès d'un confrère spécialiste.

L'objectif de notre travail est d'évaluer plus précisément les pratiques actuelles des confrères, concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle, en les comparant avec les recommandations fournies par la Haute Autorité de Santé 2005. Il s'agissait des seules recommandations francophones disponibles lorsque nous avons commencé cette étude. Il nous a paru également intéressant d'étudier en quoi notre pratique pourrait être modifiée afin de l'améliorer.

II. POPULATION ET MÉTHODE

A. OBJECTIF

L'objectif principal de notre travail est de sensibiliser nos confrères généralistes afin d'améliorer les pratiques professionnelles en vue d'une meilleure application des recommandations concernant la prise de PA et l'utilisation des chiffres mesurés.

L'objectif secondaire est d'évaluer et de critiquer l'utilisation des recommandations de la Haute Autorité de Santé dans le suivi de l'hypertension artérielle en médecine générale et d'évaluer les éventuelles difficultés de mise en place de nouvelles recommandations pour ensuite se les approprier.

B. CHRONOLOGIE DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP). C'est une démarche organisée d'amélioration des pratiques, consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus, avec les recommandations professionnelles. Cette démarche, est inspirée du « formative assessment » des anglo-saxons. L'évaluation des pratiques se traduit par un double engagement des médecins : premièrement, ils s'engagent à fonder leur exercice clinique sur des recommandations et deuxièmement ils mesurent et analysent leurs pratiques en référence à celles-ci.

Cette évaluation a été réalisée sous la forme d'un audit clinique ciblé¹⁹ qui est une méthode d'évaluation des pratiques de première intention et validée par l'HAS. Cette méthode permet à l'aide d'un nombre limité de critères, de comparer ses propres pratiques à des références admises, en vue de les améliorer. L'audit clinique ciblé comprend une phase d'évaluation et de diagnostic de la situation, qui permet de mettre en place une ou plusieurs actions d'amélioration, puis d'en mesurer les effets par une seconde étape de mesure.

Cette étude a été réalisée en quatre phases :

- Évaluation des pratiques professionnelles initiale : diffusion d'un questionnaire auprès de 30 médecins généralistes installés dans la région Nord-Pas de Calais.
- Analyse des résultats de l'enquête en fonction des recommandations de la Haute Autorité de Santé, puis mise en place d'une action d'amélioration décidée ensemble concernant un fait marquant de la pratique quotidienne.

Un des 2 groupes géographiques bénéficie d'une formation sur ce thème par le Professeur Claire Mounier Véhier dans le cadre d'une soirée EPU.

- Évaluation à 6 mois : diffusion du même questionnaire afin de mesurer les modifications des pratiques professionnelles.
- Analyse de l'audit clinique ciblé.

Dans un second temps, nous avons proposé à nos médecins une évaluation des recommandations de novembre 2011 proposées par la Société Française d'hypertension Artérielle sur quatre critères :

- la précision
- la pertinence
- l'applicabilité
- la correspondance à la pratique.

C. POPULATION PARTICIPANT À L'ÉTUDE

L'audit clinique ciblé a été proposé à 34 médecins généralistes libéraux, dont 11 médecins participant régulièrement à un groupe de travail dans la région d'Arras et 23 médecins de la région lilloise et ses environs. Chaque réponse était anonyme, chaque médecin a reçu un numéro d'identification, nous lui avons demandé son lieu d'exercice (rural, semi rural ou urbain), sa date de naissance et sa date de soutenance de thèse.

D. ÉLABORATION DE LA GRILLE D'AUDIT (ANNEXE 1)

1. RÉFÉRENTIELS :

L'audit comprenait 13 questions. Les critères d'évaluation sélectionnés s'appuyaient sur des recommandations de grade élevé (à haut niveau de preuve). Cette grille a été élaborée en mars et avril 2011. Nos questions s'appuient sur 2 référentiels en vigueur à cette époque:

- les recommandations HAS 2005 sur « la prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle »¹²,
- les recommandations de 1996 de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé sur « La tenue du dossier médical en médecine générale : État des lieux et recommandations »²⁰.

En septembre 2011, en raison de conflits d'intérêt, la HAS a décidé de suspendre ses recommandations de 2005¹³. A ce jour un groupe de travail de la HAS, est en train d'élaborer de nouvelles recommandations pour l'HTA.

A ce jour, l'actualité de l'HTA a changé. Pour la prise en charge de leurs hypertendus, les praticiens ont à leur disposition :

- Les recommandations de l'European Society of Hypertension et de l'European Society of Cardiology (ESH/ESC) 2007²¹, actualisées en 2009¹⁶
- Les recommandations anglaises du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2011¹⁴
- Les recommandations 2011 de la SFHTA¹⁵

Ce questionnaire a été élaboré par le Docteur Patrick Fayolle qui est un médecin accrédité par l'HAS pour l'évaluation des pratiques professionnelles et des établissements de santé privés.

2. CONTENU DE LA GRILLE D'ÉVALUATION

Notre grille comportait les questions suivantes:

A chacune de ces questions, j'ai tenu à préciser ce que préconisent les recommandations.

- **Question 1 : avez-vous noté la pression artérielle (systolique et diastolique) de votre patient dans son dossier ces 6 dernier mois ?**

Ce que nous disent les recommandations :

La tenue d'un dossier pour chaque patient suivi en médecine ambulatoire a été rendue obligatoire par le Code de Déontologie en 1995²². L'objectif de ces recommandations est de contribuer à améliorer, à travers une meilleure tenue des dossiers actuels, la qualité des actes médicaux. Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit.

Concernant la pression artérielle, elle doit être contrôlée tous les 3 à 6 mois ou plus souvent si l'objectif tensionnel n'est pas atteint.

- **Question 2 : Avez-vous pris la pression artérielle aux deux bras au cours de la dernière année ?**

Ce que nous disent les recommandations:

L'HTA est définie de façon consensuelle par une PAS \geq 140 mm Hg et/ou une PAD \geq 90mmHg, mesurées au cabinet médical et confirmées au minimum par deux mesures par consultation, au cours de 3 consultations successives, sur une période de 3 à 6 mois.

En cas de PA \geq 180/110 mm Hg, il est recommandé de confirmer l'HTA par 2 mesures par consultation au cours de 2 consultations rapprochées.

Il est recommandé d'effectuer une mesure à chaque bras lors de la première consultation. Si une asymétrie tensionnelle (différence de 20mmHG pour la PAS) est constatée, les mesures de PA ultérieures seront effectuées sur le bras ou la valeur tensionnelle la plus élevée a été observée.

- **Question 3 : Avez-vous pris de pression artérielle au repos, assis. (assis car cela paraît plus conforme à l'exercice en Médecine générale) ?**

Ce que nous disent les recommandations:

La PA doit être prise chez un patient en position couchée ou en position assise depuis plusieurs minutes et en veillant à placer le brassard sur le plan du cœur.

- **Question 4 : Avez-vous pris la pression artérielle au moins deux fois sur le même bras à quelques minutes d'intervalle ?**

Ce que nous disent les recommandations:

Au minimum 2 mesures doivent être faites, à quelques minutes d'intervalle au cours d'une même consultation. Le chiffre de PA retenu est la moyenne des mesures effectuées.

- **Question 5 : Avez-vous utilisé un appareil étalonné et un brassard adapté à la morphologie du membre supérieur ?**

Ce que nous disent les recommandations :

Un brassard de longueur insuffisante surestime la PA (ex : un brassard de taille standard pour un patient obèse), et inversement un brassard trop large entraîne une sous-estimation.

Une liste d'appareils d'auto-mesure tensionnelle validés est régulièrement mise à jour sur le site de l'Agence Nationale de Sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)²³. L'usage d'appareils de bras avec brassard adapté est préférable à celui d'appareil au poignet.

- **Question 6 : Avez-vous recherché une hypotension orthostatique ?**

Ce que nous disent les recommandations:

La recherche d'une hypotension orthostatique (chute de la PAS de plus de 20 mm Hg) est conseillée chez tout hypertendu, en particulier chez le sujet de plus de 65 ans et le patient diabétique.

- **Question 7 : Connaissez-vous les objectifs tensionnels de vos patients ?**

Ce que nous disent les recommandations:

Dans le cas d'une HTA (hormis en cas de diabète ou d'atteinte rénale) il est recommandé de faire baisser les chiffres tensionnels en dessous de 140 mm Hg pour la PAS et 90 mm Hg pour la PAD.

Chez le diabétique, l'objectif tensionnel est une PA < 130/80 mm Hg

Chez l'insuffisant rénal, l'objectif est une PA < 130/80 et une protéinurie <0.5g/l

- **Question 8 : Quelle est votre stratégie en cas de chiffres tensionnels anormaux ?**

Plusieurs réponses sont proposées :

- Surveillance rapprochée
- Modification du traitement
- Auto-mesure
- MAPA
- Consultation vers un spécialiste

Ce que nous disent les recommandations:

HAS 2005:

L'Auto-mesure tensionnelle et la mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24h permettent de corriger les erreurs de diagnostic par excès (HTA blouse blanche) et par défaut (HTA masquée).^{24 25 26}

PA (mm Hg)		Mesure conventionnelle	
		<140/90	≥140 /90
Auto-mesure	<135/85	PA normale	« HTA blouse blanche »
	≥135 /85	« HTA masquée »	HTA

Les conditions optimales d'utilisation de l'auto-mesure tensionnelle ont été

proposées par le Comité National Français de Lutte contre l'HTA : elles constituent la règle dite « des 3 » : 3 mesures consécutives en position assise le matin et le soir, pendant 3 jours, en période d'activité habituelle. Les résultats seront présentés au médecin le jour de la consultation.²⁷

La MAPA est plus particulièrement indiquée pour évaluer le mode de variation de la PA nocturne, pour rechercher une variabilité inhabituelle, par exemple au cours d'une dysautonomie diabétique ou primitive, chez les patients atteints d'un syndrome d'apnée du sommeil ou chez les patients insuffisants rénaux chroniques et dans les cas où l'auto-mesure n'est pas réalisable.

Leurs significations apparaissent supérieures à celle de la mesure au cabinet médical.

- Elles sont recommandées:
 - En cas de chiffres de PA compris entre 140-179/90-109 mm Hg sans atteinte des organes cibles.
 - Chez sujet âgé, après s'être assuré de sa faisabilité.
- Leurs interprétations restent un acte médical
- Attention : les seuils de PAS et PAD définissant HTA sont plus bas avec les mesures ambulatoires:
 - Auto-mesure et MAPA éveil : 135/85mm Hg.
 - MAPA sommeil: 135/85mm Hg.
 - MAPA sur 24h: 130/80mm Hg.

NICE 2011:

L'auto- mesure et la MAPA sont plus précises que la mesure clinique.

RECOMMANDATIONS SFHTA 2011:

- La Société Française d'hypertension artérielle propose de privilégier la mesure électronique de la PA dans le cadre du diagnostic et du suivi des hypertendus au cabinet médical et en ambulatoire.
- Dans le cadre du suivi de l'hypertendu, il est recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical, en particulier lorsque la PA n'est pas contrôlée en consultation.
- L'AMT et la MAPA apportent au médecin des informations qui doivent être prises en compte pour l'adaptation de la prise en charge thérapeutique: celle-ci doit être proposée par le médecin, sur la base des chiffres de PA mesurés en dehors du cabinet médical.

- **Question 9 : La surveillance clinique et biologique (recommandations H.A.S.) a-t-elle été effectuée de façon complète dans les délais recommandés ?**

Ce que nous disent les recommandations:

HTA contrôlée non compliquée

- PA tous les 3 à 6 mois
- Interrogatoire et examen cardio vasculaire (CV) tous les 3 à 6 mois
- Bandelette urinaire: BU 12 mois
- Kaliémie, créatininémie et calcul de la clairance tous les ans
- Glycémie tous les 3 ans si initialement normale
- Évaluation des anomalies lipidiques tous les 3 ans si lipides initialement normaux
- ECG tous les 3 ans
- Microalbuminurie /créatininurie et fond d'oeil chez le diabétique tous les ans

- **Question 10 : Avez-vous évalué l'observance et la tolérance de votre patient ?**

Ce que nous disent les recommandations :

L'observance est le niveau de concordance entre les recommandations données par le médecin et le comportement du patient. Elle concerne la prescription du médicament, les conseils de mode de vie, la planification de l'ensemble des soins (consultations, contrôles biologiques et examens complémentaires...).

Elle peut être évaluée par le test d'évaluation d'observance de X. Girerd et al (Annexe 2), que nous avons proposé à nos médecins participant à l'audit.

Est considéré comme observant un patient qui suit 80% de la prescription.

La mauvaise observance se rencontre surtout chez les patients ayant un traitement de longue durée, asymptomatiques ou qui redoutent une perte de qualité de vie, chez les patients en précarité, de milieu social défavorisé, chez la personne âgée avec un trouble de mémoire débutant...

Le défaut d'observance entraîne aussi un risque iatrogène, car l'arrêt d'un traitement indispensable peut aggraver une maladie, mais aussi aboutir à une escalade thérapeutique inutile et dangereuse pour le patient (hypotension orthostatique..).

- **Moyens techniques d'évaluation de l'observance:**

- Dosage du médicament
- Décompte des comprimés, renouvellement des ordonnances
- Dosages biologiques indirects (kaliémie, uricémie, rénine, enzyme de conversion de l'angiotensine)

- Pilulier électronique.

- **Moyens cliniques:**

- Variations de la pression artérielle (avec un antihypertenseur)
- Recherche d'un effet latéral (bradycardie avec un Béta Bloquant)
- Questionnaire spécifique (exemple : « le test d'évaluation de l'observance » du Professeur Xavier Girerd)

La tolérance du traitement sera déterminante pour l'observance et la qualité du contrôle tensionnel ; une expérience antérieure chez un patient ayant déjà fait l'objet d'un traitement sera pris en compte parallèlement à l'efficacité observée pour le choix d'un nouveau traitement s'il s'impose.

- **Question 11 : Avez vous eu recours à un spécialiste ?**

Ce que nous disent les recommandations:

La détection, l'évaluation, la prise en charge et le suivi du patient hypertendu sont du domaine du médecin généraliste.

Dans un certain nombre de cas, le médecin habituel est amené à recourir à un avis auprès d'un médecin spécialisé.

- **Question 12 : Avez-vous mis en place une action d'éducation thérapeutique (ETP) ?**

Ce que nous disent les recommandations:

L'ETP permet d'appréhender le patient dans sa globalité et de renforcer son adhésion, car fondée sur une prise en charge multidisciplinaire regroupant médecins (généralistes et spécialistes) et paramédicaux (diététiciens, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues...).

Le développement de l'ETP en France est l'une des orientations du plan national d'éducation à la santé de 2001²⁸ et des programmes nationaux d'actions élaborés pour le diabète, l'asthme et les maladies cardio-vasculaires (CV) (2002-2005)²⁹, ainsi que le plan national «amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques»³⁰.

Dans le rapport ministériel « Pour une politique nationale d'éducation du patient » de septembre 2008, est écrit que « la mise en œuvre d'une politique nationale d'ETP ne peut être que progressive. Certaines pathologies devront être choisies comme prioritaires dans la première phase de cette mise en œuvre. Dans l'état actuel des expériences en France et de la validation de l'ETP au

niveau scientifique, les membres de la mission proposent que les pathologies prioritaires soient le diabète, les pathologies CV, l'asthme et le VIH (Recommandation n°2) »³¹.

Ce même rapport décrit les objectifs de l'ETP, qui sont :

- une auto-surveillance globale,
- une auto-mesure de données para-cliniques simples,
- une connaissance et action sur les facteurs de risque,
- une réalisation de gestes techniques de soins,
- une prévention de complications évitables,
- une évolution progressive de l'environnement du patient.

L'ETP a progressivement évolué et d'un simple complément au traitement médical est devenue maintenant une véritable intervention thérapeutique en elle-même. "L'éducation du patient partait de démarches où il fallait faire pour l'autre, passant par une étape où l'on aide l'autre à faire et aboutissent actuellement à une pratique centrée sur l'accompagnement de l'autre dans une interaction avec sa propre expérience."³²

- **Question 13 : Avez-vous identifié dans le dossier du patient les facteurs de risque cardio vasculaire du patient ainsi que les objectifs thérapeutiques identifiés ?**

Ce que nous disent les recommandations:

La bonne tenue du dossier vise à :

- améliorer la démarche médicale en interagissant avec le dossier lors du recueil des données ;
- optimiser les différentes utilisations possibles des données déjà enregistrées.

Plus concrètement la nature des informations recueillies et leur disposition dans le dossier doivent permettre **d'atteindre certains objectifs** :

- retrouver rapidement et sans risque d'erreur le bon dossier ;
- se remémorer le contenu des rencontres précédentes ;
- disposer à tout moment d'une histoire médicale actualisée et synthétique, comportant les éléments utiles à la prise de décision ;
- structurer le recueil d'informations au moment des rencontres ;
- expliciter les arguments qui sous-tendent les décisions ;
- planifier et assurer un suivi médical personnalisé prenant en compte les pathologies, les problèmes de santé, les facteurs de risque, les facteurs psychologiques et environnementaux ;
- favoriser la transmission à un autre soignant (associé, remplaçant, successeur, confrère en ville ou hospitalier, intervenant paramédical) des informations permettant d'optimiser l'efficacité, la sécurité et l'efficience de son intervention;
- minimiser le risque de iatrogénie en disposant, lors de la prescription, des

informations suivantes : âge, pathologies chroniques ou aiguës, facteurs de risque, données biologiques éventuelles (créatinine chez les personnes âgées par exemple), traitements en cours (prescrits par les différents médecins et / ou auto-prescrits), allergies et intolérances médicamenteuses antérieures ;

- documenter les faits liés à la prise en charge des patients.
- maintenir une permanence de soins en cas d'absence du médecin (médecin remplaçant).

Il faut insister particulièrement sur les antécédents personnels et familiaux, les allergies et les intolérances, **les facteurs de risque**, les actions de prévention et de dépistage accomplies, les événements biographiques significatifs.

Le médecin a besoin de toutes les informations disponibles pour prendre de bonnes décisions et pour planifier les actions à venir. Comme un tableau de bord, le dossier doit permettre une visualisation à la fois rapide et précise de ces informations.

Traditionnellement, il s'agit d'un support papier, qui est actuellement lentement remplacé par le support informatique.

Les limites du dossier papier ont été largement analysées: ils sont souvent mal structurés, difficiles à lire, parfois introuvables. L'éparpillement des informations, empilées chronologiquement, peut retarder l'identification et la résolution des problèmes cliniques. Des traitements qui ont échoué ou donné des effets indésirables peuvent être represcrits. Les difficultés de classement des examens complémentaires peuvent conduire à répéter des examens inutilement. Pour éviter ces inconvénients, il est nécessaire de reporter les mêmes données sur différents supports. La moindre tentative d'évaluation ou de recherche clinique à partir des dossiers demande des heures de recherche manuelle fastidieuse. Les dossiers papiers posent des problèmes de classement, de dégradation des supports et d'archivage.

L'informatisation du dossier médical peut *théoriquement* résoudre la plupart de ces problèmes. L'informatique médicale a connu un développement considérable depuis vingt ans.

Les informations du dossier informatique peuvent être disponibles à plusieurs endroits quasi simultanément, accessibles à partir de terminaux en garantissant la confidentialité. Le dossier informatique peut présenter les informations dans n'importe quel ordre et format voulu. L'ordinateur peut produire de nombreux comptes rendus, résumés, index, à partir de la totalité des données enregistrées: synthèse des données les plus importantes du dossier, liste des problèmes actifs, liste des médicaments, des résultats biologiques anormaux, données spécifiques pour une maladie chronique.

Le dossier doit s'adapter à la diversité des pratiques et des personnalités des médecins.

3. RÉPONSES À LA GRILLE D'ÉVALUATION

Ainsi la grille d'évaluation réalisée, chaque médecin devait répondre sous forme de croix à chaque question pour 30 de leurs patients.

Les choix de réponse étaient : oui / non / non adapté +commentaires.

4. AUTOÉVALUATION (ANNEXE 3)

Après avoir rempli la grille, les médecins ont été invités également à répondre à une auto évaluation de leur pratique :

Les questions sont les suivantes :

- Que pensez-vous de vos résultats ?
- Quelles réflexions vous inspirent-ils ?
- Sont-ils conformes à l'estimation de votre pratique ?
- Si non, en quoi sont-ils différents ?
- Comment expliquez-vous la différence ?
- Pouvez-vous justifier vos différences de pratique par rapport aux recommandations ?
- Quelles modifications de pratique allez-vous engager ?
- Commentaires libres et explications sur les situations spéciales.
- Avez-vous rencontré des difficultés au cours du recueil des données ?

5. NOUVELLE ÉVALUATION À 6 MOIS

La grille d'audit a été reproposée à l'ensemble des médecins six mois plus tard afin de pouvoir évaluer les actions d'amélioration.

E. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE CONCERNANT L'ÉVALUATION DES RECOMMANDATIONS PROPOSÉES PAR LA SFHTA EN 2011 (ANNEXE 4)

Cette évaluation a été proposée à tous les médecins en parallèle à l'audit clinique ciblé.

La précision de la mesure de la PA est fondamentale pour optimiser le diagnostic et la prise en charge de l'HTA. Il est important de s'approcher le plus près possible de la vraie valeur de la pression artérielle. A partir d'une analyse exhaustive des données de la littérature médicale et de leur niveau de preuve, la Société Française d'Hypertension Artérielle

(SFHTA) a rédigé des recommandations en 10 points, afin d'aider le praticien à poser le diagnostic et assurer le suivi de ses patients hypertendus.¹⁶ La SFHTA est une société savante, filiale de la Société Française de Cardiologie (SFC), depuis 1987. Présidée par le Professeur Xavier Girerd, cardiologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, elle compte plus de 350 membres titulaires. Elle se situe au carrefour de plusieurs disciplines : - cardiologie, endocrinologie, génétique, médecine interne, médecine vasculaire, néphrologie, pharmacologie, physiologie - pour mieux explorer les différents aspects de l'hypertension artérielle et diffuser efficacement les résultats des connaissances, notamment lors des Journées de l'hypertension artérielle.

Ces recommandations précisent les points suivants :

La mesure électronique de la PA, à l'aide d'appareils de bras validés avec brassard adapté, doit être privilégiée, dans le cadre du diagnostic et du suivi des hypertendus au cabinet et en ambulatoire. Les mesures automatisées peuvent être sujettes à caution en cas d'arythmie cardiaque et doivent être répétées.

En consultation, la mesure de la PA peut être réalisée en position assise ou couchée, après un repos de plusieurs minutes. La mesure en position debout dépiste l'hypotension orthostatique et doit être pratiquée lors du diagnostic de l'HTA, lors des modifications thérapeutiques ou lorsque la clinique est évocatrice.

En auto-mesure tensionnelle les mesures sont recommandées en position assise, avec 3 mesures le matin après le petit déjeuner et 3 mesures le soir après le souper, 3 jours de suite (règle des 3). Les mesures sont espacées de quelques minutes. Une démonstration doit être faite au préalable par un professionnel de santé.

Les valeurs normales au cabinet médical, en Auto-Mesure Tensionnelle (AMT) et en Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle (MAPA) sur 24h sont différentes.

En cabinet : PAS < 140 mm Hg et PAD < 90mmHg ;

En AMT et en période diurne de la MAPA : PAS < 135 mm Hg et PAD < 85 mm Hg.

La MAPA est la seule méthode permettant d'obtenir des valeurs pendant l'activité et le sommeil, les valeurs normales sont pendant le sommeil : PAS <120 mm Hg et PAD < 70 mm Hg.

Pour confirmer l'HTA, avant de débiter un traitement antihypertenseur (sauf en cas d'HTA sévère), il est recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical.

Dans le cadre du suivi, il est également recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet, notamment lorsque la PA n'est pas contrôlée en consultation.

La MAPA est utile:

- pour poser le diagnostic d'HTA en absence d'AMT;
- en cas de discordance entre la PA au cabinet et en AMT;
- devant la constatation d'une PA normale et d'une atteinte d'organes cibles;
- en cas de suspicion d'hypotension orthostatique artérielle ;
- afin de rechercher une HTA nocturne masquée

- En cas de contre-indication à la réalisation de l'AMT

La reproductibilité de la mesure de la PA est meilleure en AMT et en MAPA qu'au cabinet. L'AMT et la MAPA sont toutes deux plus fortement corrélées à l'atteinte d'organes cibles et au risque de complications cardio-vasculaires, que la mesure au cabinet.

L'AMT et la MAPA permettent de diagnostiquer l'HTA blouse blanche et l'HTA masquée. En cas d'HTA blouse blanche, un suivi au long cours sera réalisé pour dépister l'évolution vers l'HTA permanente. En cas d'HTA masquée, une intensification du traitement antihypertenseur est proposée.

L'AMT et la MAPA apportent au médecin des informations qui doivent être prises en compte pour l'adaptation de la prise en charge thérapeutique.

Les recommandations de la SFHTA ont été évaluées par un groupe d'experts (médecins spécialistes et médecins généralistes) Suite à quoi 10 recommandations ont été retenues. Nous avons demandé et reçu l'accord du Professeur Xavier Girerd pour utiliser ce système d'évaluation pour le proposer à nos médecins, et ce, afin d'évaluer les difficultés de mise en place et d'appropriation de nouvelle recommandation. Il nous a paru pertinent d'interroger nos confrères généralistes sur ce travail afin d'observer leur ressenti et leur adaptation au changement de recommandations.

F. MISE EN SITUATION DES MÉDECINS

1. AUDIT CLINIQUE CIBLÉ

a) Première évaluation

Après explication de son contenu, le questionnaire d'audit a été distribué aux deux groupes de médecins. Chaque médecin généraliste devait choisir de façon aléatoire 30 patients connus, hypertendus, traités ou non et répondre pour chaque patient aux 13 questions.

Nous leur avons proposé de choisir le 1^{er}, le 3^{ème} et le 5^{ème} hypertendu de la journée, afin que le choix du patient se fasse de façon aléatoire.

Le temps de réponse pour chaque patient était de moins de 2 minutes. Cela était pour nous un critère décisif. Il s'agit d'un critère de faisabilité, afin de ne pas grever du temps à la consultation.

Nous avons proposé aux deux groupes une autoévaluation de leurs résultats.

b) Autoévaluation et action d'amélioration

Dans un second temps, nous avons réuni le groupe de médecins arrageois pour réaliser un compte rendu des résultats avec comparaison aux recommandations fournies par la Haute Autorité de Santé.

L'audit clinique est une méthode de diagnostic orientée vers l'action. Son but est d'améliorer la qualité des soins délivrés aux personnes soignées. La réalisation d'un audit clinique induit des changements dans la pratique des professionnels de santé, qui devront se décliner dans un plan d'amélioration.

C'est dans cette perspective, que nous avons proposé au groupe de médecins arrageois de conduire un projet d'amélioration.

c) Formation

Nous avons également proposé au groupe arrageois une formation réalisée par le Professeur Claire Mounier Véhier sur les dernières recommandations et sur le thème « comment optimiser la prise en charge de nos hypertendus ? »

Les médecins de Lille n'ont pas eu de restitution des résultats, ni de plan d'amélioration, seule une autoévaluation de leurs résultats, pour des raisons de temps, de recrutement des médecins ainsi que l'éloignement géographique des médecins participant à l'étude.

d) Deuxième évaluation

Quatrième partie de notre audit clinique ciblé : la réévaluation. Nous avons proposé aux deux groupes de médecins pour la deuxième fois le même questionnaire 6 mois après la première évaluation d'audit, afin de mesurer l'impact dans les deux groupes de nos actions correctives.

2. ETUDE STATISTIQUE

Les analyses statistiques ont été effectuées par Monsieur Patrick Devos, ingénieur biostatisticien à la Délégation à la Recherche du CHRU de Lille et au CERIM (Université Lille 2).

L'objectif principal de ce travail est d'améliorer les pratiques professionnelles en vue d'une meilleure application des recommandations concernant la prise de PA et l'utilisation des chiffres mesurés.

4 calculs ont été effectués et ce, pour chaque question de l'audit:

- existe-il une différence significative entre la prise en charge de l'HTA du groupe d'Arras par rapport au groupe de Lille lors de la première évaluation (T0)?
- existe-il une différence significative entre la prise en charge de l'HTA du groupe d'Arras par rapport au groupe de Lille lors de la 2^{ème} évaluation (T6) ?
- existe-il une amélioration significatives entre les résultats de la 1^{ère} évaluation (T0) et ceux de la 2^{ème} (T6) dans le groupe arrageois ?
- existe-il une amélioration significative entre les résultats de la 1^{ère} évaluation (T0) et ceux de la 2^{ème} (T6) dans le groupe arrageois ?

Chaque grille d'audit a été pondérée. Pour chaque question, le nombre de « oui », le nombre de « non » et le nombre de « non adapté » ont été compté et réparti en 4 groupes :

- les réponses arrageoises à T0
- les réponses lilloises à T0
- les réponses arrageoises à T6
- les réponses lilloises à T6

Les comparaisons de fréquences ont été effectuées à l'aide du test du khi- deux.

Pour l'ensemble des tests, le risque de première espèce (p) a été fixé à 0,05.

Les calculs ont été réalisés à l'aide du logiciel SAS V9.2.

3. EVALUATION DES RECOMMANDATIONS DE LA SF HTA 2011

Parallèlement à la grille d'audit clinique établi, nous avons proposé à chaque médecin des deux groupes, un questionnaire concernant les recommandations parues en novembre 2011 proposées par la Société française d'hypertension artérielle.

Chaque médecin a été invité à se prononcer sur la pertinence, la faisabilité et la correspondance avec sa pratique de chaque recommandation pour la mesure de la pression

artérielle en pratique courante. Les réponses et avis étaient étayés par les connaissances des données de la science et sur leur propre expérience de soignant.

- **La précision** concerne la forme, la rédaction de la recommandation
- **La pertinence** est le fait de convenir, d'être approprié, de se rapporter exactement à ce dont il est question.
- **L'applicabilité** est la possibilité de mise en œuvre des procédures proposées, leur réalisme.
- **La correspondance avec votre pratique** mesure si les propositions du référentiel sont proches de ce que vous pensez déjà faire actuellement lors du suivi des patients concernés par l'affection.

Les règles de cotations étaient simples.

- Nous avons demandé de remplir le questionnaire intégralement. Ils devaient impérativement donner une réponse pour chacune des dimensions évaluées pour chaque recommandation proposée.
- Pour chaque proposition, en regard de chacune des dimensions évaluées (précision, pertinence, faisabilité, correspondance avec la pratique), il fallait cocher soit :
 - o « **non** » signifie que selon eux, la proposition est totalement non indiquée ou inacceptable ;
 - o « **peut être** » traduit les situations intermédiaires possibles.
 - o « **oui** » signifie que selon eux, la proposition est totalement indiquée ou acceptable ;

III. RÉSULTATS

A. PARTICIPATION À L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉE

- **Participation**

En juin 2011, **la grille d'audit** a été distribuée à un groupe de travail de médecins généralistes d'Arras, groupe comprenant 11 médecins. Ces médecins devaient répondre aux 13 questions de la grille pour 30 de leurs patients hypertendus.

En décembre 2011, la grille a été distribuée à un deuxième groupe de médecins sur Lille, groupe comprenant 23 médecins. Ces médecins devaient répondre aux 13 questions de l'audit pour 20 de leurs patients hypertendus, car nous nous sommes aperçus que le chiffre 30 représentait à Arras un obstacle à la faisabilité complète du questionnaire.

A l'issue de deux mois et demi de recueil pour chaque groupe, 27 médecins ont finalisé la grille d'audit, soit 79,4% des médecins initialement inclus dans notre audit, dont 9 du groupe Arrageois (soit 82% des médecins initialement inclus) et 18 du groupe lillois (soit 78% des médecins initialement inclus).

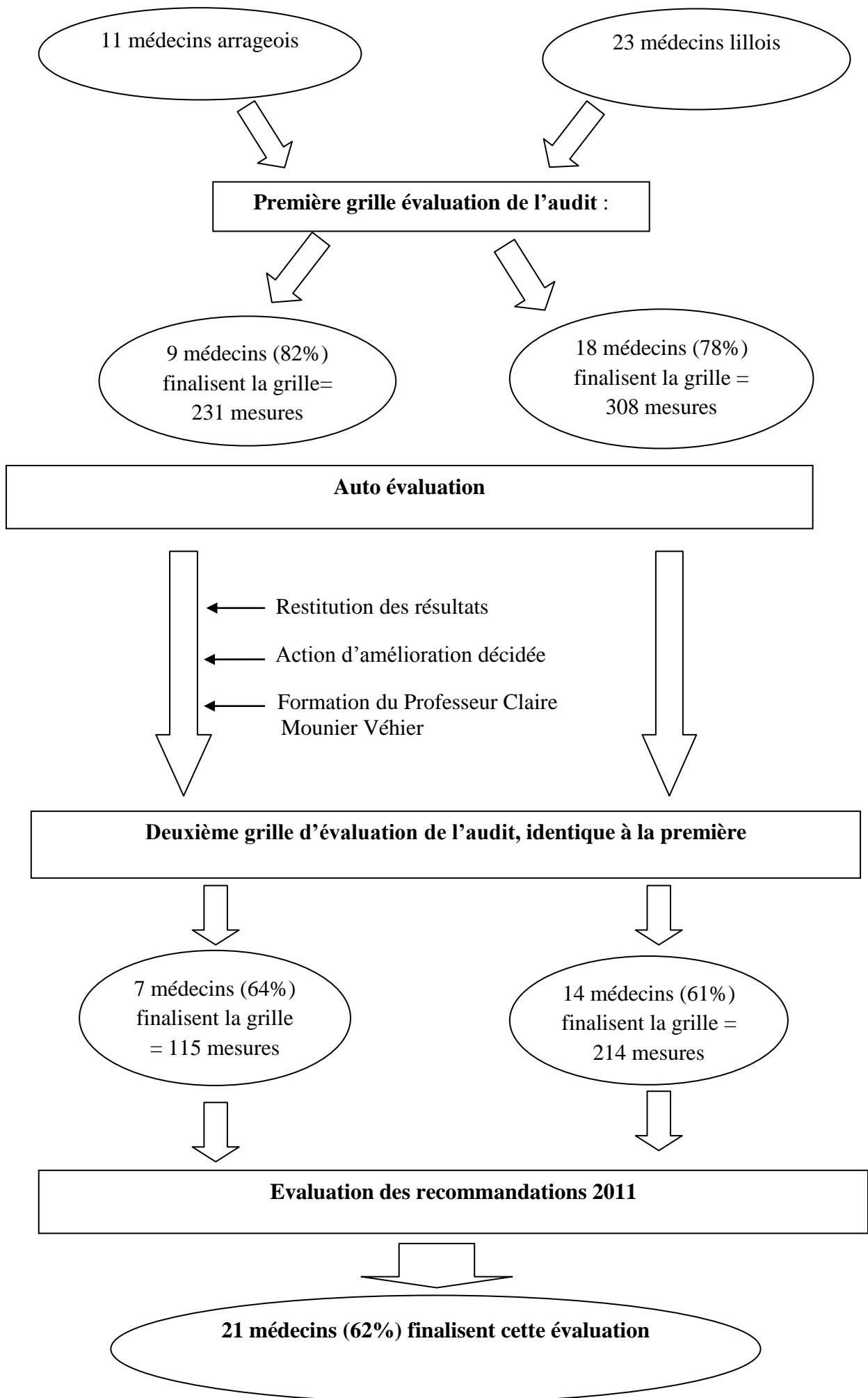
En février 2012 **une formation** effectuée par le Professeur Claire Mounier Véhier a été proposée au groupe de médecins Arrageois sur les dernières recommandations concernant l'hypertension artérielle. Bien que le Professeur Claire Mounier Véhier ait effectuée également une formation sur Lille, elle n'a pas été réalisée dans le cadre de notre audit clinique ciblé. Nous ne tiendrons donc pas compte de cette dernière lors de nos résultats.

En Mai 2012, **la grille d'audit** a été reproposée aux médecins Arrageois et Lillois. Ces médecins devaient répondre à la même grille d'audit que la première pour 15 de leurs patients hypertendus.

A l'issue de 2 mois de recueil pour chaque groupe, 21 médecins soit 61,7% des médecins initialement inclus ont réalisé l'audit en entier, 7 (soit 63,6% des médecins initialement inclus) dans le groupe arrageois ayant reçu la formation et 14 médecins (soit 60,8% des médecins inclus initialement) dans le groupe lillois en auto évaluation simple.

- **Abandon**

Au final, 21 médecins, soit 61,7% des médecins initialement inclus, ont finalisé la deuxième grille d'audit. Deux médecins du groupe Arrageois ont abandonné par manque de temps ainsi que 4 médecins du groupe lillois ont abandonné également par manque de temps ou manque de motivation. Beaucoup de médecins ont trouvé ce travail, chronophage et répétitif.



B. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES MÉDECINS PARTICIPANTS

1. AGES

5 médecins participants n'ont pas répondu à cette question. Le médecin le plus jeune a 30 ans, le médecin le moins jeune a 64 ans. La moyenne est de 49,7 ans, la médiane est de 50,5 ans

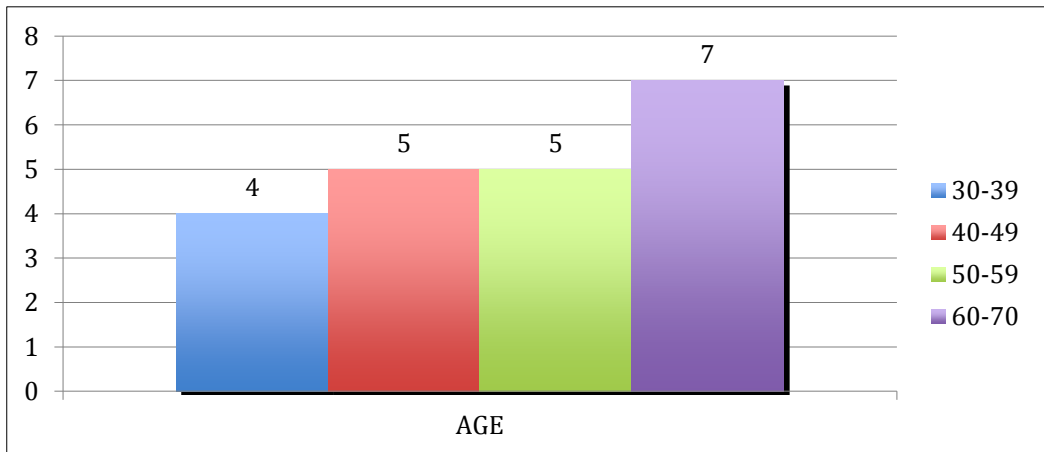


Figure 1: répartition des médecins en fonction de leur âge.

2. ANNÉE DE THÈSE

La figure 2 représente le nombre de médecins en fonction de leur année de thèse. 5 médecins participants n'ont pas répondu à cette question. La moyenne est 1991, la médiane est 1989.

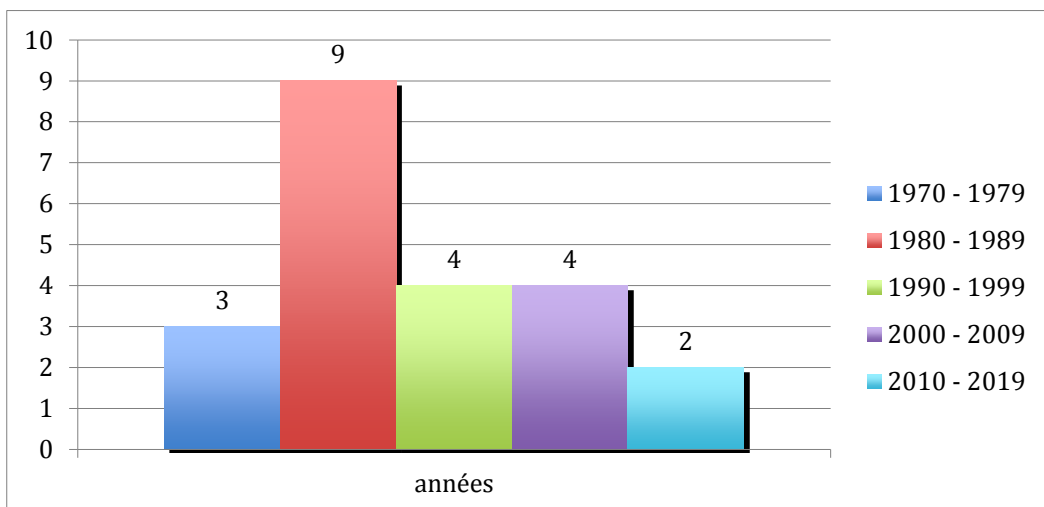


Figure 2: répartition des médecins en fonction de leur année d'obtention de thèse

3. SEXE

La figure 3 représente la répartition des médecins en fonction du sexe.

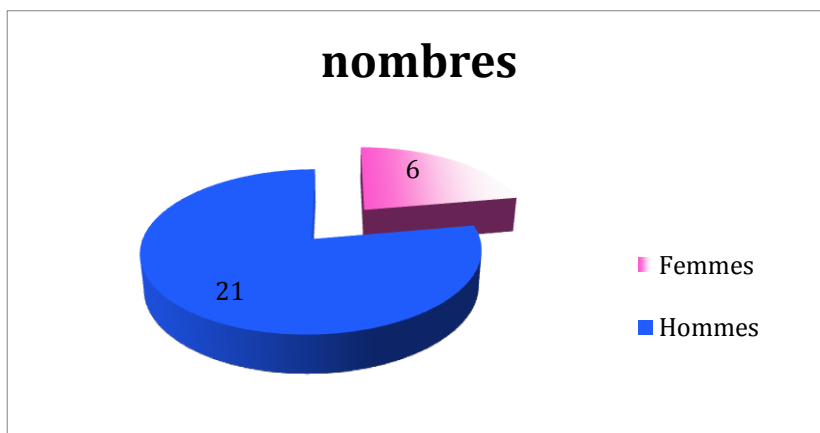


Figure 3: répartition des médecins en fonction du sexe.

6 femmes ont participé à l'audit soit 22,22% des participants.
21 hommes ont participé à l'audit soit 77,78% des participants.

4. LIEU D'EXERCICE

La figure 4 représente le nombre de médecins en fonction de leur lieu d'exercice.

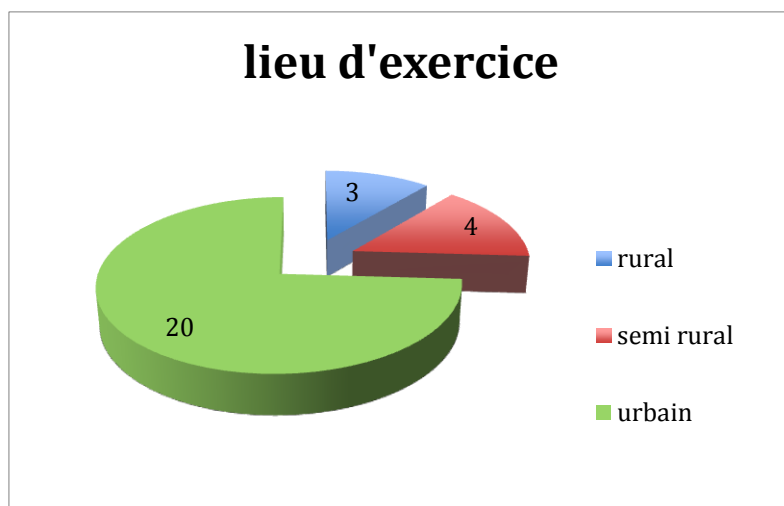


Figure 4: répartition des médecins en fonction de leur lieu d'exercice

5. PARTICIPATION A UNE FMC

La figure 5 représente la répartition des Médecins en fonction de leur participation ou non à une Formation Médicale Continue (FMC).

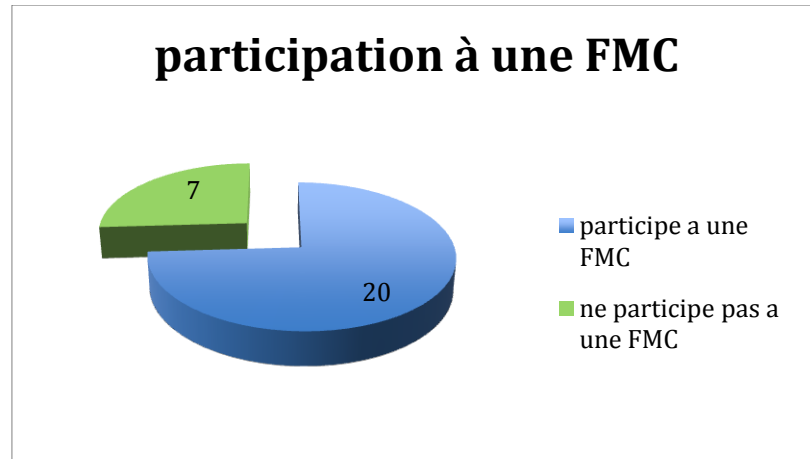


Figure 5: répartition des médecins en fonction de leur participation ou non à une FMC.

C. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

Le premier audit a permis d'inclure 539 patients. Ces 539 patients comprenaient 267 femmes (49,54%) et 272 hommes (50,46%). La moyenne d'âge est de 62 ans.

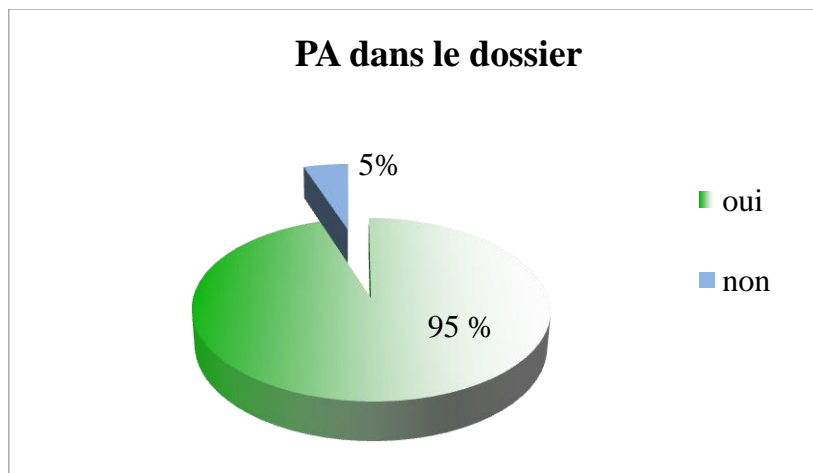
Le deuxième audit a permis d'inclure 322 patients. Ces 322 patients comprenaient 156 femmes (48,45%) et 166 hommes (51,55%). La moyenne d'âge est de 63 ans.

D. RÉSULTATS DES GRILLES D'ÉVALUATION DE L'AUDIT

1. PRÉSENCE DE LA VALEUR DE LA PA DANS LE DOSSIER CES 6 DERNIERS MOIS

A la question: la valeur de la pression artérielle a t'elle été noté dans le dossier au cours des 6 dernier mois?

Sur 539 patients inclus, la valeur de la pression artérielle était présente dans le dossier au cours des 6 derniers mois 512 fois (soit 95%) et non présente 27 fois (soit 5%).

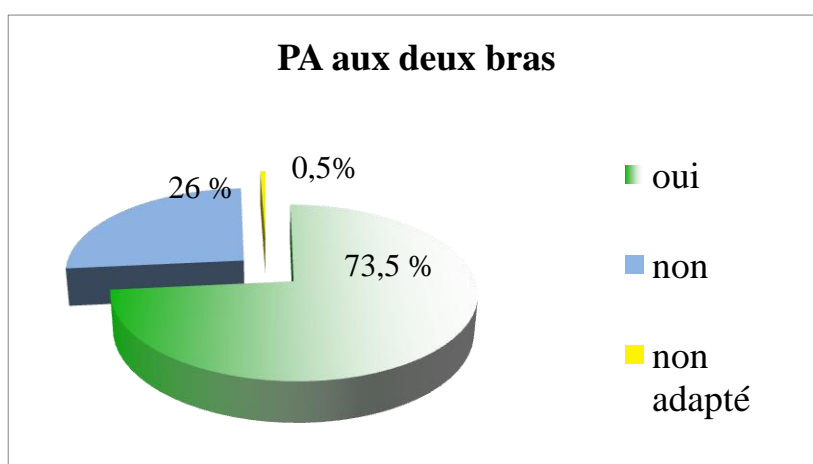


2. PRISE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE AUX 2 BRAS AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE

A la question : la pression artérielle a-t-elle été prise aux deux bras?

a) Résultats de la première évaluation T0

Sur 539 patients inclus, le « oui » a été coché 396 fois (soit 73,5%) contre 140 « non » et 3 « non adapté ».

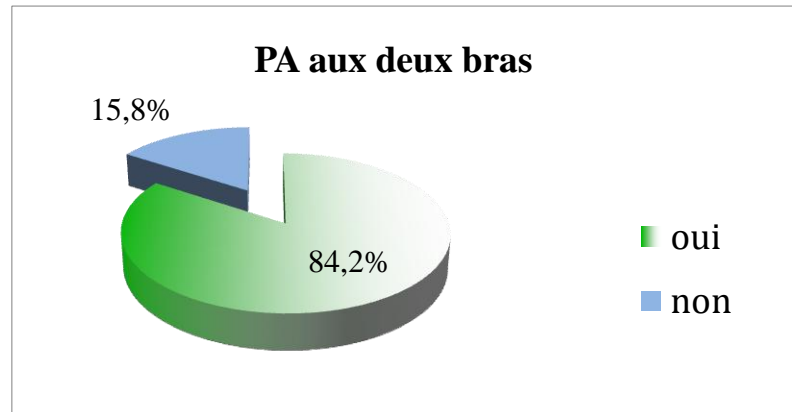


Les raisons avancées pour le « non adapté » ont été

- 2 patientes avaient un cancer du sein unilatéral
- 1 patient amputé d'un bras.

b) Résultats de la deuxième évaluation T6

Sur 324 patients inclus, Le « oui » a été coché 277 fois (soit 84,2%) .
52 « non » (soit 15,8%). 0 « non adapté ».

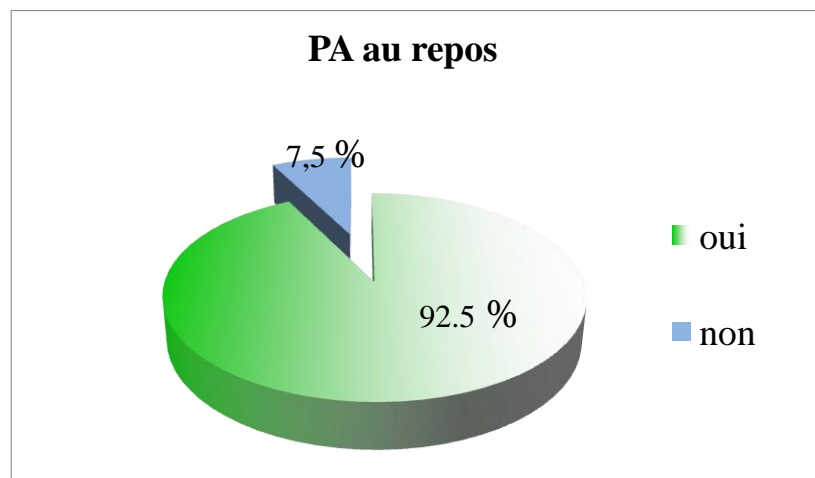


3. PRISE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE AU REPOS, ASSIS

A la question : la pression artérielle a-t-elle été prise au repos et assis ?

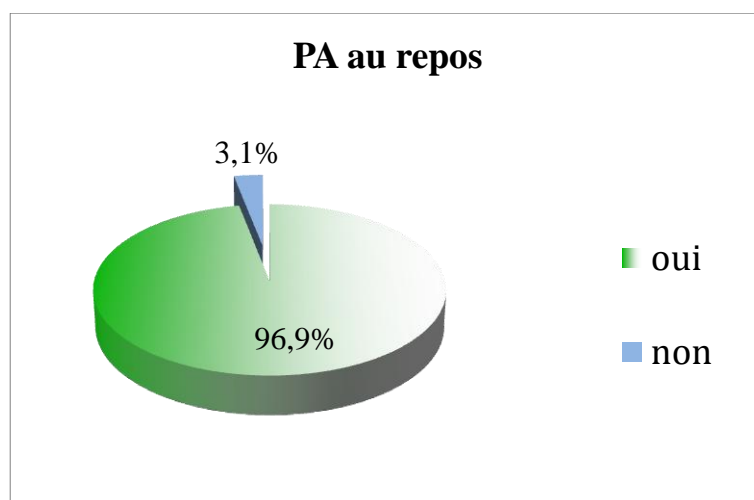
a) Résultats de la première évaluation T0

Le « oui » a été répondu 499 fois (soit 92.5%) contre 40 « non » (soit 7.5%) et 0 « non adapté ».



b) Résultats de la deuxième évaluation T6

Le « oui » a été répondu 319 fois (soit 96,9%). 10 « non » (soit 3,1%).
0 « non adapté ».

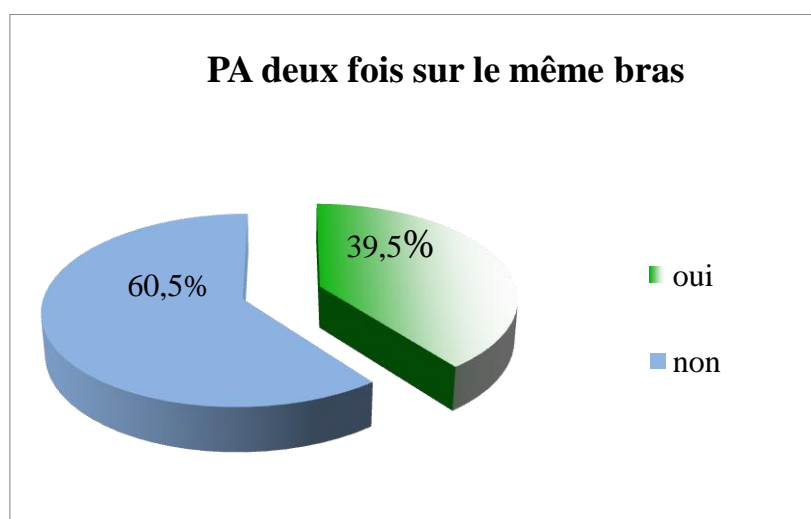


4. PRISE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE 2 FOIS SUR LE MÊME BRAS

A la question : la pression a-t-elle été prise deux fois sur le même bras a quelques minutes d'intervalles ?

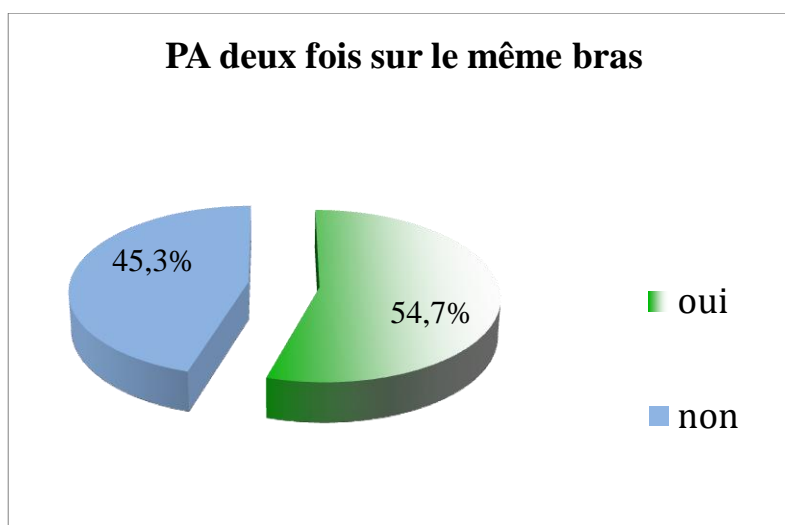
a) Résultats de la première évaluation T0

Le « oui » a été répondu 213 fois (soit 39,5%), le « non » 326 fois (soit 60,5%) et le « non adapté » 0.



b) Résultats de la deuxième évaluation T6

Le « oui » a été répondu 180 fois (soit 54,7%). Le « non » 149 fois (soit 45,3%). Le « non adapté » 0

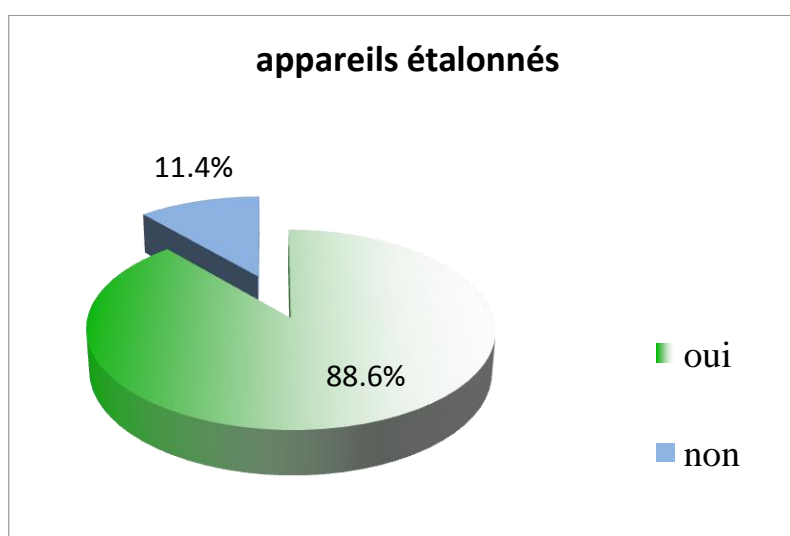


5. UTILISATION D'UN APPAREIL ÉTALONNÉ ET D'UN BRASSARD ADAPTÉ À LA MORPHOLOGIE DU BRAS

A la question : avez-vous utilisé un appareil étalonné et un brassard adapté à la morphologie du bras du patient ?

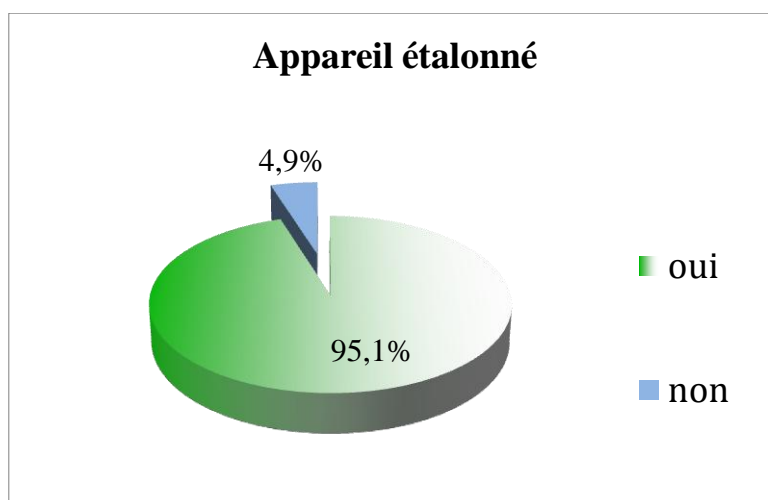
a) Résultats de la première évaluation T0

Le « oui » a été répondu 478 fois (soit 88,6%) et le « non » 61 fois (soit 11,4%) et le « non adapté » 0



b) Résultats de la deuxième évaluation T6

Le « oui » a été répondu 313 fois (soit 95,1%). Le « non » 16 fois (soit 4,9%) . Le « non adapté » 0.

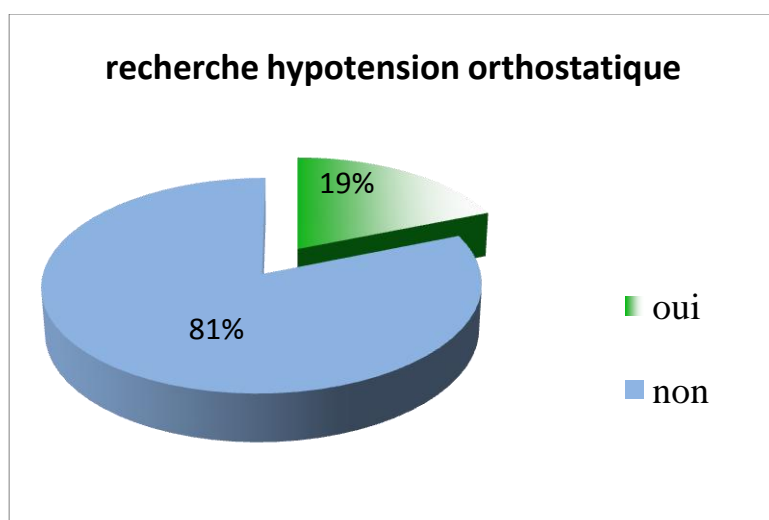


6. RECHERCHE D'UNE HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE

A la question : avez-vous recherché une hypotension orthostatique ?

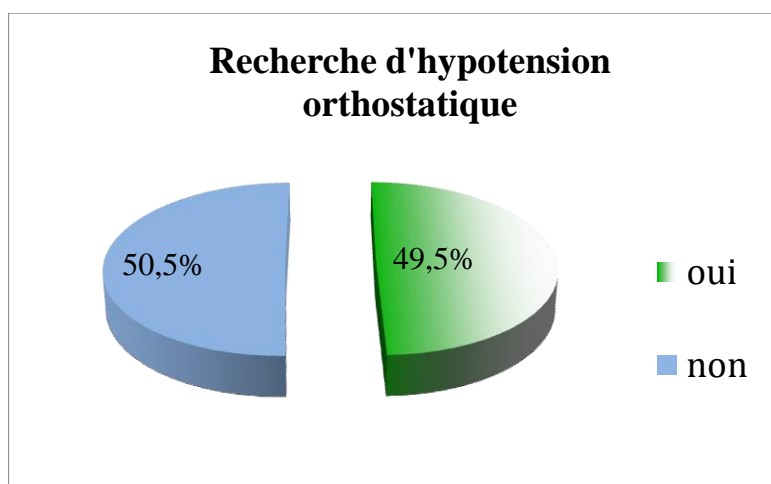
a) Résultats de la première évaluation T0

Le « oui » a été répondu 102 fois (soit 19%), le « non » 437 fois (soit 81%) et le « non adapté » 0 fois.



b) Résultats de la deuxième évaluation T6

Le « oui » a été répondu 163 fois (soit 49,5%). Le « non » 166 fois (soit 50,5%). Le « non adapté » 0 fois.

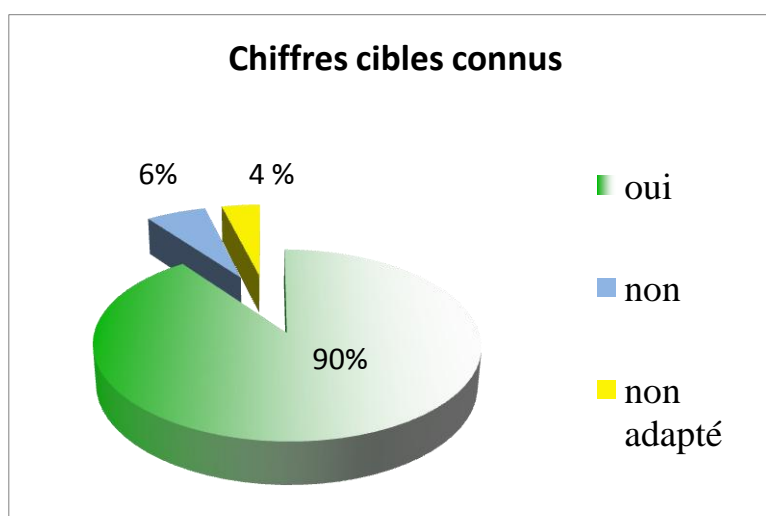


7. CONNAISSANCE DES CHIFFRES CIBLES DU PATIENT

A la question connaissez-vous les chiffres cibles de votre patient ?

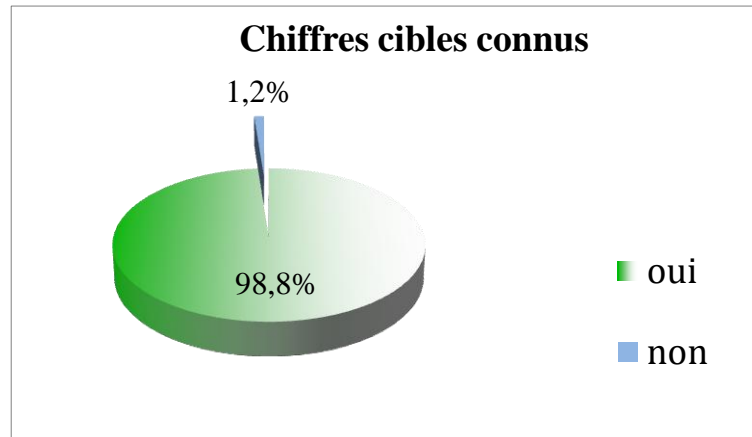
a) Résultats de la première évaluation T0

Le « oui » a été répondu 485 fois (soit 90%), le « non » 33 fois (soit 6%) et le « non adapté » 21 fois (soit 4%).



b) Résultats de la deuxième évaluation T6

Le « oui » a été répondu 325 fois (soit 98,8%). Le « non » 4 fois (soit 1,2%). Le « non adapté » 0 fois (soit 0%).



8. STRATÉGIE EN CAS DE CHIFFRES ANORMAUX

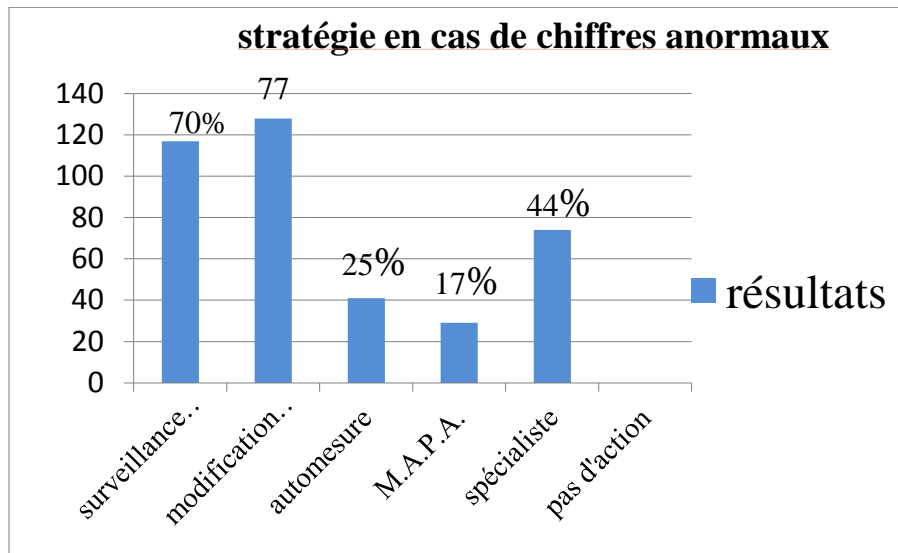
A la question : quelles stratégies avez-vous adopté en cas de chiffre tensionnel anormal ?

a) Résultats de la première évaluation T0

Sur 539 patients, les médecins ont été confrontés à 166 chiffres anormaux.

Les réponses ont été :

- 117 surveillances rapprochées (soit 70%)
- 128 modifications du traitement (soit 77%)
- 41 auto mesures (soit 25%)
- 29 M.A.P.A. (soit 17%)
- 74 envoyés vers un spécialiste (soit 44%)
- 0 ne font rien

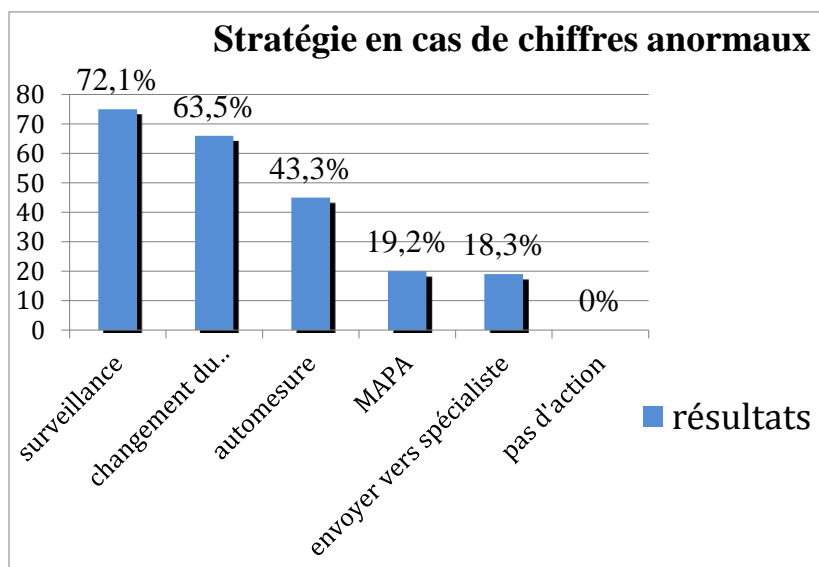


b) Résultats de la deuxième évaluation T6

Sur 329 patients, les médecins ont été confrontés à 104 chiffres anormaux.

Les réponses ont été:

- 75 surveillances rapprochées (soit 72,1%)
- 66 modifications du traitement (soit 63,5%)
- 45 auto mesures (soit 43,3%)
- 20 M.A.P.A. (soit 19,2%)
- 19 envoyés vers un spécialiste (soit 18,3%)
- 0 ne font rien

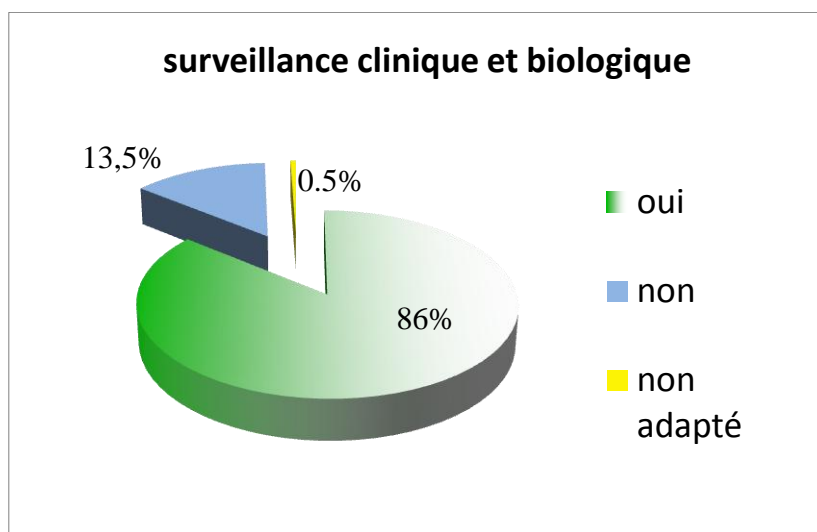


9. SURVEILLANCE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE EFFECTUÉE

A la question : la surveillance clinique et biologique a t'elle été effectué de façon complète dans les délais recommandés ?

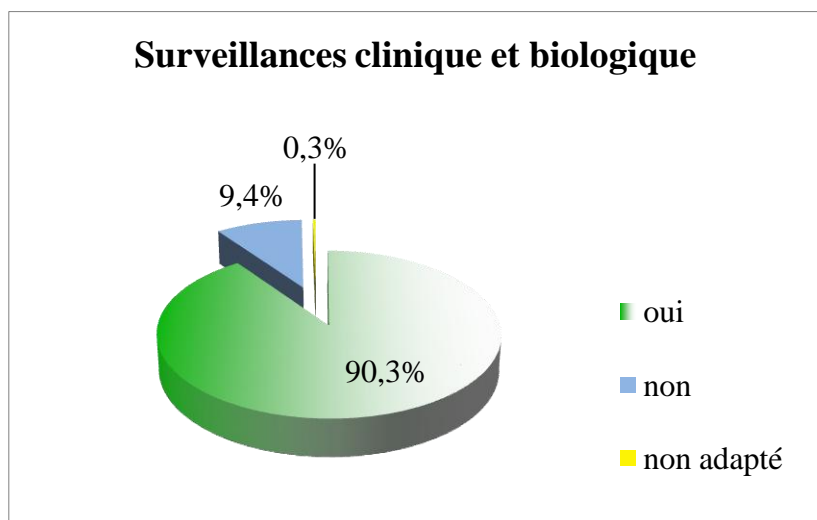
a) Résultats de la première évaluation T0

Le « oui » a été répondu 463 fois soit 86%. Le « non » a été répondu 73 fois soit 13,5%. Le « non adapté » a été répondu 3 fois soit 0,5%



b) Résultats de la deuxième évaluation T6

Le « oui » a été répondu 297 fois soit 90,3%. Le « non » a été répondu 31 fois soit 9,4% ; Le « non adapté » a été répondu 1 fois soit 0,3%.

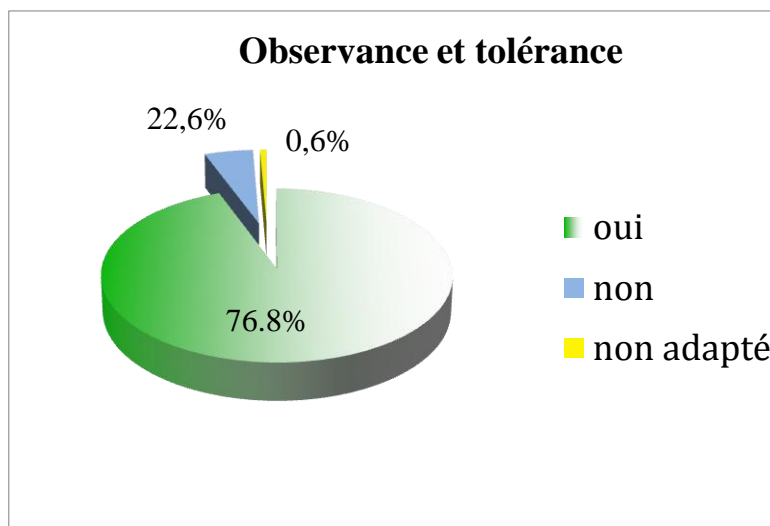


10. OBSERVANCE ET TOLÉRANCE

A la question : avez-vous évalué depuis 6 mois chez votre patient l'observance et la tolérance ?

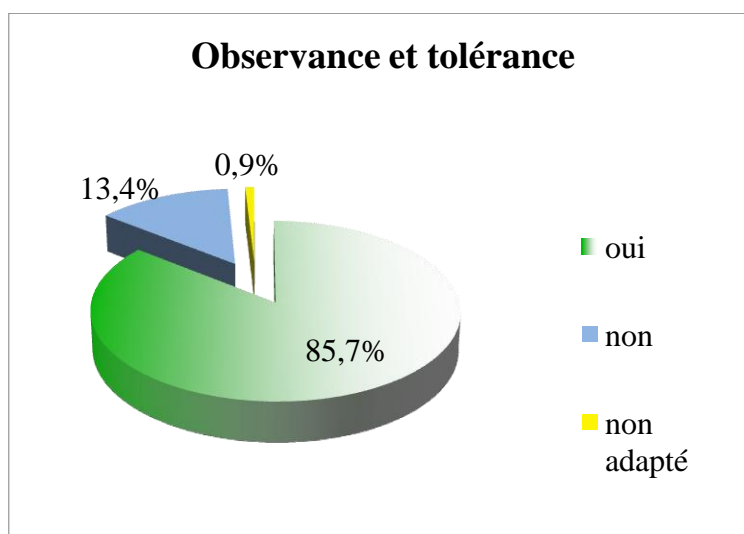
a) Résultats de la première évaluation T0

Le « oui » a été répondu 414 fois soit 76,8%. Le « non » a été répondu 122 fois soit 22,6%. Le « non adapté » a été répondu 3 fois soit 0,6%



b) Résultats de la deuxième évaluation T6

Le « oui » a été répondu 282 fois soit 85,7%. Le « non » a été répondu 44 fois soit 13,4%. Le « non adapté » a été répondu 3 fois soit 0,9%.

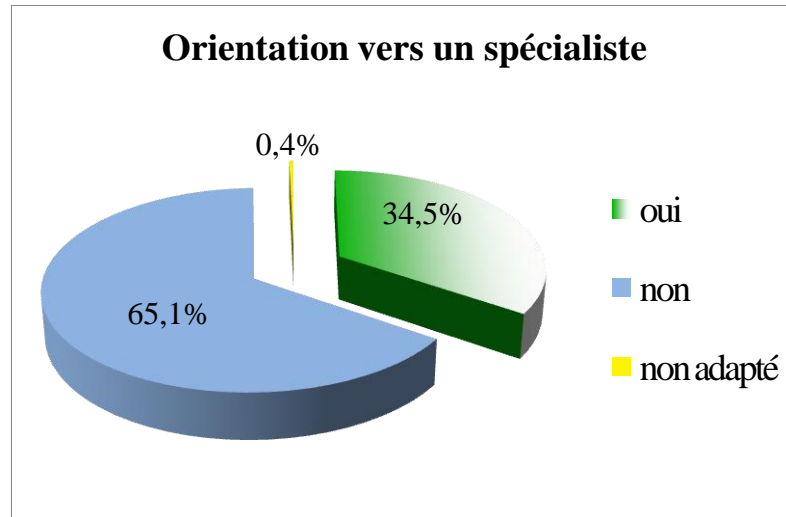


11. ORIENTATION VERS UN SPÉCIALISTE

a) A la question : avez-vous orienté votre patient vers un spécialiste ?

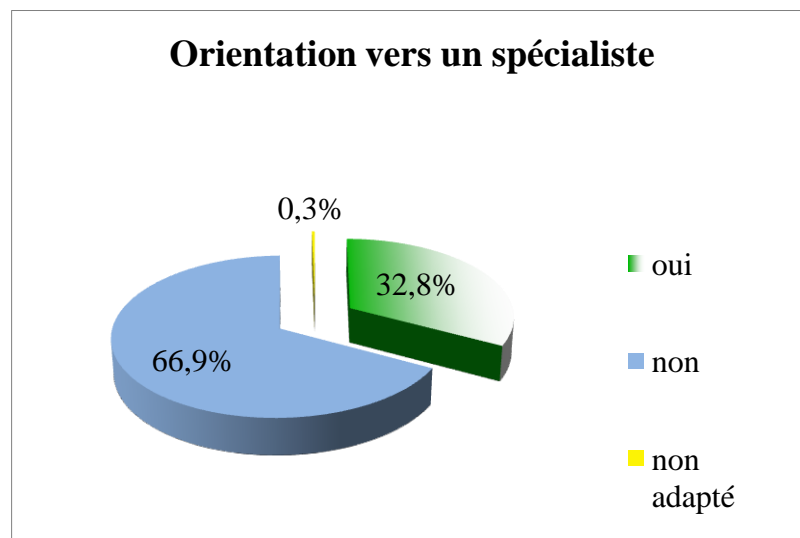
- **Résultats de la première évaluation T0**

Le « oui » a été répondu 186 fois soit 34,5%. Le « non » a été répondu 351 fois soit 65,1%. Le « non adapté » a été répondu 2 fois soit 0,4%



- **Résultats de la deuxième évaluation T6**

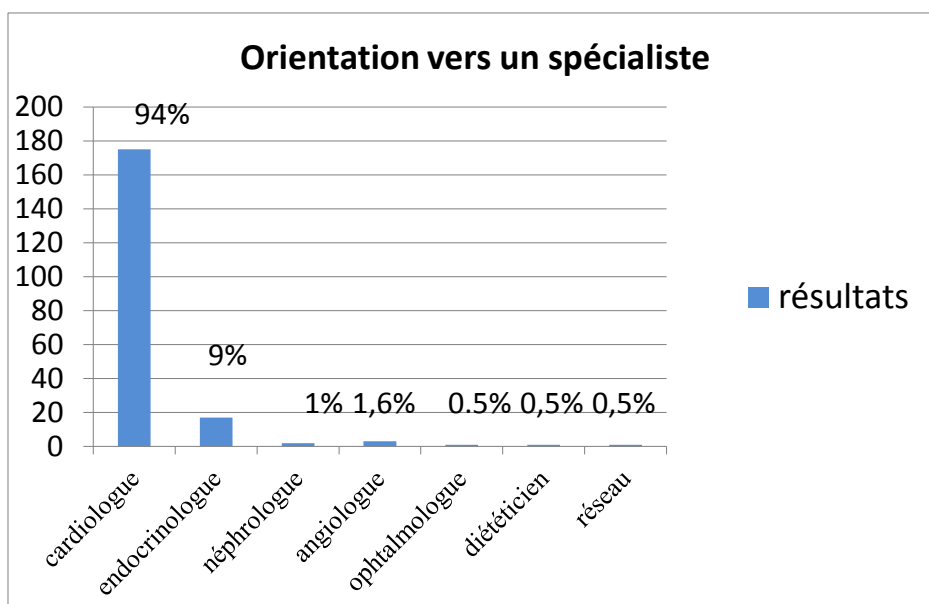
Le « oui » a été répondu 108 fois soit 32,8%. Le « non » a été répondu 220 fois soit 66,9%. Le « non adapté » a été répondu 1 fois soit 0,3%.



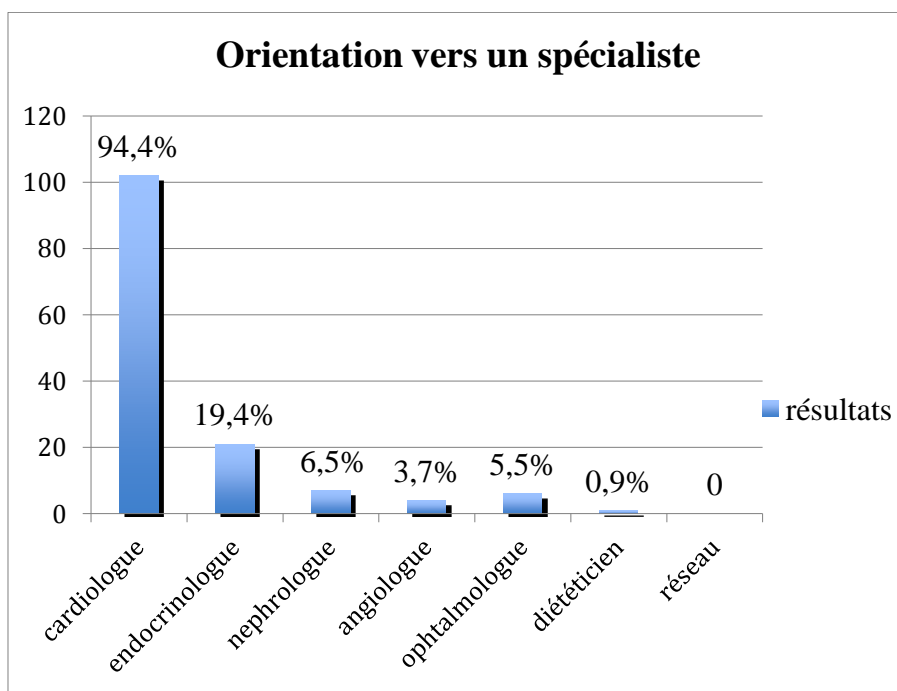
b) Vers quels spécialistes sont orientés les patients?

Si vous avez répondu « oui » à la question précédente : vers quels spécialistes avez vous orienté votre patients ?

- Résultats de la première évaluation T0



- Résultats de la deuxième évaluation T6

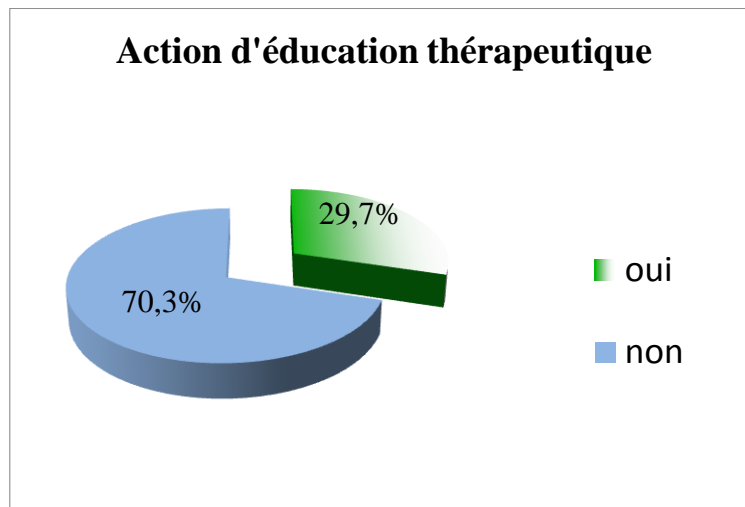


12. ACTION D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

A la question : avez-vous préconisé une action d'éducation thérapeutique ?

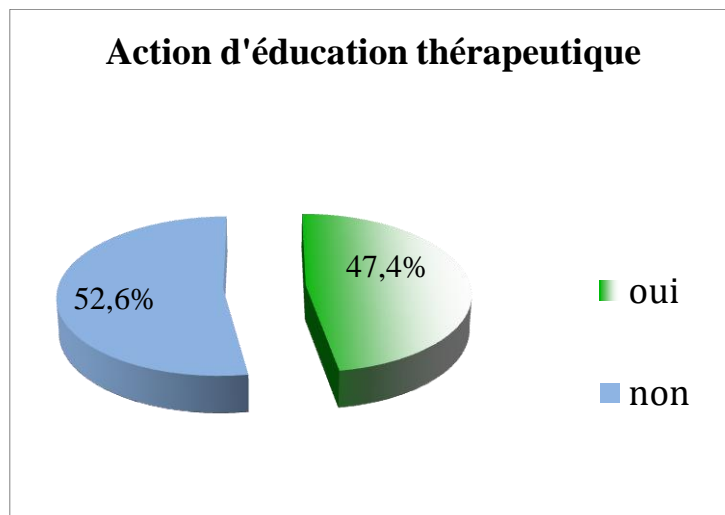
a) Résultats de la première évaluation T0

Le « oui » a été répondu 160 fois soit 29,7%. Le « non » a été répondu 379 fois soit 70,3%. Le « non adapté » a été répondu 0 fois.



b) Résultats de la deuxième évaluation T6

Le « oui » a été répondu 156 fois soit 47,4%. Le « non » a été répondu 173 fois soit 52,6%. Le « non adapté » a été répondu 0 fois.



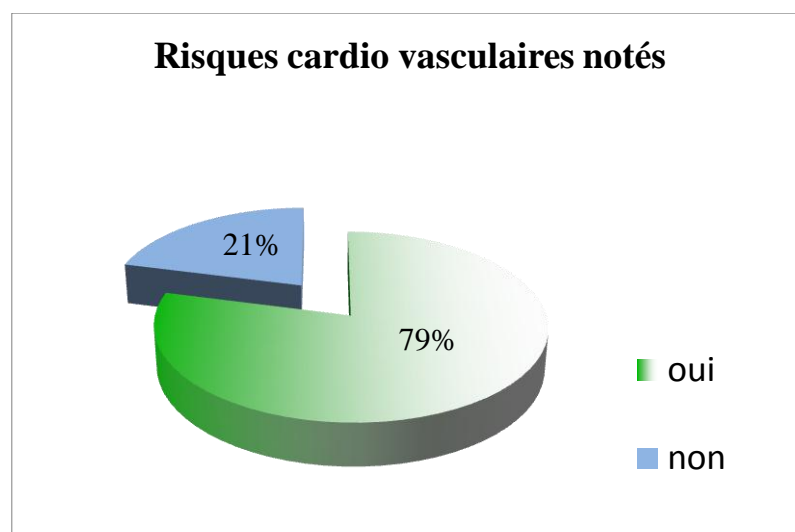
13. ELÉMENTS DANS LE DOSSIER

a) Risque cardio vasculaire dans le dossier

A la question : avez-vous identifié les risques cardio vasculaires dans le dossier ?

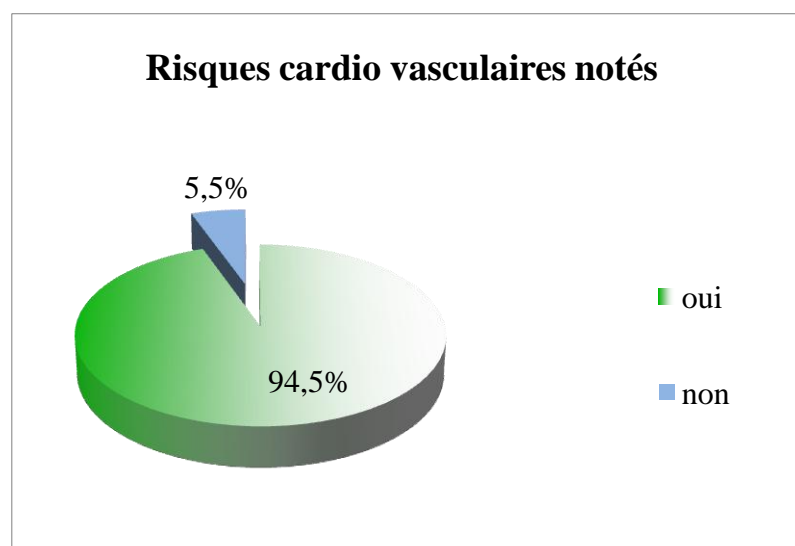
- **Résultats de la première évaluation T0**

Le « oui » a été répondu 425 fois soit 79%. Le « non » a été répondu 114 fois soit 21 %. Le « non adapté » a été répondu 0 fois.



- **Résultats de la deuxième évaluation T6**

Le « oui » a été répondu 311 fois soit 94,5%. Le « non » a été répondu 18 fois soit 5,5 %. Le « non adapté » a été répondu 0 fois

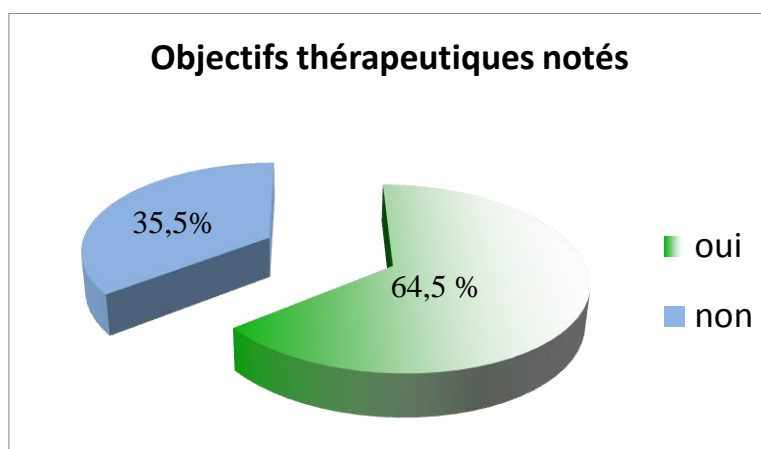


b) Objectifs thérapeutiques (cliniques et biologiques) dans le dossier

A la question : avez-vous identifié dans le dossier les objectifs thérapeutiques (cliniques et biologiques) de votre patient ?

- **Résultats de la première évaluation T0**

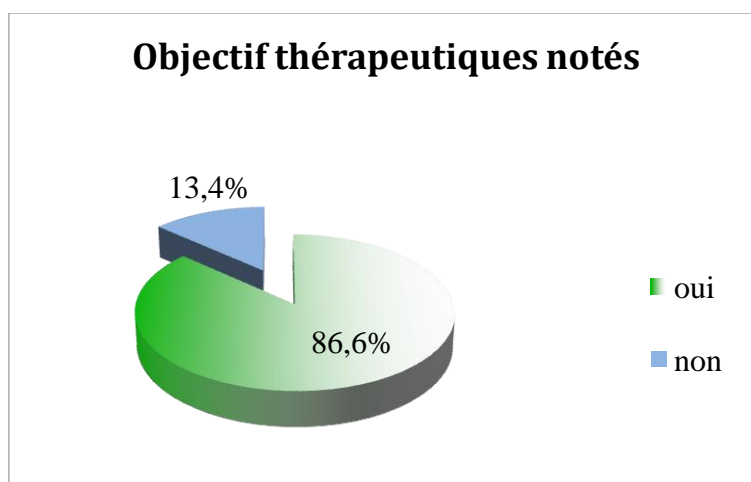
Le « oui » a été répondu 347 fois soit 64,5 %. Le « non » a été répondu 192 fois soit 35,5%. Le « non adapté » a été répondu à 0 fois.



- **Résultats de la deuxième évaluation T6**

A la question : avez vous identifié dans le dossier les objectifs thérapeutiques (cliniques et biologiques) de votre patient ?

Le « oui » a été répondu 285 fois soit 86,6 %. Le « non » a été répondu 44 fois soit 13,4 %. Le « non adapté a été répondu à 0 fois.



E. TABLEAUX COMPARATIFS DES RÉSULTATS DE L'AUDIT

Nous avons tout d'abord étudié s'il existait une différence significative entre les résultats obtenus du groupe arrageois par rapport au résultats des lillois, lors de la première (T0) puis lors de la deuxième évaluation (T6) de l'audit.

Puis nous avons étudié s'il existait une amélioration statistiquement significative entre l'évaluation T0 et l'évaluation T6 pour le groupe arrageois, ayant reçu une formation, ainsi que pour le groupe lillois n'en n'ayant pas reçu.

1. TABLEAUX COMPARATIFS DES RÉSULTATS ARRAS/LILLE

Existe t'il une différence significative entre la prise en charge de l'HTA du groupe arrageois par rapport au groupe lillois?

Les statistiques ont été réalisées pour chaque question de la grille d'évaluation:

- Lors de la première évaluation (T0), le groupe arrageois comprenait 9 médecins qui ont évalué 231 patients et le groupe lillois comprenait 18 médecins qui ont évalué 308 patients.
- Lors de la 2ème évaluation (T6), le groupe arrageois comprenait 7 médecins qui ont évalué 115 patients et le groupe lillois comprenait 14 médecins qui ont évalué 214 patients.

Les résultats en rose sont considérés significatifs pour un risque de première espèce fixé (p) à 0,05.

Questions	Première évaluation: T0			Deuxième évaluation: T6		
	Total Arras	Total Lille	Valeur de p	Total Arras	Total Lille	Valeur de p
Q1 Prise de la tension	90%	98,7%	< 0,0001			
Q2 TA prise aux 2 bras	68,4%	77,2%	0,0377	80%	86,4%	0,1263
Q3 PA prise au repos	90,9%	93,8%	0,2003	100%	95,4%	0,0186
Q4 TA prise 2 fois même bras	40,7%	38,6%	0,6289	68,7%	47,2%	0,0002
Q5 Appareil étalonné	84,8%	91,5%	0,0150	100%	92,5%	0,0026
Q6 Hypo TA orthostatique	11,3%	24,7%	<0,0001	58,3%	44,8%	0,0204
Q7 Chiffres cibles de TA connus	80%	97,4%	<0,0001	100%	98,1%	0,1402

Questions (suite)	Première évaluation: T0			Deuxième évaluation: T6		
	Total Arras	Total Lille	Valeur de p	Total Arras	Total Lille	Valeur de p
Q8 Surveillance rapprochée	64,2%	73,5%	0,2270	92,3%	65,4%	0,0080
Q8 Changement de traitement	69,8%	80,5%	0,1254	69,2%	61,5%	0,4806
Q8 Auto mesure	26,4%	23,8%	0,7255	53,8%	39,7%	0,2088
Q8 MAPA	7,5%	22,1%	0,0211	19,2%	19,2%	1,000
Q8 Envoi vers spécialiste	50,9%	41,6%	0,2585	19,2%	17,2%	0,8835
Q9 Surveillance clinique et bio	87%	85%	0,5542	90,4%	90,2%	0,9586
Q10 Observance et tolérance	77,5%	76,3%	0,9042	90,4%	83,2%	0,1251
Q11 Recours à un spécialiste	41,5%	29,2%	0,0028	34,8%	31,7%	0,5433
Q12 Éducation thérapeutique	16,9%	39,5%	<0,0001	42,6%	50%	0,2005
Q13 Risques CV identifiés	62,7%	90,9%	<0,0001	90,4%	96,7%	0,0167
Q13.2 Objectifs thérapeutiques identifiés	49,8%	75,3%	<0,0001	86%	87%	0,8332

2. TABLEAUX COMPARATIFS DES RÉSULTATS **T0/T6**

Existe-t'il une amélioration significative entre les résultats de la première évaluation (T0) et ceux de la 2ème (T6)?

Les statistiques ont été réalisées pour chaque question:

- pour le groupe Arrageois: qui, lors de la première évaluation (T0), comprenait 9 médecins (231 patients évalués) et qui lors de la deuxième évaluation comprenait 7 médecins (115 patients évalués).
- pour le groupe lillois.: qui, lors de la première évaluation, comprenait 18 médecins (308 patients évalués) et qui, lors de la deuxième évaluation comprenait 14 médecins (214 patients évalués).

Les résultats en rose sont considérés significatifs pour un risque de première espèce fixé (p) à 0,05.

Questions	Résultats Arras			Résultats Lille		
	Total T0	Total T6	Valeur de p	Total T0	Total T6	Valeur de p
Q1 prise de la tension	90%			98,7%		
Q2 TA prise aux 2 bras	68,4%	80%	0,0353	77,2%	86,4%	0,0085
Q3 PA prise au repos	90,9%	100%	0,0008	93,8%	95,4%	0,4630
Q4 TA prise 2 fois même bras	40,7%	68,7%	<0,0001	38,6%	47,2%	0,0514
Q5 appareil étalonné	84,8%	100%	<0,0001	91,5%	92,5%	0,6902
Q6 hypo TA orthostatique	11,3%	58,3%	<0,0001	24,7%	44,8%	<0,0001
Q7 chiffres cibles de TA connus	80%	100%	0,0001	97,4%	98,1%	0,5850
Q8 surveillance rapprochée	64,2%	92,3%	0,0078	73,5%	65,4%	0,2311
Q8 changement de traitement	69,8%	69,2%	0,9580	80,5%	61,5%	0,0037
Q8 auto mesure	26,4%	53,8%	0,0166	23,8%	39,7%	0,0192
Q8 MAPA	7,5%	19,2%	0,1246	22,1%	19,2%	0,6291
Q8 envoyer vers spécialiste	50,9%	19,2%	0,0070	41,6%	17,2%	0,0006
Q9 surveillance clinique et bio	87%	90,4%	0,4052	85%	90,2%	0,0890
Q10 observance et tolérance	77,5%	90,4%	0,0033	76,3%	83,2%	0,0411
Q11 patient envoyé chez spé	41,5%	34,8%	0,2350	29,2%	31,7%	0,5479
Q12 Éducation thérapeutique	16,9%	42,6%	<0,0001	39,5%	50%	0,0152
Q13 risques CV identifiés	62,7%	90,4%	<0,0001	90,9%	96,7%	0,0089
Q13.2 objectifs thérapeutiques identifiés	49,8%	86%	<0,0001	75,3%	87%	0,0011

Voici le schéma comparatif des résultats des 2 audits tous médecins confondus, c'est à dire médecins arrageois et médecins lillois.

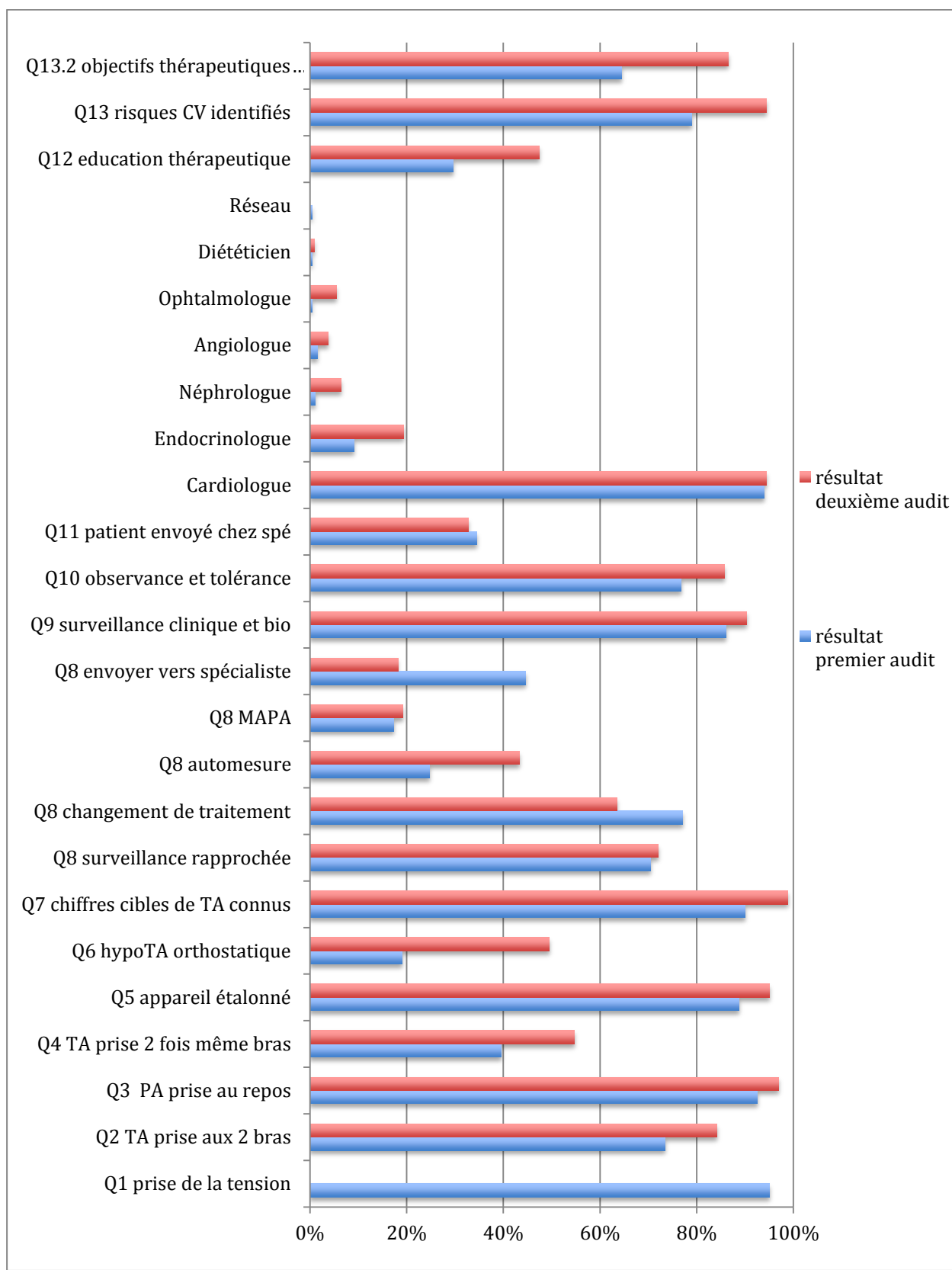


Figure 6 comparaison résultat 1er et 2ème audit (résultats exprimé en %de oui par rapport au total oui + non)

Voici le schéma comparatif des résultats des 2 audits réalisés chez les médecins arrageois c'est à dire ceux ayant reçu une formation et ayant participé à l'action d'amélioration.

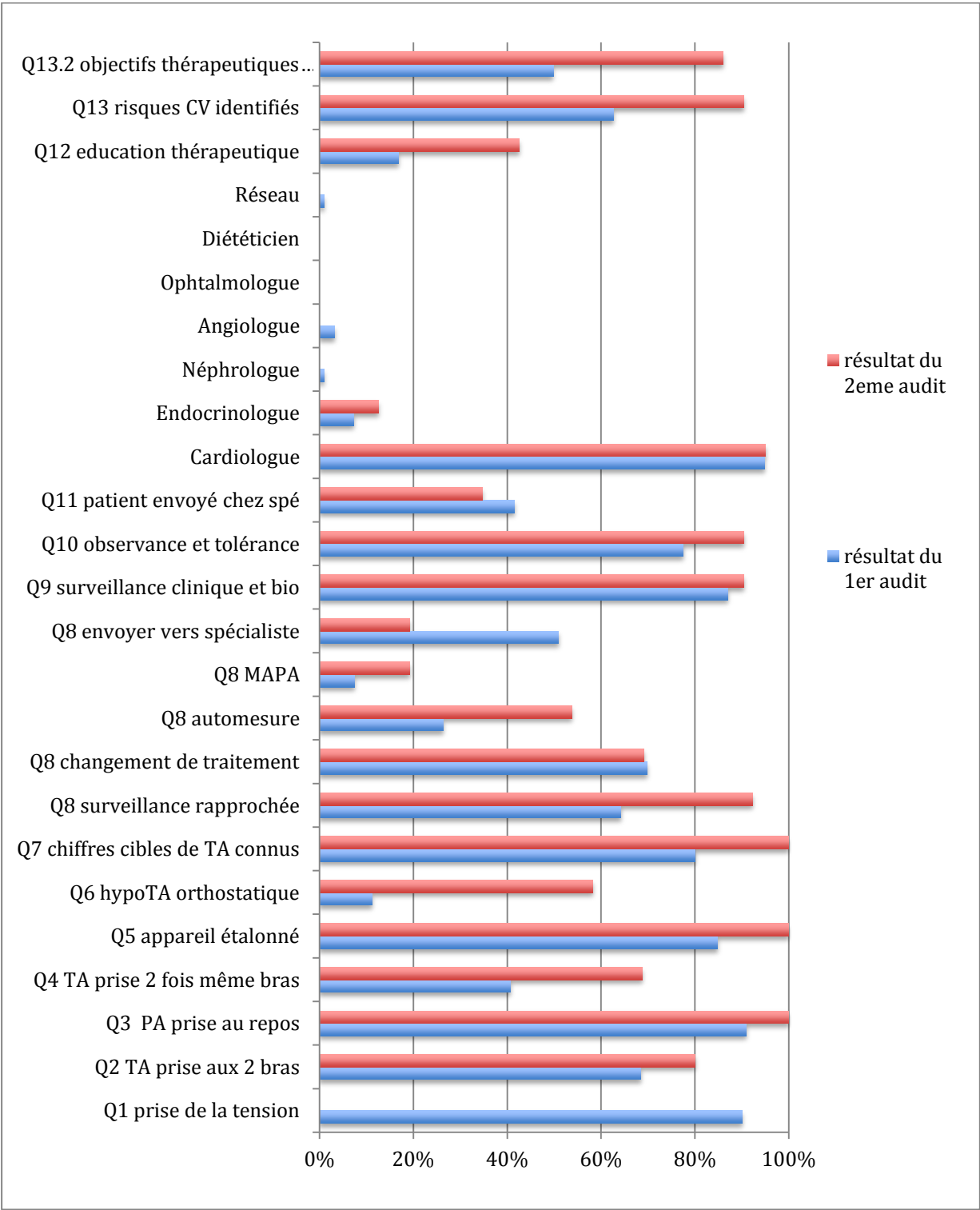


Figure 7: comparaison résultat 1er et 2ème audit Arras (résultats exprimé en % de "oui" par rapport au total de "oui + non")

Voici le schéma comparatif des résultats des 2 audits réalisés chez les médecins lillois c'est à dire ceux n'ayant pas reçu de formation et n'ayant pas participé à l'action d'amélioration.

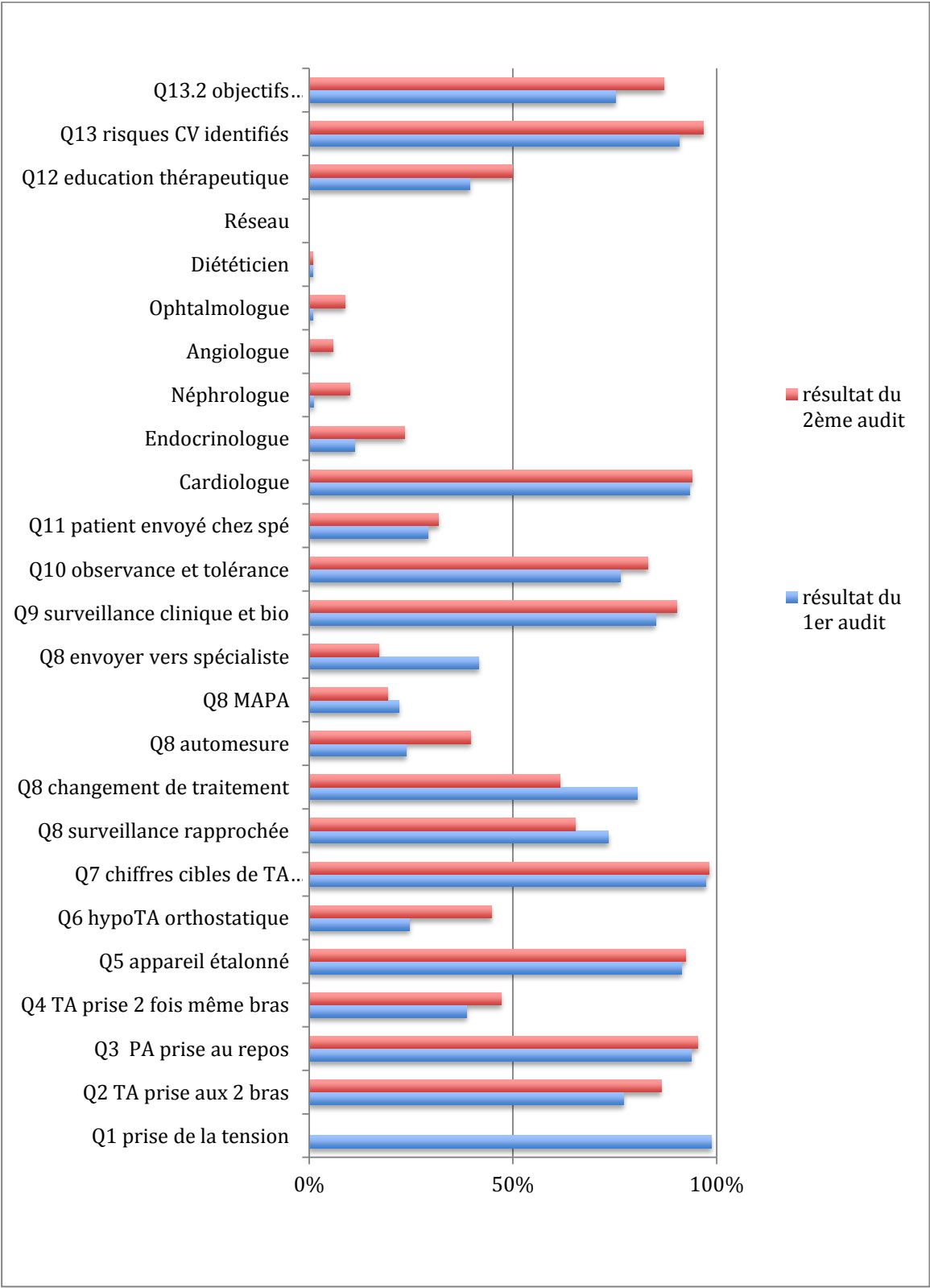


Figure 8: comparaison résultat 1er et 2ème audit Lille (résultats exprimé en % de "oui" par rapport au total de "oui + non")

F. EVALUATION DES RECOMMANDATIONS DE LA SFHTA 2011

Sur l'ensemble des médecins interrogés , 21 ont rendu le questionnaires d'évaluation des recommandations de la SF HTA 2011. Chaque recommandation était évalué selon 4 critères (précision, pertinence, applicabilité et correspondance à la pratique). En voici les résultats exprimés en pourcentage.

La recommandation est:	Precise et sans ambiguïté			pertinente			applicable			Correspond à la pratique		
	oui	non	Peut être	oui	non	Peut être	oui	non	Peut être	oui	non	Peut être
1. A La Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA) propose de privilégier la mesure électronique de la pression artérielle (PA) dans le cadre du diagnostic et du suivi des hypertendus.	57,1 %	14,3 %	28,6 %	38,1 %	28,6 %	33,3 %	33,3 %	19,1 %	47,6 %	9,5 %	66,6 %	23,8 %
1. B L'usage des appareils de bras est préférable à celui des appareils de poignet.	95,2 %		4,8 %	90,5 %		9,5 %	90,4 %	4,8 %	4,8 %	90,4 %	4,8 %	4,8 %
1. C En cas de rythme cardiaque irrégulier, les valeurs obtenues par mesure automatisée sont sujettes à caution.	76,2 %	4,8 %	19 %	76,2 %	4,8 %	19 %	52,4 %	9,5 %	38,1 %	57,2 %	9,5 %	33,3 %
2. A Avant toute mesure de la PA, il est nécessaire d'observer un repos d'au moins 5 minutes.	80,1 %	14,3 %	4,8 %	90,5 %	4,8 %	4,8 %	52,4 %	19 %	28,6 %	42,8 %	28,6 %	28,6 %
2. B En consultation, dans le cadre du diagnostic et du suivi des hypertendus, la mesure de la PA peut être réalisée en position assise ou couchée. La mesure en position debout dépiste l'hypotension orthostatique et doit être pratiquée lors du diagnostic de l'HTA, lors des modifications thérapeutiques, et lorsque la clinique est évocatrice.	80,1 %	4,8 %	14,3 %	76,2 %	9,5 %	14,3 %	42,8 %	14,3 %	42,8 %	28,6 %	23,8 %	47,6 %
3. A En ambulatoire, en auto mesure tensionnelle (AMT), les mesures sont recommandées en position assise avec trois mesures le matin au petit-déjeuner, trois mesures le soir au coucher, trois jours de suite (règle des 3).	90,5 %		9,5 %	90,4 %	4,8 %	4,8 %	66,6 %	14,3 %	19,1 %	61,9 %	19 %	19,1 %
3. B Un professionnel de santé doit au préalable faire au patient une démonstration d'AMT.	100 %			95,2 %		4,8 %	61,9 %	4,8 %	33,3 %	47,6 %	14,3 %	38,1 %
4. A La normalité tensionnelle en AMT ou en mesure ambulatoire de la PA (MAPA) est différente de la mesure au cabinet médical.	52,4 %	9,5 %	38,1 %	57,1 %	14,3 %	28,6 %	52,4 %	14,3 %	33,3 %	57,1 %	19,1 %	23,8 %

4. B Les valeurs normales au cabinet médical sont PAS < 140 et PAD < 90 mm Hg. Les valeurs normales en auto mesure ou pendant la période diurne de la mesure ambulatoire sont PAS < 135 et PAD < 85 mm Hg.	80,9 %	4,8%	14,3 %	71,4 %	9,5%	19,1 %	76,2 %		23,8 %	61,9 %	9,5%	28,6 %
4. C La MAPA est la seule méthode qui permet d'obtenir des PA pendant l'activité et le sommeil : les valeurs normales de nuit sont PAS <120 et PAD <70 mm Hg.	80,9 %	9,6%	9,5%	76,2 %	9,5%	14,3 %	47,6 %	14,3 %	38,1 %	52,4 %	23,8 %	23,8 %
5. Il est recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical pour confirmer l'HTA, avant le début du traitement antihypertenseur médicamenteux, en dehors de l'HTA sévère.	61,9 %	19,1 %	19%	61,9 %	14,3 %	23,8 %	38,1 %	38,1 %	23,8 %	28,6 %	38,1 %	33,3 %
6. Dans le cadre du suivi de l'hypertendu, il est recommandé d'utiliser une mesure en dehors du cabinet médical, en particulier lorsque la PA n'est pas contrôlée en consultation.	85,7 %		14,3 %	80,9 %		19,1 %	47,6 %	9,6%	42,8 %	42,8 %	14,4 %	42,8 %
7 . La MAPA est utile dans les situations suivantes: pour poser le diagnostic d'une HTA en l'absence d'AMT ; en cas de discordance entre la PA au cabinet médical et en AMT ; devant la constatation d'une PA normale et d'une atteinte des organes cibles ; en cas de suspicion d'hypotension artérielle	80,9 %	9,5%	9,6%	71,4 %	14,3 %	14,3 %	52,4 %	4,8%	42,8 %	28,6 %	14,3 %	57,1 %
8. A La reproductibilité de la mesure de la PA est meilleure en AMT et en MAPA qu'au cabinet médical.	57,1 %	23,8 %	19,1 %	42,8 %	23,8 %	33,4 %	38,1 %	23,8 %	38,1 %	23,8 %	33,4 %	42,8 %
8. B L'AMT et la MAPA sont plus fortement corrélées à l'atteinte des organes cibles (cœur, artères, reins) dans l'HTA que la mesure réalisée au cabinet médical.	66,6 %	9,6%	23,8 %	52,4 %	9,5%	38,1 %	42,8 %	14,4 %	42,8 %	33,3 %	14,3 %	52,4 %
9. A L'AMT et la MAPA permettent de diagnostiquer l'HTA blouse blanche (PA élevée au cabinet médical et normale en dehors).	90,5 %	9,5%		80,9 %	4,8%	14,3 %	71,4 %	4,8%	23,8 %	66,7 %	9,5%	23,8 %
9. B En cas d'HTA blouse blanche, un suivi au long cours sera réalisé pour dépister l'évolution vers l'HTA permanente.	76,2 %	4,8%	19%	71,4 %	4,8%	23,8 %	76,2 %	4,8%	19%	52,4 %	14,3 %	33,3 %

9. C L'HTA masquée est définie par une PA au cabinet médical normale associée à une PA élevée en dehors (AMT ou MAPA). En cas d'HTA masquée chez l'hypertendu traité, une intensification du traitement antihypertenseur est actuellement proposée.	80,9 %		19,1 %	71,4 %	4,8%	23,8 %	57,1 %	9,5%	33,4 %	57,1 %	38,1 %	4,8%
10. L'AMT et la MAPA apportent au médecin des informations qui doivent être prises en compte pour l'adaptation de la prise en charge thérapeutique : celle-ci doit être proposée par le médecin, sur la base des chiffres de PA mesurés en dehors du cabinet médical.	85,7 %		14,3 %	80,9 %	4,8%	14,3 %	61,9 %	9,5%	28,6 %	52,4 %	19%	28,6 %

Recommandation 1. A : On constate que l'utilisation de la mesure électronique dans le cadre du diagnostic et du suivi des hypertendus est une recommandation qui est jugée précise dans 57,1% des cas mais cette recommandation n'est pertinente et applicable que dans environ 30% des cas. Elle ne correspond pas à la pratique dans plus de 90% des cas.

Recommandation 1. B : L'utilisation des appareils à mesure humérale préférable à celui des appareils à mesure radiale est une recommandation jugée précise (95,2% de oui), pertinente (90,5% de oui), applicable (90,4% de oui) et correspondant à la pratique (90,4% de oui).

Recommandation 1. C : En cas de rythme cardiaque irrégulier, les valeurs obtenues par mesure automatisée sont sujettes à caution est une recommandation précise (76,2% de oui) et pertinente (76,2% de oui) mais applicable dans 52,4% des cas et correspond à la pratique dans 57,2% des cas.

Recommandation 2. A : Avant toute mesure de la PA, il est nécessaire d'observer un repos d'au moins 5 minutes. Il s'agit d'une recommandation précise (80,1% de oui) et pertinente (90,5% de oui), mais est applicable que dans 52,4% des cas et correspond à la pratique dans 42,8% des cas.

Recommandation 2. B : En consultation, dans le cadre du diagnostic et du suivi des hypertendus, la mesure de la PA peut être réalisée en position assise ou couchée. La mesure en position debout dépiste l'hypotension orthostatique et doit être pratiquée lors du diagnostic de l'HTA, lors des modifications thérapeutiques, et lorsque la clinique est évocatrice. Il s'agit d'une recommandation précise (80,1% de oui) et pertinente (76,2% de oui) mais est applicable que dans 42,8% des cas et correspond à la pratique dans 28,6% des cas.

Recommandation 3. A : En ambulatoire, en auto mesure tensionnelle (AMT), les mesures sont recommandées en position assise avec trois mesures le matin au petit-déjeuner, trois mesures le soir au coucher, trois jours de suite (règle des 3). Cette recommandation est précise (90,5% de oui) et pertinente (90,4% de oui), applicable à 66,6% et correspond à la pratique dans 61,9% des cas.

Recommandation 3. B : Un professionnel de santé doit au préalable faire au patient une démonstration d'AMT. Cette recommandation est précise (100% de oui), pertinente (95,2% de oui) , est applicable dans 61, 9% des cas et correspond à la pratique dans 47,6% des cas avec un non catégorique dans 14,3% des cas.

Recommandation 4. A : La normalité tensionnelle en AMT ou en mesure ambulatoire de la PA (MAPA) est différente de la mesure au cabinet médical. Cette recommandation est précise dans 52,4% des cas, pertinente dans 57,1% des cas avec 28,6% de « peut être ». Elle est applicable dans 52,4% des cas et correspond à la pratique dans 57,1% des cas.

Recommandation 4. B : Les valeurs normales au cabinet médical sont PAS < 140 et PAD < 90 mm Hg.

Les valeurs normales en auto mesure ou pendant la période diurne de la mesure ambulatoire sont PAS < 135 et PAD < 85 mm Hg. Cette recommandation est précise (80,9% de oui) pertinente (71,4% de oui) , semble applicable dans 72,2% des cas avec 0% de « NON » et correspond à la pratique dans 61,9% des cas.

Recommandation 4. C : La MAPA est la seule méthode qui permet d'obtenir des PA pendant l'activité et le sommeil : les valeurs normales de nuit sont PAS <120 et PAD <70 mm Hg. Cette recommandation est précise (80,9% de oui) pertinente (76,2% de oui), applicable dans 47,6% des cas et correspond à la pratique dans 52,4% des cas.

Recommandation 5. : Il est recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical pour confirmer l'HTA, avant le début du traitement antihypertenseur médicamenteux, en dehors de l'HTA sévère. Cette recommandation est précise (61,9% de oui) et pertinente (61,9% de oui) mais n'est applicable que dans 38,1% des cas. Elle correspond à la pratique dans 28,6% des cas.

Recommandation 6. : Dans le cadre du suivi de l'hypertendu, il est recommandé d'utiliser une mesure en dehors du cabinet médical, en particulier lorsque la PA n'est pas contrôlée en consultation. Cette recommandation est précise (85,7% de « oui »), pertinente (80,9% de oui), applicable dans 47,6% des cas (42,8% de « peut être » et 9,6% de « non »). Elle correspond à la pratique dans 42,8% des cas.

Recommandation 7 . : La MAPA est utile dans les situations suivantes: pour poser le diagnostic d'une HTA en l'absence d'AMT ; en cas de discordance entre la PA au cabinet médical et en AMT ; devant la constatation d'une PA normale et d'une atteinte des organes cibles ; en cas de suspicion d'hypotension artérielle. Cette recommandation est précise (80,9% de oui), pertinente (71,4% de « oui ») et applicable dans 52,4% des cas. Elle correspond à la pratique dans 26,8% des cas.

Recommandation 8. A : La reproductibilité de la mesure de la PA est meilleure en AMT et en MAPA qu'au cabinet médical. Cette recommandation est précise (57,1% de oui) et pertinente (42,8% de « oui »). Elle n'est applicable que dans seulement 38,1% des cas et ne correspond pas à la pratique dans 76,2% des cas.

Recommandation 8. B : L'AMT et la MAPA sont plus fortement corrélées à l'atteinte des organes cibles (cœur, artères, reins) dans l'HTA que la mesure réalisée au cabinet médical. Cette recommandation semble précise (66,6% de « oui ») La pertinence est mitigée avec un peu de plus de la moitié de « oui ». Elle est jugée applicable dans 42,8% des cas et ne correspond pas à la pratique dans 66,7% des cas

Recommandation 9. A : L'AMT et la MAPA permettent de diagnostiquer l'HTA blouse blanche (PA élevée au cabinet médical et normale en dehors). Cette recommandation semble précise (90,5% de « oui ») et pertinente (80,9% de « oui»). Elle est également applicable (71,4% de « oui ») et correspond à la pratique (66,7% de « oui »).

Recommandation 9. B : En cas d'HTA blouse blanche, un suivi au long cours sera réalisé pour dépister l'évolution vers l'HTA permanente. Cette recommandation semble précise (76,2% de « oui ») et pertinente (71,4% de « oui»). Elle est applicable (76,2% de « oui ») et elle correspond à la pratique (52,4% de « oui »).

Recommandation 9. C : L'HTA masquée est définie par une PA au cabinet médical normale, associée à une PA élevée à domicile (AMT ou MAPA). En cas d'HTA masquée chez l'hypertendu traité, une intensification du traitement antihypertenseur est actuellement proposée. Cette recommandation est jugée précise (80,9% de « oui ») et pertinente (71,4% de « oui»). Elle est également applicable (57,1% de « oui ») et correspond à la pratique (57,1% de « oui »).

Recommandation 10. : L'AMT et la MAPA apportent au médecin des informations qui doivent être prises en compte pour l'adaptation de la prise en charge thérapeutique : celle-ci doit être proposée par le médecin, sur la base des chiffres de PA mesurés en dehors du cabinet médical. Cette recommandation est jugée précise dans 85,7 cas sur 100. et pertinente (80,9% de « oui»). Elle est également applicable (61,9% de « oui ») et correspond à la pratique (52,4% de « oui »)

Voici le schéma qui reprend l'évaluation des recommandations de la SF HTA selon 4 critères (précis pertinent, applicable et correspondant à la pratique), par les médecins d'Arras et de Lille (21 médecins).

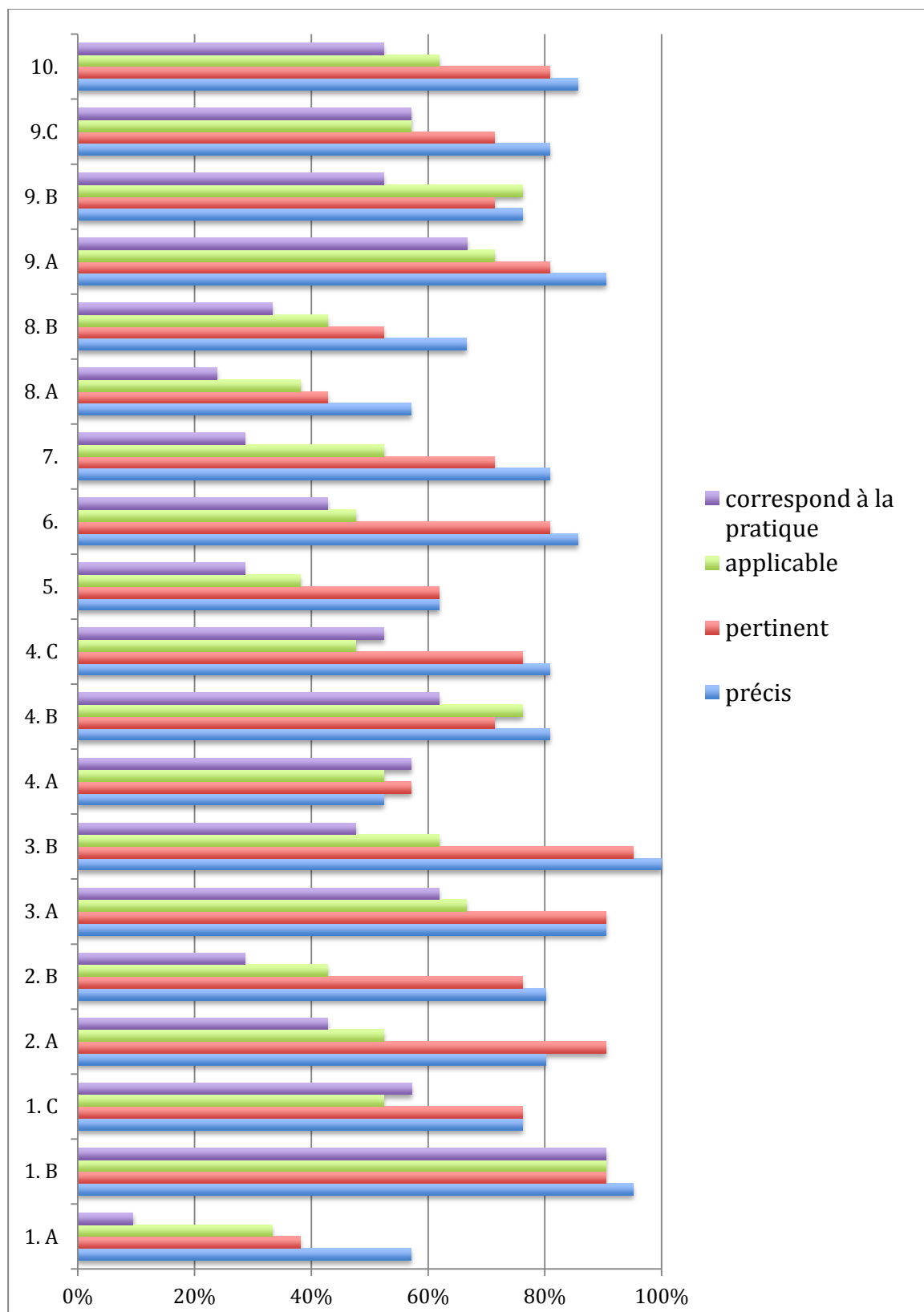


Figure 9 Évaluation des recommandations 2011 de la SF HTA exprimé en % de oui par rapport au total des oui+non +peut être.

IV. DISCUSSION

A. MÉTHODOLOGIE

1. CHOIX DE L'ÉCHANTILLON

Au 1er juin 2011, la région Nord-Pas-de-Calais recense 5760 médecins généralistes inscrits en activité régulière au tableau de l'Ordre des deux départements dont 36,6% de femmes. L'âge moyen des médecins est de 50 ans.³³

L'audit a été réalisé dans la région Nord Pas de Calais, sur un échantillon de 27 médecins généralistes libéraux dont 6 femmes soit 22,22%.

Ces médecins ont en moyenne 49 ans ce qui correspond à la moyenne régionale qui est de 50 ans et ont passé leur thèse en 1991, il s'agit donc de médecins ayant en moyenne 20 ans d'expérience. Le fait que le questionnaire soit anonyme a permis d'éviter la peur du jugement de valeur des médecins répondeurs.

Les médecins d'Arras ont été proposés par le docteur Patrick Fayolle. Ces médecins participent à la Formation Médicale Continue (FMC) d'Arras, ou travaillent régulièrement avec le docteur Patrick Fayolle sur différents sujets. Il s'agit donc ici d'un biais de recrutement. Ces médecins ont une curiosité et une motivation personnelle, car il nous fallait un échantillon de médecins qui tiennent la durée et ne s'essouffent pas au cours de l'audit.

Les médecins lillois ont été sélectionnés par mes soins. Ce sont principalement les médecins pour lesquels j'effectue régulièrement des remplacements. Il s'agit donc ici d'un échantillon plus aléatoire.

Ces deux groupes de médecins généralistes, installés en secteur libéral, ont accepté de participer bénévolement à cet audit.

Nous avons conscience qu'il s'agit vraisemblablement de médecins intéressés et motivés par le sujet. Il conviendra bien sûr d'être prudent sur l'extrapolation des résultats à l'ensemble des médecins généralistes des deux départements.

Tout ceci peut donc expliquer les bons résultats obtenus dès le premier audit. Mais notre attention se portera plus précisément sur la variation des résultats en phase 2 de l'audit.

Chaque médecin généraliste ayant répondu en moyenne pour 19 de ses patients, l'ensemble équivaut à 539 patients inclus dans l'audit, nombre élevé qui donne de la puissance à notre étude.

Les données recueillies de façon déclarative sont un reflet subjectif de la pratique des médecins généralistes ; elles n'ont donc pas la même valeur que les données recueillies de façon prospective, mais le but recherché était d'avoir un ordre de grandeur et non pas des chiffres précis.

2. PARTICIPATION À L'AUDIT

Il a été impossible d'effectuer une présentation unique du protocole d'audit à l'ensemble de tous les médecins, étant donné l'éloignement géographique, les disponibilités et le temps de chacun ainsi que l'impact financier.

Les médecins arrageois ont bénéficié d'une réunion commune alors que pour le groupe lillois, chaque médecin a été rencontré individuellement au sein de son cabinet médical.

Les objectifs présentés étaient :

- Améliorer les techniques de mesure de la pression artérielle au cabinet
- Améliorer le dépistage et l'évaluation de l'hypertension artérielle
- Sensibiliser à la réactivité thérapeutique à partir des pressions artérielles mesurées
- Rendre crédible la mesure de la pression artérielle en consultation et son résultat (un facteur de l'inertie thérapeutique est le doute qui pèse sur la signification de la mesure)

Chacun des 34 médecins a ensuite été contacté par téléphone, afin d'augmenter le taux de réponses. Les grilles d'audit renseignées ont été récupérées en main propre, par mail, par courrier ou par fax.

A la fin de la première grille (T0), il a été demandé à chaque médecin de s'auto évaluer (Annexe 3). Nous avons récupéré 27 grilles sur les 34 initialement distribuées(soit 79,4%).

Après la restitution des résultats au groupe de médecins arrageois, nous avons décidé ensemble, au cours d'une réunion, d'une action d'amélioration.

Le choix de l'action d'amélioration a été un exercice compliqué, certains médecins préféraient retenir l'utilisation d'un appareil étalonné et d'un brassard adapté à la morphologie du membre supérieur du patient, d'autres préféraient s'améliorer sur la définition des objectifs pour chacun de leur patient ou encore améliorer la participation du patient lors de décisions le concernant.

L'action retenue a été : « le dépistage d'une hypotension orthostatique chez les patients de plus de 65 ans et/ou diabétique 1 fois par an. »

A la suite de cette soirée, un courrier a été envoyé à chaque médecin arrageois (voir annexe 4), afin de redéfinir les critères de l'hypotension orthostatique³⁴ et d'insister sur l'intérêt de la rechercher chez les patients de plus de 65 ans et chez les diabétiques. Il leur a été expliqué que l'hypotension orthostatique pouvait être mise en évidence chez 20% de ces sujets parmi lesquels seulement un sur neuf est symptomatique.

Le but de s'intéresser à cet échantillon de patientèle en particulier, repose sur le fait que chez ces personnes, le risque de chutes, de syncopes, le nombre d'accidents vasculaires cérébraux et la mortalité sont plus importants.

L'origine multifactorielle de l'hypotension orthostatique est favorisée par certaines modifications liées à l'âge (système nerveux autonome, paroi artérielle), mais surtout par de nombreuses situations pathologiques au premier rang desquelles la pathologie iatrogène et l'hypertension artérielle, ou encore, l'anémie et la déshydratation, situations fréquentes en gériatrie, qui doivent d'ailleurs être systématiquement recherchées.

Ce travail de choix d'objectif d'amélioration des pratiques n'a pu être effectué chez les médecins lillois. Cependant lors de la récupération de chaque grille, chacun d'entre eux a été mis au courant de l'action d'amélioration décidée dans le groupe arrageois.

La formation sur les dernières recommandations concernant l'hypertension artérielle (SFHTA 2011), et sur « comment optimiser la prise en charge de nos hypertendus ? », dispensée par le Professeur Claire Mounier Véhier au groupe de médecins arrageois, n'a pu être proposée aux médecins lillois pour les mêmes raisons que celles citées précédemment (manque de temps, de disponibilité et impact financier). Mais cette faille nous a permis d'évaluer l'impact de notre formation, en comparant le groupe ayant reçu une formation et le groupe s'étant juste auto évalué.

Lors de la réalisation de la deuxième grille (T6), chaque médecin a été à nouveau contacté personnellement par téléphone. Des enveloppes timbrées ont été distribuées afin de motiver la participation et de faciliter la récupération des données.

Nous avons récupéré 21 grilles d'audit sur les 27, les médecins ont trouvé ce travail répétitif et chronophage.

Evolution du projet au cours du temps :

Le projet a évolué au cours de sa réalisation : le projet initial était de réaliser cet audit auprès des 11 médecins arrageois et chacun pour une trentaine de patients. Mais notre audit étant une évaluation du comportement du médecin, il nous a paru plus judicieux d'ouvrir cet audit à un plus grand nombre de candidats afin d'obtenir des résultats les plus représentatifs possible de l'ensemble des médecins généralistes mais aussi de diminuer leur charge de travail tout en espérant garder le même nombre de données à analyser au final.

Le travail demandé à chaque médecin était très important. A la fin de la deuxième grille d'évaluation, le nombre de patients inclus n'est donc pas celui prévu initialement. Dans un premier temps, nous pensions demandé à chaque médecin de réaliser les 2 grilles d'audit, pour 30 de leurs patients. Ceci aurait inclus, sur les 21 médecins finalisant l'audit, 630 patients alors que nous finalisons l'audit avec 329 patients. La distribution de la deuxième grille a provoqué certaines réticences de la part des médecins. D'autant que le questionnaire concernant l'évaluation des recommandations 2011 leur avait été demandé aussi. Ceci a rendu très difficile le recueil des données.

B. RÉSULTATS DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ

Voici l'analyse des données obtenues lors de l'audit clinique présentée par items qui regroupent parfois les réponses à plusieurs questions

1. MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

a) Présence de la Pression artérielle (PA) dans le dossier

Concernant la prise de la pression artérielle, on peut remarquer que les médecins la prennent dans plus de 90% des cas. La prise de la pression

artérielle est une étape incontournable de la consultation en médecine générale. Cette question n'a pas été redemandée lors de la deuxième évaluation car elle n'avait plus de sens. Il s'agissait d'évaluer la prise de la pression artérielle dans les 6 mois précédents l'audit.

b) Prise de la PA aux deux bras

Concernant la prise de la pression artérielle aux deux bras au cours de la dernière année, on note une amélioration statistiquement significative entre les deux évaluations dans les deux groupes de médecins. Le groupe arrageois passe de 68,4% à 80% ($p=0,0353$) et le groupe lillois passe de 77,2% à 86,4% ($p=0,0085$). On remarque également qu'il n'y a plus de différence entre les 2 groupes lors de la deuxième évaluation avec plus de 80% de bon résultats.

c) Prise de la PA au repos et assis

On retrouve également une différence significative, pour la prise de la pression artérielle au repos et assis dans le groupe arrageois entre les 2 évaluations passant de 90,9% lors de la première évaluation contre 100% de « oui » lors de la deuxième ($p=0,0008$). On note une différence significative entre le groupe arrageois (100%) et le groupe lillois (95,4%) ($p=0,0186$) lors de la deuxième évaluation, différence qui n'existait pas lors de la première.

Lors d'une réunion arrageoise, la question du repos couché a été soulevée. Plusieurs médecins ont noté une différence importante de la pression artérielle de leur patient en fonction de la position assise ou de la position couchée. En effet, plusieurs médecins retrouvant une pression artérielle trop élevée, c'est-à-dire supérieure à 140/90mm Hg au repos assis, allongent leur patient pendant 5 à 10 minutes et reprennent la pression artérielle. Si la pression artérielle est correcte, ils retiennent cette deuxième mesure de PA. Mais cette pression reflète-t-elle réellement les conditions de vie du patient à domicile?

Il s'agit ici de résultats déclaratifs, nous n'avons pas pu évaluer si la prise de la pression artérielle avait été effectuée de façon correcte : au repos assis, bras tendu et en appui au niveau du cœur, jambes non croisées et dos en appui sur le dossier.

d) Prise de la PA 2 fois sur le même bras

Concernant la prise de la PA 2 fois sur le même bras, on retrouve des résultats semblable à la question précédente : on retrouve une différence statistiquement significative entre les deux évaluations T0/T6 dans la population arrageoise (40% lors de la première évaluation versus 68,7% de « oui » lors de la deuxième. ($p < 0,0001$).

e) Impact de notre formation

On note une amélioration dans les deux groupes mais beaucoup plus importante dans le groupe arrageois. Nous pouvons constater que sur les 4 critères étudiés ci dessus, 3 retrouve nt une amélioration significative entre les 2 évaluations dans le groupe arrageois, contre seulement 1 dans le groupe lillois. On peut donc souligner l'importance de notre formation entre les deux phases évaluations.

2. MATÉRIEL UTILISÉ POUR MESURER LA PA

La question concernant l'utilisation des tensiomètres qui avait suscité beaucoup de débats lors d'une réunion arrageoise retrouve également une différence significative entre les 2 évaluations T0/T6 dans la population arrageoise en passant de 84,8% à 100% ($p < 0,0001$). La première phase retrouve une différence significative entre les deux populations de médecins. En effet, le groupe lillois utilisent plus d'appareils étalonnés et des brassards adaptés à la morphologie du patient dans plus de 90% des cas. Il s'agit ici de données déclaratives des médecins.

Cependant plusieurs médecins arrageois ont déclaré, lors d'une réunion, avoir acheté des appareils manométriques avec plusieurs brassards, adaptés pour les obèses mais aussi pour les enfants.

3. STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

a) Objectif tensionnel

Concernant la connaissance des chiffres cibles de la tension artérielle, on note une amélioration statistiquement significative dans le groupe arrageois entre les 2 évaluations passant de 80% à 100% avec $p = 0,0001$.

On peut noter qu'il existe une différence significative entre le groupe de Lille et d'Arras lors de la première évaluation. Le groupe lillois avait répondu correctement dans plus de 97,4% des cas. Ceci explique qu'il n'existe pas d'amélioration entre les deux phases pour ce groupe.

Il est important que le médecin connaisse les chiffres cible de son patient et qu'il les lui transmette. Plusieurs études ont montré que la connaissance de la PA cible par le patient entraînait un meilleur contrôle de sa PA.

Dans l'enquête Autoprov³⁵ (n=4538), 72,5% s'estimaient capables de juger eux-mêmes si leur HTA était contrôlée.

L'étude européenne EUROASPIRE III³⁶, réalisée en 2006-2007, chez des patients hospitalisés pour coronaropathie, a étudié les facteurs associés au contrôle de la PA et à la connaissance de la PA cible (valeur-seuil <140/90 mm Hg). Dans cette étude (n=7649), 49,4% avaient su donner la cible tensionnelle précise sous traitement. Parmi les 5594 patients avec un traitement spécifique de l'HTA, 51,4% avaient une connaissance précise des valeurs cibles de la PA. Dans cette l'étude, une relation positive était observée entre la connaissance de la PA cible et le contrôle de la PA et aussi entre les conseils hygiéno-diététiques. **Cette étude met l'accent sur la nécessité d'éduquer les patients atteints de MCV ou à risque d'évènement CV, dans la gestion de leur HTA et de leur FDRCV associés.**

L'enquête SHARE³⁷ (Supporting Hypertension Awareness and Research Europe-wide), réalisée en 2009, mettait l'accent sur les perceptions des médecins sur les objectifs de PA des recommandations ESH/ESC 2007 et les perceptions au sujet des niveaux de PA acceptables chez les patients hypertendus. Dans l'ensemble, les médecins avaient indiqué que, en moyenne, **52,6% de leurs patients avaient atteint les cibles recommandées** et trois quarts (77,4%) des médecins avaient dit qu'atteindre l'objectif tensionnel était en pratique un défi.

Lors de notre audit, très peu de médecins ont commenté les objectifs de PA. Quelques uns ont écrit qu'il s'agit de cibles purement théoriques mais qu'elles étaient nécessaires pour les guider.

Toujours dans **l'enquête SHARE³⁷**, la majorité des médecins déclarait que l'objectif de PA des recommandations 2007 ESH-ESC étaient «à peu près juste», alors que 5,4% les trouvaient «pas assez serré» et 18,2% «trop serré et pas réalisable ». Plus de médecins généralistes (22,5%) que de cardiologues (7,5%) ont estimé que l'objectif recommandé de PA était «trop serré et pas réalisable». Une minorité (19%) était satisfaite si la PAS dépassait 140 mm Hg et 7% étaient satisfaits si la PAD dépassait 90 mm Hg. Cette étude donnait 2 explications possibles de ces résultats. Soit ces médecins sous-estimaient l'augmentation du RCV associée à une PA au-dessus de la cible. Soit ces médecins étaient bien conscients que seule la moitié de leurs patients atteignait la cible, mais l'acceptaient, car ils avaient des difficultés à atteindre l'objectif en pratique.

b) Hypotension orthostatique

Concernant la recherche d'hypotension orthostatique chez les patients diabétiques et âgés, qui était notre action d'amélioration dans le groupe arrageois, on peut remarquer qu'il existe une amélioration significative entre les deux évaluations dans les deux populations de médecins passant de 19% lors de la première phase à 49,5% lors de la deuxième phase avec $p < 0,0001$. Il s'agit de la plus grande progression. Elle était ciblée et décidée par les médecins. L'adhésion à notre projet a été garant de sa réussite. Il existait une différence entre le groupe arrageois et lillois lors de la première phase en faveur de Lille. Cette tendance s'est inversée lors de la deuxième phase avec environ 60% de recherche d'hypotension orthostatique dans le groupe arrageois lors de la deuxième phase d'évaluation. Beaucoup de médecins nous ont rapporté qu'ils recherchaient l'hypotension orthostatique lorsque le patient avait présenté un malaise ou lorsque la clinique était évocatrice. Dans un premier temps, lors de la réunion où nous avons décidé notre action d'amélioration, les médecins étaient réticents à la recherche de façon systématique. Cette démarche était pour eux contraignante en terme de temps. De plus, ils ne voyaient pas forcément l'intérêt de la dépister chez des patients asymptomatiques. Beaucoup de médecins nous rappelaient le caractère pluridisciplinaire de la consultation. Tout ne peut pas être centré sur la prise de la tension artérielle. **Cependant lors de la deuxième évaluation, c'est un tout autre discours : ils ont retrouvé un bon nombre de test positif.**

Cette action d'amélioration a permis une prise de conscience de l'importance du dépistage de cette hypotension orthostatique chez le diabétique et les personnes âgées. Ceci met l'accent sur l'impact positif de notre formation ou de la décision collégiale.

4. ÉVALUATION DU PATIENT HYPERTENDU

a) Observance et tolérance

Concernant l'évaluation de la tolérance et de l'observance, une amélioration statistiquement significative entre les deux évaluations dans les 2 populations a été relevée.

Nous avons exposé et distribué aux médecins le test d'évaluation d'observance de X. Girerd et al³⁸(Annexe 2).

Beaucoup de médecins ayant participé à l'audit déclarent contrôler le nombre de boîtes de médicaments présentes lors des visites à domicile, ou s'appuient sur la fréquence des consultations en contrôlant avec leur outil informatique.

Notre questionnaire n'a pas permis d'évaluer l'observance et la tolérance, il s'agissait de résultats déclaratifs. Il n'y a eu que très peu de réponses relatives aux moyens d'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement.

Cependant, il en ressortait quelques commentaires :

- Les facteurs de mauvaise observance reconnus pour eux étaient principalement le manque de temps. Ils n'étaient pas en accord avec l'utilisation des questionnaires. Ils trouvaient que ces derniers déshumanisaient la consultation. Leur utilisation marquait un temps de pause dans la consultation.
- Quelques médecins imputaient la responsabilité de la non-observance à leurs patients : Les patients banalisent leur pathologie. Les patients manquent de confiance dans les traitements, souvent trop nombreux, proposés par les médecins.
- Ils imputaient également le problème des co-prescriptions : confusion très importante, surtout chez les personnes âgées mais également chez les plus jeunes.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à 50 % l'observance thérapeutique moyenne dans les pathologies chroniques.

Nos résultats sur l'observance étaient comparables à ceux de la thèse du docteur Julien Pelzer³⁹ en 2008, enquête prospective sur l'observance thérapeutique auprès de 64 médecins généralistes tirés au sort dans le département du Nord. 71.4 % d'entre eux surévaluaient l'observance dans les pathologies chroniques. Les trois principaux facteurs d'observance pour eux étaient les troubles de la mémoire, la présence d'effets secondaires et le fait que l'hypertension soit une pathologie silencieuse. Sept facteurs parmi les neuf les moins importants à leurs yeux sont imputables aux soignants. 35.9 % ne se sentaient pas responsables de l'inobservance chez leur patient et l'observance n'était pas un problème majeur pour 31.3 % d'entre eux. Enfin, 65.1% ne connaissaient pas la définition de l'HTA donnée par la HAS, soit 140/90mmHg. Pour déterminer l'observance, 61 % posaient la question du suivi du traitement à leurs patients, 61 % recomptaient les boîtes en visite à domicile et 95 % surveillaient la prescription grâce à leur dossier informatique. Un seul généraliste utilisait un questionnaire d'observance, mais ils étaient 41.3 % à penser que cela pourrait leur être utile.

Selon la thèse en 2008 du docteur Jean-François Masson⁴⁰ sur les déterminants de l'observance thérapeutique, plusieurs déterminants ont été associés à une différence significative d'observance. Deux déterminants améliorent nettement l'observance : l'âge et les connaissances sur la maladie. Les trois autres diminuent l'observance : avoir des pensées négatives, penser avoir trop de médicaments et trouver son traitement contraignant.

Tout ceci doit être recherché par le médecin généraliste. Dans la thèse du Docteur Amélie Magnier⁴¹ soutenue en 2012 sur l'impact des ateliers du circuit d'Éducation Thérapeutique HTA Vasc sur la prise en charge des patients à haut risque cardio-vasculaire, l'implication du médecin généraliste dans leur prise en charge, était jugée satisfaisante par 69,9% (n=51) des patients. Un quart de la population souhaiterait une implication plus forte de son médecin généraliste.

Pour favoriser l'observance, il faut personnaliser les décisions thérapeutiques et rechercher l'intégration optimale du traitement par le patient, soit une adhésion active.

b) Éducation thérapeutique

Concernant le recours à l'éducation thérapeutique du patient (ETP), on note un delta d'amélioration statistiquement significatif dans les deux groupes. Il existe une très nette augmentation dans le groupe arrageois en passant de 16,9% lors de la première évaluation à 42,6% lors de la deuxième $p < 0,0001$.

Lors de notre formation, nous avons fortement insisté sur l'intérêt de l'éducation thérapeutique, en leur expliquant qu'elle était une aide aux médecins. Le médecin n'est pas seul dans son cabinet, il doit savoir déléguer son travail.

La finalité de l'éducation thérapeutique du patient doit permettre au patient d'acquérir et de conserver les capacités et compétences pour l'aider à vivre mieux avec sa maladie chronique. Cette chronicité est synonyme d'irréversibilité de la maladie, l'idée de guérison doit être abandonnée, mais en donnant néanmoins des messages positifs, où le patient ne subit pas sa maladie et devient acteur partenaire, pour contribuer à l'amélioration de sa qualité de vie et vivre mieux le plus longtemps possible.

On peut remarquer qu'il existe une discordance entre les résultats des questions 11 et 12. En effet, à la question: « avez-vous préconisé une action d'éducation thérapeutique ? », on retrouve 29,7% de « oui » mais à

la question : « vers quels spécialistes avez-vous orientés vos patients ? », on retrouve 0,5% de réponses « réseau ». Ceci peut s'expliquer par le fait que la question concernant l'orientation vers un spécialiste est une question ouverte. Aucun médecin n'a précisé la forme de l'ETP préconisée. Il peut s'agir d'une ETP réalisée par le médecin lui-même.

Une fois le programme d'ETP terminé via des réseaux, tel qu'HTA Vasc dans le Nord Pas-de-Calais, le médecin généraliste doit poursuivre l'action éducative entreprise par l'association et rester vigilant sur d'éventuels signes de découragement de son patient. Il est fondamental de bien évaluer le niveau motivationnel initial du patient, car il est lié au risque de découragement ultérieur. Poursuivre seul le travail d'accompagnement éducatif peut paraître fastidieux pour un médecin généraliste, mais un patient « éduqué » et motivé pourra aussi accompagner son médecin généraliste dans son suivi personnalisé. L'ETP donne au patient les moyens de partager les décisions de santé qui le concernent et favorise le dialogue dans la relation médecin-malade.⁴²

5. TENUE DU DOSSIER

Concernant la tenue du dossier, on remarque une amélioration significative dans les 2 groupes entre T0 et T6. Les facteurs de risque cardio vasculaire notés dans le groupe arrageois sont passés de 62,7% à 90,4% ($p < 0,0001$) et dans le groupe lillois sont passés de 90,9% à 96,7% ($p = 0,0089$). Les objectifs thérapeutiques ont été identifiés dans plus de 85% des cas lors de la deuxième évaluation dans les 2 groupes de médecins.

6. BÉNÉFICE DE NOTRE FORMATION

Lors de l'audit clinique ciblé, les médecins arrageois se sont améliorés sur 9 critères de façon significatifs sur les 11 réellement étudiés, et les médecins lillois se sont améliorés sur 5 critères. Ceci nous montre l'intérêt de notre démarche dans sa globalité (avec ou sans formation). Mais également l'intérêt de notre formation entre les deux évaluations.

En sachant que les deux groupes ne se sont pas modifiés sur le recours aux spécialistes. Or notre étude s'intéressait à tous les patients hypertendus de

plus de 18 ans (faible risque cardio vasculaire inclus). Les recommandations HAS 2005 nous disent que la détection, l'évaluation, la prise en charge et le suivi du patient hypertendu sont du domaine du médecin généraliste et dans un certain nombre de cas, le médecin est amené à recourir à un avis auprès d'un médecin spécialisé.

Tout au long de cette expérimentation, les professionnels nous ont fait part de leur intérêt pour la démarche, de l'avancée de leur projet mais aussi des problèmes de délais rencontrés pour permettre l'amélioration des critères, l'HTA n'étant pas leur seul intérêt. Cette réflexion sur chaque pratique individuelle est profitable car elle induit un changement d'attitude dans la « routine » du fonctionnement.

A l'issue de cette audit, nous pouvons nous poser les questions suivantes :

- Pourquoi les médecins généralistes ne respectaient-ils pas scrupuleusement les recommandations ?
- Les recommandations répondaient-elles à leur pratiques quotidiennes ?

Les médecins ont une connaissance des recommandations, en revanche, ils disaient avoir des difficultés à les appliquer.

L'étude prospective et observationnelle européenne SHARE³⁷ qui porte sur les pratiques de prise en charge de l'HTA de 2629 médecins, dont 496 cardiologues et 1563 médecins généralistes, ayant en majorité plus de 10 années d'expérience, a montré que la majorité des cardiologues (83%) et des médecins généralistes (74%) estiment que les objectifs thérapeutiques de la pression artérielle ne sont pas trop stricts, mais qu'ils restent souvent difficile à atteindre (respectivement 75% et 81%). Beaucoup de médecins ne se contraignent pas à les atteindre.

Nos médecins dénonçaient le fait que les recommandations mettent en avant des actes techniques codifiés, alors que la pratique en médecine générale, dans le suivi global du patient, privilégie la prescription de médicaments et la dimension relationnelle.

Leurs avis étaient que les recommandations ne prenaient pas en compte les caractéristiques propres de cette relation médecin-malade. Le médecin généraliste est contraint à mettre en place des stratégies d'ajustement. Il revendique une prise en charge globale du patient et doit établir des priorités.

Un médecin avait déclaré au cours de nos soirées : "Pourquoi faire des examens de contrôle recommandés, si les patients ne respectent pas les règles hygiéno-diététiques?"

Chaque prescription varie en fonction des caractéristiques spécifiques de chaque patient et chaque médecin. Il en résulte donc une multitude de pratiques, s'éloignant plus ou moins des recommandations.

L'audit clinique ciblé est donc un outil affiné au contact des professionnels de terrain qui est mis à disposition des professionnels de santé, adapté à la médecine libérale.

C. CONCERNANT LES RECOMMANDATIONS 2011

1. MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET APPAREIL ÉLECTRONIQUE

a) Médecin généraliste et fiabilité de la mesure en AMT

Lors de notre évaluation des nouvelles recommandations établies par la SFHTA, les médecins ne privilégient pas la mesure électronique de la pression artérielle dans le cadre du diagnostic et du suivi (recommandation 1.A). Pour l'instant, le médecin reste attaché à la prise de tension manuelle (avec seulement 9,5% de médecins utilisateurs d'appareil électronique). Ils trouvent cette recommandation applicable dans 33,3% des cas mais seulement 19,1% y sont complètement opposés.

Les arguments avancés sont:

- les appareils électroniques sont peu fiables
- ils ont besoin d'étalonnage fréquent rarement réalisé.
- Ils sont trop fragiles à transporter en visite à domicile, avec les différences de température
- Il s'agit d'un équipement supplémentaire qui a un impact financier.

La recommandation 8.A concernant la reproductibilité de la mesure de la PA meilleure en AMT et MAPA qu'au cabinet en est la preuve. Environ 60% des médecins ne trouvent pas cette recommandation pertinente. Beaucoup pensent que les appareils ne sont pas encore assez performants.

Les médecins interrogés ne semblent pas adhérer à la recommandation 8 B concernant la corrélation de l'AMT et de la MAPA aux organes cibles, avec seulement 50% d'entre eux qui trouvent cette recommandation pertinente. Elle correspond à la pratique dans 30% des cas.

Certains médecins lors de notre étude travaillant en groupe se sont prêtés à une expérience : ils ont rassemblé tous les appareils électroniques qu'ils avaient au cabinet et ont pris plusieurs fois leur tension. Le résultat est décevant, d'un appareil à l'autre, les résultats sont assez différents, mais surtout ils sont différents entre deux mesures successives sur le même appareil. Tous les médecins sont unanimes, l'appareil électronique n'est pas pour eux un appareil fiable. « On est limité par nos appareils ... » a déclaré un des médecins.

En France, peu d'enquêtes ont été conduites pour évaluer la pratique de l'AMT en médecine générale. Toutefois, il en ressort un constat évident : l'AMT rencontre des difficultés à s'implanter et les facteurs limitant en cause ne sont pas clairement identifiés à ce jour. Trois enquêtes décrivent cet état.

La première, menée en 2004, à l'échelle nationale, **l'étude «MEGAMET»⁴³** (Médecin Généraliste et Auto Mesure Tensionnelle ; enquête nationale téléphonique auprès de 541 médecins généralistes) conclut que la pratique de l'AMT par les médecins généralistes français était peu répandue et que le respect des recommandations restait médiocre. Les résultats précisent que 70% des médecins généralistes utilisent l'AMT; 35% rarement ou exceptionnellement, 35% souvent ou le plus souvent possible.

La deuxième étude⁴⁴, départementale, réalisée en 2007 auprès de médecins généralistes libéraux (enquête par questionnaire adressé à 200 médecins de Loire Atlantique et 100 médecins de Vendée, 214 réponses) confirme l'acceptation de l'AMT en soins primaires et la bonne diffusion des recommandations : 65 % des praticiens considèrent la méthode comme indispensable, et 78,5 % ont connaissance des recommandations de l'HAS 2005. Toutefois, en pratique, seule la moitié (53 %) des médecins met à disposition de leurs patients un appareil d'auto-mesure et parmi eux seul 42 % proposent un protocole de mesure validé.

Enfin, **selon l'enquête FLAHS⁴⁵** 2010, menée sur un échantillon représentatif de 3718 individus âgés de plus de 35 ans vivant en France métropolitaine, 36 % des sujets traités et 11 % des personnes sans traitement antihypertenseur possède un auto-tensiomètre. Chez l'hypertendu traité, la possession de cet appareil est plus fréquente chez les sujets âgés de plus de 65 ans (41%) que chez ceux de moins de 65 ans (30%). Un tiers des sujets non traités qui possède un appareil dépasse les valeurs seuils : cette importante proportion incite à faire préciser par d'autres enquêtes l'impact de la possession d'un appareil d'auto-mesure sur le dépistage de l'HTA.

b) Technique de mesure de la PA

Pour que la mesure de la PA soit fiable et informative, il faut qu'elle soit réalisée avec rigueur.

Tout d'abord, il est nécessaire d'observer un temps de repos d'au moins 5 minutes avant chaque prise de tension (recommandation 2. A). Les résultats de l'évaluation sont surprenants. Les médecins trouvent cette recommandation précise dans 80,1% des cas, pertinente dans 90,5% des cas mais seulement 52,4% des médecins la trouvent applicable. En pratique, les médecins l'utilisent dans 42,8% des cas. Pour quelles raisons sont-ils convaincus de sa pertinence alors qu'ils déclarent ne l'utiliser que dans moins de 1 cas sur 2 ? Le manque de temps est la raison avancée par les médecins.

Cependant, nous pouvons observer une différence de résultats entre cette évaluation et notre audit réalisé précédemment.

En effet, lors de la 2^{ème} grille audit, cette mesure est appliquée dans 96,9% des cas.

Concernant la prise de la PA en position assise ou coucher, (recommandation 2.B), 80,1% des médecins la trouvent précise et 76,2% la trouvent pertinente. 42,8% la trouvent applicable et elle correspond à leur pratique dans 28,6% des cas. Il s'agit d'une recommandation que l'on a déjà développé ci-dessus. Les médecins dans cette évaluation apportent les mêmes arguments.

En revanche, la recommandation qui privilégie les appareils de bras par rapport à ceux du poignet est une recommandation qui semble acceptée sur tous les points. Elle est précise, pertinente, applicable et correspond à la pratique.

L'enquête FLASH 2010⁴⁵, citée précédemment, montre également que 61% des patients traités possèdent un brassard poignet et 54% des patients non traités et seulement 25% des patients traités possèdent un brassard huméral et 34% des patients non traités. La recommandation 1.B nous demande de privilégier la mesure humérale. Ceci peut renforcer les résultats de notre questionnaire et le fait que nos médecins n'appliquent pas beaucoup d'auto mesure. Cependant ils semblent convaincus de la nécessité d'utiliser des brassards huméraux (nos médecins lors de notre questionnaire sont à plus de 90% favorable).

Cependant, un de nos médecins a soulevé le problème des brassards. En effet, la quasi-totalité des appareils vendus en France sont livrés avec un brassard « standard » adapté aux circonférences de bras inférieurs à 33 cm.

Or, plus d'un tiers des hypertendus présentent une surcharge pondérale et une circonférence de bras rendant nécessaire l'usage d'un brassard « gros bras ». Une étude⁴⁶ a rappelé que la mesure de la PA avec un brassard standard chez un sujet présentant une circonférence de bras > 33 cm surestimait la PAS en moyenne de 15 mm Hg. Cependant il existe aujourd'hui, des tensiomètres à poires détachables, à laquelle on peut adapter le type de brassard que l'on veut. Il s'agit d'un kit de marque, validée.

c) Intérêt de l'AMT et MAPA

Les avantages de la mesure de pression artérielle en dehors du cabinet de consultation sont multiples.

Cette approche permet :

1. de confirmer une élévation de pression artérielle détectée.
2. de détecter une hypertension masquée qui peut entraîner des complications cardio-vasculaires.
3. d'améliorer l'efficacité thérapeutique en stimulant l'adhésion au traitement.
4. d'améliorer aussi la compréhension de symptômes en relation avec des traitements médicamenteux (par exemple hypotension).

Nous pouvons espérer améliorer ainsi le contrôle tensionnel qui reste insuffisant à travers le monde.

L'étude SHEAF (Self measurement of blood pressure at Home in the Elderly: Assessment and Follow-up) réalisée chez des sujets âgés de 70 ans en moyenne, a démontré l'intérêt de l'auto-mesure dans la mise au point du pronostic cardio-vasculaire⁴⁷. Ceci vient d'ailleurs d'être confirmé chez des sujets plus jeunes : le niveau tensionnel rapporté en auto-mesure est très bien corrélé à l'atteinte des organes-cibles de l'hypertension artérielle⁴⁸.

La prévalence de l'HTA « blouse-blanche » varie entre 20 à 30 % dans la population générale et chez les hypertendus. Cette situation est plus particulièrement suspectée lorsque la PA clinique est comprise entre 140-159/90-99 mm Hg, qu'il s'agisse d'une femme non fumeuse, que le diagnostic d'HTA ait été porté récemment sans nombre suffisant de mesures, et qu'il n'y ait pas d'atteinte des organes cibles, notamment, d'hypertrophie ventriculaire gauche.

Chez ces patients, le risque d'évoluer vers une HTA permanente est supérieur à celui de la population générale; il est donc recommandé de surveiller étroitement leur PA les 3-6 premiers mois au début, puis tous les ans.

L'HTA masquée est de découverte plus récente. Sa prévalence est de l'ordre de 10 à 20 % en population générale étiquetée « normo-tendue » par la mesure clinique. Cette situation doit être plus particulièrement suspectée en cas de contrôle tensionnel clinique proche du seuil (130-139/80-89 mm Hg) chez les hommes, fumeurs, et en cas d'atteinte des organes cibles.

Nous avons vu que la place de l'auto-mesure n'est pas encore homogène et acceptée par tous.

Cependant l'AMT et la MAPA montrent ici tous leurs intérêts. En effet la recommandation 9 divisée en 3 catégories, concernant l'HTA « blouse blanche » et l'HTA « masquée », semble pertinente et applicable dans près de 70% des cas. Elle correspond à la pratique dans environ 60% des cas.

Ces techniques permettent le dépistage de l'hypertension en consultation. Elles offrent en outre l'avantage de contrôler à domicile l'équilibre tensionnel soit lors de règles hygiéno-diététiques, soit lors d'un traitement médicamenteux.

Comme pour le diabète, cette auto-mesure de la tension artérielle à domicile permettrait au patient une meilleure prise de conscience de son risque cardio vasculaire par le biais de ses valeurs de pression artérielle. Elle participerait ainsi à une prise en charge peut être plus globale de tous ses facteurs de risque après une éducation expliquant le risque lié à une hypertension artérielle et l'association fréquente de cette hypertension à d'autres facteurs de risque cardio vasculaire. Cela fait partie des apprentissages lors des séances d'éducatives thérapeutiques.

La MAPA, réalisée au début du suivi d'un patient hypertendu, est plus prédictive du risque cardio-vasculaire ultérieur que la mesure de la PA au cabinet de consultation⁴⁹.

L'auto-mesure et la MAPA permettent d'améliorer la précision de la mesure et renforcent donc l'impact sur la prise en charge de la TA. Elles permettent de se rapprocher de la « vraie » valeur de la PA du patient.

2. LES FACTEURS LIMITANTS L'UTILISATION DES RECOMMANDATIONS

Quelques arguments émanant des questionnaires limitent l'appropriation de ces recommandations:

- Attachement des médecins à leur mesure conventionnelle

- Investissement financier: achat du matériel par le médecin, ou achat du matériel par le patient.
- Manque de formation des médecins
- Éducation du patient difficile à réaliser
- Contre-indications importantes: technique électronique non réalisable chez les anxieux (appel récurrent au cabinet), chez les obèses, chez les patients en arythmie atriale.
- Patient incapables de réaliser l'AMT.

a) **Attachement à la mesure conventionnelle.**

Les MG sont favorables à l'AMT, recommandée pour la pratique quotidienne, mais ils ne semblent pas prêts à déléguer au patient l'acte le plus symbolique de la consultation médicale. En effet comme nous l'avons vu, seulement 9,5% des MG se réfèrent exclusivement à une AMT.

De même, la SF HTA recommande d'utiliser l'AMT avant le début du traitement pour confirmer l'HTA (recommandation 5) et dans le cadre du suivi (recommandation 6). Ces dernières leur semblent précises et pertinentes dans environ 70% à 80% des cas, mais ne sont applicables et ne correspondent à la pratique que dans 1 cas sur 3 voire 1 cas sur 2

L'attachement des MG à la mesure conventionnelle avec la méthode auscultatoire est multifactorielle :

- D'un point de vue consensuel, cette méthode est considérée comme la méthode de référence traditionnelle d'après les recommandations¹².

- D'après la démographie médicale, l'âge moyen des MG du département est de 50 ans³³. Nous disposons d'une génération de médecins qui a bénéficié d'une formation initiale fondée exclusivement sur la mesure casuelle pour la mesure clinique de la PA.

- D'un point de vue philosophique, dans sa relation avec le patient, le MG ne souhaite pas couper le cordon ombilical médecin-malade représenté par la mesure conventionnelle de la PA. A ce sujet, l'étude de C. Kerdrain-Deridder sur les croyances et les connaissances de la mesure de la PA au cabinet du MG soutient que l'acte de la mesure casuelle a plus de valeur symbolique pour le médecin que pour le patient⁵⁰.

On peut s'interroger sur les conséquences de l'absence de prise en charge des appareils automatiques par la Sécurité Sociale. Le travail de J. Michenaud révèlent que 58 % des MG qui ne possèdent pas d'appareils de mesure électroniques ne sont pas prêts à en acheter pour le mettre à disposition de leurs patients, principalement pour des raisons de prix⁴⁴. Les méthodes auscultatoires restent alors privilégiées.

b) Manque de formation des médecins

Notre questionnaire met en évidence un manque de formation des MG à l'utilisation de l'AMT.

Au sujet des appareils de mesure, plusieurs médecins n'ont pas connaissance d'une liste d'appareils homologués par l'ANSM. Notre étude n'a pas permis de chiffrer cette déclaration, l'étude MEGAMET⁴³ a mis en évidence que seulement 35 % des médecins en avaient connaissance.

De plus, la possession d'un appareil n'est pas toujours synonyme de bon usage. Selon J. BOIVIN et al, en 2009, malgré l'utilisation croissante de l'auto-mesure, la méthodologie employée par les soignants restait éloignée de celle préconisée par les recommandations ; Seulement 11% des médecins utilisateurs de l'auto-mesure faisaient effectuer à leurs patients au moins 3 jours de mesure avec un tensiomètre équipé d'un brassard huméral, et calculaient la moyenne des 18 mesures.⁵¹

Cependant la thèse du docteur Magnier Amélie⁴¹, sur l'évaluation à distance de l'impact des ateliers du circuit d'éducation thérapeutique HTA Vasc, montre l'importance et les bienfaits de l'apprentissage en ETP sur la prise en charge de l'HTA. En effet, après ETP, 84,7% des patients de la population (n=73) étaient parvenus à la cible tensionnelle : l'objectif 2015 de la SFHTA (70% d'hypertendus contrôlés) était donc atteint. La participation au programme HTA Vasc, a permis d'optimiser la prise en charge médicamenteuse de ces patients à haut RCV et de lutter contre l'inertie thérapeutique. L'optimisation de la prise en charge thérapeutique montrait également une pérennisation du maintien de l'objectif tensionnel à distance des ateliers.

Concernant les objectifs à atteindre pour chaque patient, beaucoup de médecins ne connaissent pas les cibles par rapport à la méthode utilisée. En effet, la recommandation 4.A, concernant la normalité de la TA en AMT, retrouve des résultats mitigés. Tous les critères étudiés sont approuvés dans une proportion de 50% à 60%. Pour les médecins, il existe une hyper variabilité de la TA, la différence de 5mmHg pour la PAS et PAD, n'est finalement pas significative pour eux.

Les recommandations 4.B et 4.C semblent avoir apporté une information à nos médecins qui trouvent ces recommandations précises, pertinentes et applicables dans 75 % des cas mais elles correspondent à leur pratique que dans 60% des cas. D'aucuns ont trouvé ces recommandations purement théoriques. Plusieurs médecins ont trouvé ces cibles difficiles à atteindre.

Les recommandations sur l'hypertension artérielle et donc les valeurs

cibles n'ont cessé d'évoluer ces dernières années. Les médecins ont déclaré ne plus savoir à quoi s'en tenir.

c) Éducation du patient en pratique quotidienne

L'éducation du patient à l'AMT semble problématique pour le MG.

- **Le facteur temps**

L'apprentissage du patient à l'AMT est une nouvelle tâche chronophage qui lui incombe. Dans notre enquête, le manque de temps était le principal facteur limitant de l'éducation.

En France la durée moyenne des consultations en médecine générale est de l'ordre de 16 minutes⁵². On peut donc s'interroger sur la faisabilité et la qualité de l'éducation du patient lors d'une consultation au quotidien.

La Coalition Canadienne pour la prévention et le contrôle de l'HTA estimait à 20 minutes la durée d'une première éducation⁵². Lors de notre questionnaire à la recommandation 3.A relative à « la règle des 3 », les médecins déclarent cette recommandation précise et pertinente dans plus de 90% des cas. Elle est applicable et correspond à la pratique dans 2 cas sur 3.

Cependant, seul un médecin sur deux réalise une démonstration de l'AMT (recommandation 3.B) à son patient alors que cette recommandation leur semble précise et pertinente dans plus de 95% des cas. Elle semble être applicable dans 3 cas sur 5. Les médecins avancent le problème de temps.

- **Compréhension de certain patient**

Dans notre enquête, pour beaucoup de MG, la prise en charge de la prise de la PA par le patient semble perçue comme un facteur limitant. Les MG ont exprimé un doute sur la fiabilité du patient avec la crainte d'un non respect du protocole de mesure.

Un des médecins déclare : « Beaucoup de patients se trompent en réécrivant les chiffres de leur TA de leur tensiomètre qui parle en mm Hg. Ils ne sont pas habitués car si dans les dossiers médicaux nous parlons en mm Hg, dans le langage oral, nous parlons en cm Hg. »

Cependant la faisabilité de la méthode par le patient a été démontrée⁵⁴⁻⁵⁵.

Dans l'étude de G.Bobrie de 1993⁵⁶, lorsque l'AMT était proposée par des médecins formés, 70 % des patients réalisaient plus de 80 % des mesures demandées.

Dans l'étude SHEAF de 2004⁴⁷ plus de 90 % des patients respectaient la technique et les protocoles de mesure après éducation.

L'auto mesure est la méthode préférée des patients, si bien que, dans une large proportion, les hypertendus s'équipent d'eux-mêmes d'appareils d'auto mesure sans en parler à leur médecin.

Il est souhaitable d'interroger systématiquement les patients sur leur équipement (qui doit être validé), leur pratique et leurs résultats.

Le manque de confiance exprimé par les MG au cours de cette étude sur les recommandations de la SF HTA 2011 met en évidence un défaut de connaissance de l'AMT et de formation à la méthode. Les difficultés de compréhension du patient liées à l'âge, à la langue, au niveau intellectuel semblent aussi problématiques pour le MG, mais par ailleurs il s'agit de contre-indications à l'AMT.

d) Contre-indications à l'AMT

-Angoisse-anxiété

Certains médecins rapportent le fait que l'auto-mesure pouvait être chez quelques uns de leur patient une source d'angoisse. Ces effets anxiogènes restent problématiques pour les MG, selon l'étude MEGAMET³⁸, il s'agit là, de la première cause de non- prescription de la méthode.

Cette opinion des médecins n'est pas totalement justifiée d'après les résultats d'enquêtes sur l'AMT menées auprès des patients.

Dans l'étude anglaise de R.J.McManus⁵⁷, le niveau d'anxiété des patients analysés est identique entre le groupe de patients « AMT dans une pièce au calme du cabinet médical » et le groupe « mesure conventionnelle », ces patients ayant été suivis pendant un an.

-Arythmie

De même, l'arythmie est également un sujet qui préoccupe les médecins. Il faut savoir que l'auto-mesure de pression artérielle utilise le plus souvent des techniques oscillométriques. Ces techniques ne sont donc pas fiables chez les patients qui présentent une arythmie fréquente ou une fibrillation auriculaire.

La SF HTA nous rappelle qu'en cas d'arythmie, les valeurs de l'AMT sont sujettes à caution (recommandation 1.C). Les médecins trouvent cette recommandation précise et pertinente dans 76,2% des cas, mais la trouvent

applicable dans 52,4% des cas seulement. Elle correspond à leur pratique dans 57,2% des cas.

Même en méthode conventionnelle, les médecins mettent en doute leur prise de PA en cas d'arythmie.

Mais notons qu'aucune directive proposant une amélioration de la prise de la tension dans ce cas particulier n'est donnée.

e) MAPA pas toujours une alternative à L'AMT

Les indications de la MAPA (recommandation 7) semblent précises et pertinentes dans environ 2 cas sur 3, applicable dans 1 cas sur 2 et elles correspondent à la pratique dans 1 cas sur 3. Ces résultats sont supérieurs à l'audit qui retrouvait une utilisation de la MAPA dans 20% des cas.

Les appareils disponibles sur le marché ont été validés. La principale limite d'utilisation est la gêne occasionnée au patient, ce qui ne permet pas d'en préconiser l'utilisation systématique chez tous les hypertendus et encore moins la répétition pour la surveillance au long cours. Des manifestations cutanées locales telles que des pétéchies peuvent se produire, voire plus rarement un hématome. Une autre limite est la difficulté d'interprétation des résultats en cas de mesures aberrantes.

Les mesures doivent être programmées toutes les quinze minutes dans la journée et toutes les vingt à trente minutes la nuit. Il faut expliquer au patient la fréquence des mesures, lui demander de ne pas bouger le bras pendant la mesure, c'est-à-dire pendant le dégonflage, de garder une activité normale en dehors des mesures, de noter ses activités, ses heures de coucher et lever, l'heure des prises des médicaments et leur type.

Ceci montre la lourdeur de cette technique pour le patient.

Un médecin interrogé a acheté un appareil de MAPA lors de son installation, il trouve que cela améliore la précision de sa mesure. Cela lui permet d'estimer la pression artérielle de son patient la nuit et également en activité. La MAPA prend une place de plus en plus importante à la fois dans le diagnostic et dans le suivi de l'hypertendu, les recommandations britanniques NICE proposent, après que la pression artérielle ait été mesurée élevée à deux reprises, de réaliser une MAPA, afin d'authentifier ou d'éliminer le diagnostic d'HTA.

En bilan de ce point, bien que l'AMT et la MAPA ne soient pas utilisées de façon systématique chez tous les patients, nous pouvons dire qu'actuellement les médecins y ont recours en cas de difficulté à traiter le patient, le plus souvent en cas de pressions artérielles limites ou fluctuantes mesurées lors des consultations. Il s'agit là d'une avancée positive des pratiques professionnelles vers l'application des

recommandations.

3. PROPOSITIONS ALTERNATIVES AUX FACTEURS LIMITANTS

a) Le temps

Que faire, si le médecin manque de temps pour éduquer ses patients ?

Comme le précisent les recommandations européennes de prise en charge de l'HTA, il convient de s'appuyer sur une documentation appropriée. Les outils éducatifs existent sous plusieurs formes : fiches, livrets, films, livres, sites Internet. Avant de les utiliser, le médecin doit s'assurer de leur exactitude et de leur qualité. En matière d'information des patients, le site du Comité français de lutte contre l'hypertension artérielle (www.comitehta.org) ainsi que le site « www.automesure.com » y font référence. Une fois les patients éduqués, la pratique de l'auto-mesure, avec envoi des résultats par Internet (www.automesure.com), apparaît comme une voie d'avenir en contexte du manque de temps des médecins.

b) Améliorer la formation des médecins

Le manque de formation des MG à l'AMT est une faiblesse majeure dans le développement de la méthode en soins primaires.

Les recommandations de bonnes pratiques (RBP) sont des outils développés de façon systématique pour aider le médecin à prendre des décisions médicales dans la prise en charge de maladies et problèmes de santé spécifiques. Elles sont en constante évolution. Une des limites n'est pas la qualité de la RBP mais sa diffusion et implantation auprès de nos MG. Les effets de leur diffusion sur la qualité des pratiques médicales restent incertains. Les MG ont à connaître et utiliser un nombre croissant de RBP, et rencontrent des difficultés pour ce faire.

Pour améliorer l'utilisation des RBP et les bénéfices pour les patients, plusieurs auteurs ont souligné la nécessité d'améliorer les méthodes de développement des RBP et de proposer des interventions pour aider les médecins à les mettre en œuvre.

Dès leur formation initiale, les médecins doivent apprendre à se familiariser avec la démarche des RBP, notamment en expliquant comment les RBP sont développées, comment les choisir, les utiliser et gérer les éventuelles contradictions avec les préférences des patients. Les

formations sur les connaissances méthodologiques en FMC n'ont jamais été citées. Il serait néanmoins justifié que les médecins participent, par exemple, à des formations sur l'étude critique de la littérature afin d'acquérir un regard objectif lors de la lecture des revues médicales et pour savoir utiliser les informations, en fonction de leur niveau de preuve, en les adaptant à la décision médicale et à l'utilité de celle-ci pour le patient. Cette formation semble d'autant plus nécessaire que la lecture de la presse médicale est un moyen de formation utilisé par l'immense majorité des praticiens.

Un moyen d'améliorer la performance d'un médecin est de le confronter à sa propre pratique, lors d'un audit clinique ciblé par exemple. Il peut alors comparer ses propres résultats (en terme d'objectifs thérapeutiques atteints, par exemple) à ceux de ses collègues dont il reçoit les données de façon anonyme. Il a été montré que ce type de stratégie permettait d'élever progressivement la qualité des soins ²⁴.

Une meilleure formation des MG à l'AMT a pour ambition d'améliorer l'utilisation des recommandations de la méthode⁵⁸, garantissant une meilleure éducation des patients. De plus, un médecin bien sensibilisé à la méthode peut apprécier l'AMT à sa juste valeur réduisant l'attachement à la mesure casuelle et corrigeant les préjugés tels que le manque de fiabilité de l'appareil utilisé à domicile et le caractère anxiogène de la méthode.

Nos résultats suggèrent également qu'en complément de ces activités, des programmes d'éducation thérapeutique soient proposés aux patients en lien étroit avec leur médecin généraliste.

c) Faciliter l'éducation thérapeutique du patient

L'enseignement de l'AMT au patient est une étape difficile en pratique quotidienne pour le praticien. Le recours à un protocole d'éducation standard est utile permettant une éducation de qualité et un gain de temps précieux en soins primaires. Le MG peut s'appuyer sur l'article « Auto-mesure tensionnelle : 5 messages à enseigner »⁵⁹. Ce dernier nous résume le minimum à enseigner aux patients :

- Utiliser un appareil validé
- Faire la mesure en bonne position
- Respecter les horaires de mesure
- Ni trop souvent, ni pas assez
- Aider les patients à restituer correctement les résultats.

L'usage d'outils éducatifs validés pour la consultation et le domicile est

essentiel. Le MG peut s'aider d'Internet ⁶⁰⁻⁶¹ en consultant le site du comité français de lutte contre l'HTA <http://www.comitehta.org/>, le site HTA Vasc (<http://htavasc.fr>) et le site «automesure.com», référence dans ce domaine (<http://www.automesure.com/>). Ce site Internet s'adresse aux professionnels de santé et aux patients, il propose des recommandations pour la bonne conduite de l'AMT (modalité d'enseignement du patient, liste d'appareils validés, vidéo éducative, articles scientifiques).

La délégation de tâche est une solution majeure pour améliorer l'éducation du patient, en impliquant plusieurs professionnels de santé dans l'esprit d'un réseau de soins de proximité.

Dans le Nord Pas-de-Calais, l'association «HTA Vasc» est une référence dans le domaine. Il propose un programme d'éducation thérapeutique, régulièrement évalué, pour les personnes à risque cardiovasculaire élevé⁶², en partenariat avec le médecin généraliste sur six mois, avec, entre autre, un diagnostic éducatif, des ateliers éducatifs collectifs, un suivi diététique individualisé et un bilan final⁶³.

Lors d'un premier rendez-vous, **un Diagnostic Educatif** est réalisé par l'éducatrice en santé HTA Vasc. Les objectifs à atteindre sont fixés avec le patient puis communiqués au médecin généraliste (envoi d'un courrier au médecin avec copie au patient). Au vu des objectifs, un parcours personnalisé est défini avec le patient et l'accord de son médecin avec une possibilité de suivre jusqu'à cinq ateliers de groupe (8 patients maximum) et 1 à 4 entretiens individuels avec la diététicienne.

Dans un second temps, le patient participe aux ateliers qui ont été présélectionnés lors de son diagnostic éducatif :

Atelier « Mon Dossier » : l'éducatrice en santé HTA Vasc explique aux personnes présentes le contenu du dossier patient qui leur a été remis (prise de sang, examens et traitements) et les aide à le remplir.

Atelier « Mes Repas » : la diététicienne donne aux personnes présentes des notions clés sur les groupes d'aliments. Elle leur montre comment composer un repas équilibré avec un accent sur la consommation de sel et l'alcool. Les patients doivent composer un repas à la fin de l'atelier.

Atelier « Mon Hygiène de vie » : la diététicienne explique aux personnes présentes les bénéfices liés à la pratique d'une activité physique. Elle leur montre également des techniques de gestion du stress.

Atelier « Ma tension » : l'infirmière explique aux personnes comment comprendre, suivre et éviter les complications liées à l'hypertension artérielle. Elle leur apprend également les techniques d'auto-mesure tensionnelle qu'ils pourront appliquer pendant un mois suite au prêt d'un appareil d'auto-mesure au bras par l'association. De même,

elle leur explique comment remplir la fiche de relevés. Les patients sont mis en situation. L'infirmière vérifie, de manière individuelle, auprès de chaque patient, le geste et le report des chiffres sur le relevé d'auto-mesure.

Atelier « Mon traitement » : l'infirmière revoit les patients de l'atelier « Ma Tension » au bout de 4 semaines afin d'analyser leurs relevés d'auto-mesure. Elle invite tous les patients à le montrer à leur médecin généraliste lors d'un prochain RDV. Elle explique aux patients de manière générale les traitements, les modalités de suivi biologique et les consultations spécialisées à faire. Elle élabore ensuite avec chaque patient un planning de prise de ses médicaments.

En parallèle, si le patient le souhaite, et s'il a des objectifs spécifiques en matière de diététique, la diététicienne lui propose **un suivi individuel diététique personnalisé**. Le premier entretien va permettre d'analyser le semainier rempli au préalable par le patient (liste de l'ensemble des menus de la semaine écoulée) et d'apporter les aménagements nécessaires selon sa pathologie. La diététicienne formalise des objectifs à atteindre par le patient et établit un planning de rendez-vous. Elle travaille en parallèle la reprise d'une activité physique en fonction des possibilités de chaque patient. A chaque rendez-vous, la diététicienne mesure le périmètre abdominal du patient. Un bilan diététique est réalisé lors du dernier rendez-vous.

Des brochures sont également à la disposition des professionnels de santé et des patients sur sfhta.org ou comitehta.org ou fedecardio.org sur l'HTA.

Celle-ci contient 7 conseils pour atteindre cet objectif :

- S'assurer du niveau tensionnel en dehors de la consultation. Il est recommandé de confirmer le diagnostic d'HTA par des mesures ambulatoires.
- Dépister la mauvaise observance. Il faut favoriser l'utilisation de questionnaires spécifiques en consultation, et ainsi explorer les principales raisons de mauvaise observance.
- Passer de la monothérapie à la bithérapie fixe en cas de non contrôle après le bilan initial. Le passage à la bithérapie sera plus efficace que le doublement de la posologie de la monothérapie et la bithérapie fixe met de conserver la simplicité de la prescription.
- Proposer la prescription d'une trithérapie anti-hypertensive chez les patients non contrôlés par la bithérapie. La trithérapie préconisée dans la majorité des cas est un inhibiteur du système rénine-angiotensine + un inhibiteur calcique + un diurétique thiazidique.
- Rechercher des signes en faveur d'une cause à l'HTA non contrôlée :

penser à dépister le syndrome d'apnée du sommeil et en cas d'hypokaliémie suspecter un hyperaldostéronisme.

- Organiser le parcours de soins des hypertendus et l'accès aux spécialistes : si nécessaire demander un avis spécialisé pour optimiser la prise en charge globale.
- Evaluer la performance de la prise en charge

Cet organisme ainsi que ces brochures interviennent de façon bénéfique dans l'éducation thérapeutique du patient, mais l'AMT peut elle être proposée à tous les patients ?

Les publications scientifiques n'apportent que peu de données sur la façon dont les patients rendent compte à leur médecin des résultats des mesures effectuées au domicile. Et, en pratique, on sait que les protocoles recommandés ne sont pas respectés.

Dans le cadre d'une enquête de pratique³⁴, il a été demandé à 4 538 patients ayant pratiqué une auto-mesure à la demande de leur généraliste, d'inscrire les valeurs mesurées sur une feuille préimprimée. Il leur a été offert la possibilité de s'aider du site Internet automesure.com pour calculer leur moyenne et transmettre les résultats à leur médecin. La majorité des patients (81%) sont capables de fournir sur une feuille préimprimée des résultats de trois mesures matin et soir sur trois jours (18 mesures au total), et 40 % suivent le conseil d'aller sur Internet pour calculer leur moyenne. Cependant, seuls environ 12 % des patients, significativement les plus jeunes, sont à même d'exploiter pleinement un applicatif dédié. De leur côté, les médecins ne sont globalement pas prêts à communiquer leur adresse électronique pour une interactivité avec leurs patients.

D. INTÉRÊT DE RÉDUIRE L'INERTIE THÉRAPEUTIQUE

L'analyse de la pratique médicale au quotidien démontre l'importante différence qu'il peut y avoir entre les recommandations de bonnes pratiques cliniques, telles qu'elles peuvent être définies dans ce que les auteurs anglo-saxons appellent les «guidelines», d'une part, et l'application sur le terrain en médecine générale. Cette différence peut être assez facilement objectivée par la comparaison des objectifs thérapeutiques et de la proportion de patients atteignant effectivement les objectifs fixés.

Faria et al.⁶⁴ ont publié récemment une revue centrée sur l'inertie thérapeutique, en prenant comme exemple l'hypertension artérielle, mais en relevant, que les causes pointées dans ce domaine spécifique, peuvent être extrapolées à beaucoup d'autres maladies chroniques.

De façon schématique, l'inertie clinique peut être attribuée à concurrence de :

- 50 % à des facteurs liés au médecin,
- 30 % à des facteurs liés au patient
- 20 % à des facteurs liés au système de soins

même s'il faut bien reconnaître qu'il existe des intrications importantes entre les trois intervenants (cf. figure 10).

Les principaux facteurs liés au médecin sont: une méconnaissance des objectifs thérapeutiques, un défaut d'initiation du traitement, un défaut de mesure de l'efficacité du traitement, un défaut d'identification et de prise en charge des comorbidités, une insuffisance de temps de consultation, le renouvellement automatique sans réévaluation de l'ordonnance.

Les principaux facteurs liés au patient sont: le déni de la maladie, la méconnaissance du risque cardio-vasculaire, le coût et les effets secondaires des médicaments, la poly-médication, la faible communication entre le patient et le médecin, le défaut de confiance en son praticien, la précarité, la dépression et les abus de substances.

Les principaux facteurs liés à l'environnement médical : l'absence de recommandations cliniques, de registre par maladie, de planning pour les visites, de programme actif d'aide au patient, de support décisionnel et de soins paramédicaux, l'isolement et le surmenage des médecins.

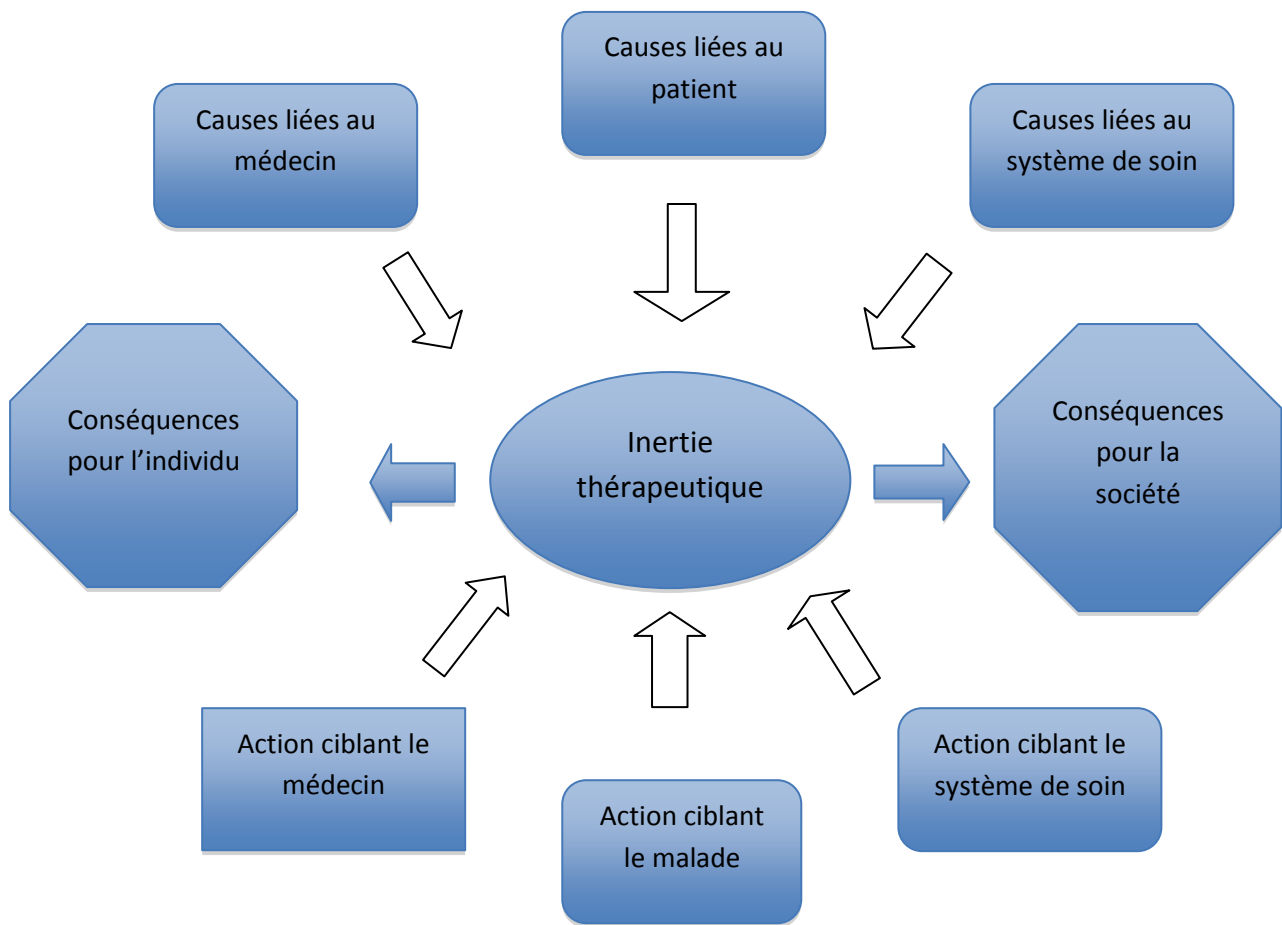


Figure 10 : inertie thérapeutique.

De plus, le médecin et le patient ne cheminent pas dans la même direction. En effet, le patient atteint d'une pathologie chronique, appréhende que sa maladie s'aggrave au cours du temps. Or, toute intensification du traitement, que ce soit par une augmentation de la posologie ou par l'addition d'un nouveau médicament, est interprétée par le malade comme une évolution défavorable, situation qu'il désire, consciemment ou inconsciemment, occulter. Il n'est, dès lors, pas étonnant que le patient freine l'ardeur de son médecin à intensifier le traitement, invoquant le plus souvent toute une série de raisons, généralement peu pertinentes mais devant lesquelles le médecin finit par reculer le changement thérapeutique qu'il avait éventuellement envisagé en première intention.

Intuitivement, plus le médecin pressent que son patient sera réticent à l'initiation ou à l'intensification d'un traitement, moins il sera enclin à entreprendre cette démarche. De même, plus le médecin suspecte un manque d'adhésion au traitement de la part de son patient, plus il sera enclin à une certaine inertie thérapeutique. Cette relation particulière

contribue certainement à entretenir l'inertie thérapeutique.

Réduire le taux d'IT, pourrait permettre d'atteindre l'objectif de la SFHTA⁶⁵ : 70% d'hypertendus contrôlés en 2015. La stagnation relative du contrôle tensionnel depuis 5 ans en France est un marqueur de la baisse progressive de la vigilance sanitaire.

Simplifier les schémas d'usage des traitements permettrait d'améliorer le nombre d'hypertendus contrôlés. En cas de non contrôle confirmé par les mesures ambulatoires, il faut adopter une attitude active : évaluer le respect des règles hygiéno-diététiques, l'observance et ne pas hésiter à ajouter une nouvelle classe anti-hypertensive jusqu'à atteindre la trithérapie recommandée, et en cas d'échec avoir recours à un avis spécialisé.

Avec les recommandations de 2011, NICE simplifie la prise en charge de l'HTA et pour agir sur l'IT, promeut l'utilisation de l'auto-mesure et de la MAPA pour le diagnostic, mais aussi pour le suivi, la simplification de l'ordonnance, l'évaluation de la tolérance et de l'observance et propose également d'impliquer le pharmacien dans le suivi (informations, interprétation de l'AMT). Le guide pratique de la SFHTA va dans le même sens.

V. CONCLUSION

Considérant qu'aujourd'hui près des 2/3 des sujets de plus de 60 ans sont hypertendus, et que notre population est vieillissante, l'HTA va constituer un problème majeur de santé publique dans le futur. Tout ceci montre combien il reste à faire dans le domaine de l'hypertension artérielle. Cependant la mortalité cardiovasculaire a fortement diminué entre 2000 et 2004 (moins 15 %), soit une baisse de 50 % sur les vingt dernières années. Cette baisse s'expliquerait pour moitié par l'amélioration de la prise en charge médicale et pour moitié par les changements comportementaux. La prise en charge de nos patients hypertendus s'est aussi améliorée même si des efforts restent à faire pour renforcer leur adhésion au traitement et pour lutter contre l'inertie médicale. L'hypertension artérielle (HTA) est de loin le plus grand facteur de risque cardiovasculaire. Les directives des organisations internationales (tel que la HAS, NICE, et la SFHTA) proposent une attitude thérapeutique en fonction des valeurs de la pression artérielle systolique et diastolique, des facteurs de risque cardiovasculaire associés et des lésions des organes cibles. Il faut intensifier le dépistage et la prise en charge précoces de cette affection.

L'objectif de notre travail était d'évaluer plus précisément les pratiques actuelles de nos confrères, concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle dans notre région, en les comparant avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2005 et d'étudier en quoi notre pratique pourrait être modifiée afin de l'améliorer. Enfin il nous a paru également intéressant d'évaluer les recommandations proposées par la Société Française d'Hypertension artérielle.

Notre démarche d'audit clinique ciblé a mis en évidence l'intérêt porté par nos confrères à la réflexion autour de notre sujet, et le désir de formation et d'amélioration de leurs pratiques. En effet, les résultats de la deuxième phase d'évaluation ont montré de nombreuses améliorations par rapport à la première. Notamment sur le dépistage de l'hypotension orthostatique chez le patient diabétique et la personne âgé, qui était notre action d'amélioration.

Lors de ce travail, les médecins arrageois se sont améliorés sur 9 critères de façon significatifs sur les 11 réellement étudiés, et les médecins lillois se sont améliorés sur 5 critères. Ceci nous montre l'intérêt de notre démarche dans sa globalité (avec ou sans formation). Mais également l'intérêt de notre formation entre les deux évaluations.

L'évaluation des recommandations de la SF HTA de 2011, principalement basées sur l'utilisation de l'auto-mesure et de la MAPA, a permis d'amener d'une part les médecins généralistes à se les approprier et développer leur application, et d'autre part à nos experts spécialistes à réfléchir avec les médecins généralistes sur le bien fondé de ces recommandations.

Les médecins généralistes ne sont pas convaincus de la précision de la mesure électronique. Ils trouvent qu'ils sont limités par les appareils d'auto-mesure. Ces recommandations ne

correspondent pas dans l'ensemble à leur pratique (avec moins de 10% d'utilisation de l'auto-mesure et de MAPA en pratique courante).

Le médecin généraliste a également la sensation que la prise de la tension artérielle est un acte médical obligatoire lors de toute consultation. Il s'agit pour lui de la mesure de référence. Beaucoup de leurs patients achètent des appareils d'auto-mesure non étalonnés. Cela a pour conséquence un doute légitime sur des valeurs aberrantes.

Les médecins généralistes précisent également que l'auto-mesure ne peut pas être applicable dans nombreuses situations. Beaucoup de patients ne peuvent pas réaliser la moyenne des 18 mesures lorsque l'on applique la « règle des 3 » s'il ne sont pas correctement éduqués. Elle ne peut pas être proposée à tous les patients (patients anxieux, patients obèses ou très musclé ayant un diamètre de bras supérieur à 33cm...).

Les recommandations anglo-saxonnes NICE et celles de la SF HTA recommandent l'utilisation de la MAPA qui peut être une alternative à l'auto-mesure tensionnelle. Il s'agit d'une technique de choix. Sa valeur pronostique est également supérieure à celle du cabinet médical. Cette technique est validée pour les gros bras, utilisable également chez l'enfant, l'adolescent et les femmes enceintes. La MAPA est mieux adaptée pour les patients incapables de faire l'auto-mesure tensionnelle.

Les recommandations indiquent que « l'auto-mesure doit être encouragée pour son intérêt dans l'éducation thérapeutique du patient ». Plusieurs enquêtes donnent des indices encourageants en montrant qu'il existe un lien positif entre l'utilisation régulière du tensiomètre et la connaissance des facteurs de risque vasculaire ou la mémorisation du nom des médicaments. Les recommandations HAS précisent que l'auto-mesure « constitue un facteur d'amélioration de l'observance au traitement ». Elle est une porte d'entrée à l'éducation des patients vis à vis du risque cardiovasculaire. En effet un patient « éduqué » et motivé pourra aussi accompagner son médecin généraliste dans son suivi personnalisé. L'éducation thérapeutique donne au patient les moyens de partager les décisions de santé qui le concernent et favorise le dialogue dans la relation médecin-malade.

C'est pour toutes ces raisons que les sociétés savantes, la Fédération Française de Cardiologie (www.fedecardio.com), le Comité Français de Lutte contre l'HTA (www.comitehta.org) et les associations de santé telle HTA Vasc (www.htavasc.fr) et l'association régionale de cardiologie (www.fedecardio.org) dans le Nord Pas de Calais, s'engagent aujourd'hui fortement dans la prévention cardiovasculaire pour nous sensibiliser à l'inertie thérapeutique et pour nous inciter à développer l'accompagnement éducatif de nos hypertendus à risque.

Le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle (CFLHTA), la Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA) et la Société Française Neuro-Vasculaire (SFNV), avec le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS), ont un objectif pour 2015 : atteindre un taux de 70% d'hypertendus traités et contrôlés au seuil de 140/90 mmHg.⁶⁵

Nous pouvons donc affirmer qu'une formation aux médecins généralistes sur les recommandations montre un bénéfice à court terme. Tout ceci suggère l'importance des

formations aux médecins généralistes à une meilleure prise en charge de l'HTA, avec une sensibilisation aux recommandations récentes.

Le généraliste inscrit son action dans la durée et, sous influence du patient, négocie et fait des compromis voire déroge aux " bonnes pratiques ", considérant que ce qui n'est pas réalisable aujourd'hui le sera demain.

La figure du patient portée par la médecine des preuves est confrontée à la réalité sociale de l'individu qui est doté de ressources. Il s'agit pour le médecin d'acquérir la confiance de son patient et de la conserver.

Les médecins généralistes jouent un rôle primordial dans le suivi du patient hypertendu. Il ne suffit pas d'écrire de nouvelles recommandations pour que ces dernières soient appliquées. Les pratiques professionnelles des médecins évoluent en fonction de leur expérience personnelle. Quels recours avons-nous pour changer ces pratiques quotidiennes ? Des ateliers pratiques sur les recommandations et sur l'auto mesure tensionnelle pourraient-ils aider le médecins généralistes à les appliquer ?

VI. BIBLIOGRAPHIE

- 1- O'DONNELL M-J., XAVIER D., LIU L. et al. Risk factors for ischemic and haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study) A case control study. *Lancet* 2010; 23-112.
- 2- L'état de santé de la population en France, Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, Études statistiques 2011, DREES 2011.
(http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf).
- 3- KEARNEY P.M., WHELTON M., REYNOLDS K. ET al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365: 217-23.
- 4- MOURAD J-J, HERPIN D, POSTEL VINAY N et al. Utilisation des appareils d'auto mesure tensionnelle en France en 2004 : enquête FLAHS 2004. *Arch Cœur Vaiss* 2005; 98: 779-82.
- 5- HERPIN D, MOURAD J-J, POSTEL VINA Y N, P ANNIER B, V AISSE B et GIRERD X. Possession et usage des appareils d'auto mesure en France en 2004 et 2006. Enquête FLAHS 2006. *Arch Cœur Vaiss* 2007;100: 620-4.
- 6- WAGNER A, ARVEILER D, RUIDAVETS JB, et al. État des lieux sur l'hypertension artérielle en France en 2007 : l'étude Mona Lisa, *Bull Epid Hebd* 2008 ; 49-50: 483-6.
- 7- Les registres Français des cardiopathies ischémiques. Facteurs de risque et comportement de prévention dans la population des 3 registres MONICA France. Enquête de population 1994-1997. Monographie de la Fédération française de cardiologie : Paris 1998.
- 8- LABARTHE G. « Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie », *Études et Résultats n° 315*, DREES, juin 2004.
(<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er315.pdf>)
- 9- MOUQUET M.-C. « Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2008 », *Études et Résultats n°783*, DREES, novembre 2011.
(<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er783.pdf>)
- 10- SCHEEN A.J., A propos de l'inertie et de la non-observance thérapeutiques , *Rev Med Suisse* 2010;6:1571-2.
- 11- GODET-THOBIE H, VERNAY M, NOUKPOAPE A et al. Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé. Étude Nationale Nutrition Santé 2006-2007. Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle, *InVS, BEH*,2008;49-50:478-83.
(http://www.invs.sante.fr/beh/2008/49_50/beh_49_50_2008.pdf)
- 12- Recommandations de bonne pratique, prise en charge des patients adultes atteints d'HTA essentielle. HAS 2005, *Eur J Epidemiol* 2005; 19: 25-32. actuellement suspendue.

- 13- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1097497/independance-de-lexpertise-la-haute-autorite-de-sante-tient-ses-engagements
- 14- Hypertension: The Clinical Management of Primary hypertension in adults. Update of Clinical guideline. NICE 2011.
<http://guidance.nice.org.uk/CG127>
- 15- Mesures de la pression artérielle : Pour le diagnostic et le suivi du patient hypertendu. SFHTA, Novembre 2011.
www.sfhta.org
- 16- MANCIA G, LAURENT S, AGABITI-ROSEI E, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. J Hypertens 2009; 27:2121-58.
- 17- MALLION J-M., CLERSON P., BOBRIE G. et al. Predictive factors for masked hypertension within a population of controlled hypertensives. J Hypertens 2006; 24: 2365-70.
- 18- MOUNIER-VEHIER C., DELSART P. HTA masquée chez le patient à risque. Pourquoi la dépister ? Cardiologie-Cardinale 2011;5(36):47-50.
- 19- Une méthode d'amélioration de la qualité: Audit clinique ciblée –Evaluation des pratiques par comparaison à un référentiel. HAS 2006,
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique_cible_2006_4pages.pdf
- 20- La tenue du dossier médical en médecine générale : État des lieux et recommandations. ANAES 1996.
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dm.pdf>
- 21- MANCIA G, DE BACKER G, DOMINICZAK A, et al. Guidelines for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2007;25(6):1105-87.
- 22- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Code déontologie médicale. Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 article 45.
- 23-[http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Appareils-d-automesure-tensionnelle/Liste-des-autotensiometres-enregistres-dans-le-cadre-de-la-surveillance-du-marche/\(offset\)/Dossiers-thematiques/Appareils-d-automesure-tensionnelle/Liste-des-autotensiometres-enregistres-dans-le-cadre-de-la-surveillance-du-marche/\(offset\)/1](http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Appareils-d-automesure-tensionnelle/Liste-des-autotensiometres-enregistres-dans-le-cadre-de-la-surveillance-du-marche/(offset)/Dossiers-thematiques/Appareils-d-automesure-tensionnelle/Liste-des-autotensiometres-enregistres-dans-le-cadre-de-la-surveillance-du-marche/(offset)/1)
- 24- LITTLE P, BARNETT J, BARNESLEY L et al. Comparison of agreement between different measures of blood pressure in primary care and daytime blood pressure. BMJ 2002; 325(7358): 254-9.
- 25- BOMBELLI M, SEGA R, FACCHETTI R et al. Prevalence and clinical significance of a greater ambulatory versus office blood pressure (« reversed white coat » condition) in a general population. J Hypertens 2005; 23:513-20.

- 26-MOUNIER VEHIER C, MARBOEUF P, CRAEYMERSCH C, NOEL A. Auto mesure de la pression artérielle. Gadget ou outil d'aide à la prise en charge du patient hypertendu? La lettre au cardiologue – n°410. Décembre 2007.23-26.
- 27- MOURAD J.J., LOPEZ-SUBLET M., KRIVITZKY A. L'auto mesure tensionnelle :quelle technique utilisez-vous ? Sang Thrombose Vaisseaux 2007; 19(4):217-9.
- 28- Plan national d'éducation pour la santé. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés. 2001.
(www.travail-solidarite.gouv.fr).
- 29- Programme national de réduction des risques cardiovasculaires. Ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. 2002.
(www.sante-sports.gouv.fr).
- 30- Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. Ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Direction Générale de la Santé. 2007.
(www.sante-sports.gouv.fr).
- 31- Pour une politique nationale d'éducation du patient. Ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. 2008.
(www.sante-sports.gouv.fr).
- 32- JACQUEMET S., SANDRIN-BERTHON B. Education du patient au secours de la médecine, Où l'éducation des patients prend une dimension thérapeutique... au sens humaniste du terme, Paris, 2000, Presse universitaire de France.
- 33- L'Atlas Régional et Territorial de Santé du Nord-Pas-de-Calais 2011. Direction de la stratégie, des études et de l'évaluation Service Information et Communication - Edition: Mars 2011.
(www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr).
- 34- BODDAERT J., BELMIN J. L'hypotension orthostatique et son traitement chez le sujet âgé. Presse Med. 2003; 32(36): 1707-15.
- 35- POSTEL-VINAY N., BOBRIE G., ASMAR R., Auto-mesure de la PA : quelle restitution par les patients ? Enquête Autoprov, Rev Prat 2009;59(8 Suppl):8-12.
- 36- PRUGGERA C., KEILA U., WELLMANNA J. et al., Blood pressure control and knowledge of target blood pressure in coronary patients across Europe: results from the EUROASPIRE III survey. J Hypertens 2011;29:1641–8.
- 37- REDON J., ERDINE S., BOHM M. et al., Physician attitudes to blood pressure control : findings from the Supporting Hypertension Awareness and Research Europe-wide survey. J Hypertens 2011;29:1633–40.
- 38- GIRERD X., HANON O., ANANGNOSTOPOULOS K., CIREPEK L.,MOURAD J.-J., CONSOLI S. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse Med. 2001; 30:1044-8.

- 39- PELZER J. L'observance thérapeutique : évaluation de sa prise en charge dans l'hypertension artérielle par les médecins généralistes du Nord. . Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine Lille II 2010.
- 40- MASSON J.-F. Poly médication et autres déterminants de l'observance thérapeutique. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine: Lille II 2008.
- 41- MAGNIER A. Évaluation à distance de l'impact des ateliers du circuit d'Éducation Thérapeutique HTA Vasc sur la prise en charge des patients à haut risque cardio-vasculaire. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine Lille II 2012.
- 42- LEDRU F., GIRARDOT L. Patient hypertendu : accompagnement éducatif structuré est possible en médecine générale. Concours médical 2012; hors série juin: 60-5.
- 43- BOIVIN J, ROUSSEAU S, FAY R, RADAUCEANU A, ZANNAD F. Utilisation de l'auto mesure tensionnelle par les médecins généralistes français dans la prise en charge de l'hypertension artérielle. Étude MEGAMET (MEdecins Généralistes et Auto MEsure Tensionnelle). Arch Cœur Vaiss 2006; 99 (7/8).
- 44- MICHENAUD J. Auto mesure en médecine générale. Enquête auprès de 300 médecins. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Nantes 2008.
- 45- GIRERD X. LAROCHE P., HANON O. et al. Utilisation des traitements antihypertenseurs en France et relations avec les pathologies cardio-vasculaires. Enquêtes FLASH 2009-2010. Ann Cardiol Angeiol 2012; 61(3):213-7.
(<http://dx.doi.org/10.1016/j.ancard.2012.05.003>)
- 46- SEKKACH Y, NAZAL EM, GAUDOUEN Y, et al. Influence de la taille du brassard sur la pression mesurée avec un appareil d'automesure tensionnelle. J Mal Vasc 2006; HS1:1S49; (abstract).
- 47- BOBRIE G, CHATELLIER G, GENES N et al. Cardiovascular prognosis of 'masked hypertension' detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients. JAMA 2004; 291:1342-9.
- 48- GABORIEAU V, DELARCHE N, GOSSE P. Ambulatory blood pressure monitoring versus self-measurement of blood pressure at home: correlation with target organ damage. J Hypertens 2008; 26:1919-27.
- 49- CLEMENT D, DE BUYZERE M, DE BACQUER D, et al. Prognostic value of ambulatory blood-pressure recordings in patients with treated hypertension. N Engl J Med 2003; 348:2407-15.
- 50- KERDRAIN-DERIDDER C. « Pourriez-vous prendre ma tension, docteur ? » connaissances et croyances sur la mesure de la tension artérielle au cabinet du médecin généraliste. Thèse de doctorat en médecine - université de Nantes; 2006:77.
- 51- BOIVIN J, GAILLET TJ, FAY R, ROSSIGNOL P, ZANNAD F. En 2009, les médecins généralistes français pratiquent plus souvent l'auto-mesure qu'en 2004, sans respecter strictement la méthodologie recommandée. Communication congrès 29ème journées de l'HTA. Arch Coeur Vaiss Prat 2009;hors série n°1: 17.

(<http://www.sfhta.net/IMG/pdf/Livre-resumes-JHTA-2009.pdf>)

52- KANDEL O, BOISNAULT P. Etude sur des typologies d'actes en médecine générale. Communication au congrès de médecine générale. 13 et 14 septembre 2003 Paris.

53- BIRKETT NJ, ABBOTT D, CAMPBELL NR et al. Canadian Coalition for high Blood Pressure prevention and Control Self measurement of blood pressure: issues related to training of patients. Canadian Journal of Cardiology. 1995 November;11Suppl H: 23H -27H; (abstract).

54- VAISSE B, GENES N, VAUR L, et al. The feasibility of at home self-monitoring blood pressure in elderly hypertensive patients. Arch Coeur Vaiss 2000; 93(8):963-7.

55- VAISSE B. Mesurer soi-même sa tension : quelle faisabilité pour la personne âgée ? Auto mesure.mag Septembre 2002;1: 8-9.

56- BOBRIE G, DAY M, CHATELLIER G, TUGAYE A, MENARD J. Self blood pressure measurement at home. Clinical Experience of Hypertension 1993; 15:1109-19.

57- McMANUS RJ, MANT J, ROALFE A, OAKES RA, BRYAN S, PATTISON HM et al. Targets and self monitoring in hypertension: randomised controlled trial and cost effectiveness analysis. BMJ 2005; 331:493-8.

58- LOGAN AG, DUNAI A, MC ISAAC WJ, IRVINE MJ, TISLER A. Attitudes of primary care physicians and their patients about home blood pressure monitoring in Ontario. J Hypertens 2008;26 (3): 446-52; (abstract).

59- POSTEL VINAY N, BOBRIE G, CHATELLIER G, RUELLAND A, MENARD J. « Auto mesure tensionnelle: 5 messages à enseigner ». Rev Prat-Médecine Générale 2003; 17:1531-4.

60- POSTEL VINAY N, BOBRIE B, CHATELLIER G, RAVEAU-LANDON C. Auto mesure tensionnelle à domicile et Internet: Les hypertendus internautes (1). Rev Prat - Médecine Générale 2002; 16: 231-2.

61- POSTEL VINAY N, BOBRIE B, CHATELLIER G, RUELLAND A. Auto mesure tensionnelle à domicile et Internet (2). Répondre aux attentes des hypertendus Internaute. Rev Prat-Médecine Générale 2002; 564:275-6.

62- MOUNIER-VEHIER C., DELSART P., NOEL A, FAYOLLE P., BOCQUET P., GOUGJI G., GORRE L-M., Le parcours de soins HTA Vasc, Pour accompagner les patients à risque cardiovasculaire dans le Nord - Pas-de-Calais, Concours Médical 2010;132(12):3-5.

63- <http://www.htavasc.fr>

64- Faria C, Wenzel M, Lee KW, et al.— A narrative review of clinical inertia : focus on hypertension. J Am Soc Hypertens 2009; 3:267-76.

65- http://www.comitehta.org/wp-content/uploads/downloads/2012/01/cflhta_Obj2015-vDEF-0901-vWEB.pdf

VII. ABRÉVIATION:

ACC	Audit clinique ciblé
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du médicament et des produits de santé
AMT	Auto-mesure tensionnelle
AOMI	Artériopathie oblithérante des membres inférieurs
AVC	Accident vasculaire cérébral
BU	Bandelette urinaire
CERIM	Centre d'études et de recherche en informatique médicale
CFLHTA	Comité Français de Lutte contre l'Hypertension
CNAMTS	Caisse Nationale d'assurance maladie des travailleurs sociaux
CV	Cardio vasculaire
ECG	Électrocardiogramme
ENNS	Étude nationale nutrition santé
EPAS	Échantillon permanent d'assurés sociaux
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
EPU	Enseignement post universitaire
ESC	European Society of Cardiology
ESH	European Society of Hypertension
ETP	Éducation thérapeutique
FFC	Fédération Française de Cardiologie
FLASH	French League Against Hypertension Survey
FMC	Formation médicale continue
HAS	Haute Autorité de Santé
Hg	Mercure
HTA	Hypertension artérielle
IDM	Infarctus du myocarde
InVS	Institut de veille sanitaire
IT	Inertie thérapeutique
MAPA	Mesure ambulatoire de la pression artérielle
MG	Médecin généraliste
MCV	Maladie cardio-vasculaire
Mona Lisa	Monitoring National du risque artériel
Monica	Multinational monitoring of trends and determinants in cardiovascular disease
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OMS	Organisation Mondial de la Santé
PA	Pression artérielle
PAD	Pression artérielle diastolique
PAS	Pression artérielle systolique
PNNS	Programme national nutrition santé
RBP	Recommandations de bonnes pratiques
RCV	Risque cardio vasculaire
SFC	Société Française de Cardiologie

SFHTA
SFNV
VIH

Société Française d'Hypertension Artérielle
Société Française Neuro Vasculaire
Virus de l'Immuno-déficience Humaine



VIII. ANNEXES

Annexe 1: Audit clinique ciblé.

Annexe 2: Test d'évaluation de l'observance.

Annexe 3: Auto-évaluation de l'audit Clinique ciblé.

Annexe 4: Action d'amélioration.

Annexe 5: Evaluation des recommandations SFHTA 2011.

Annexe 6: Fiche de "Suivi de mes tensions".

Annexe 1: AUDIT CLINIQUE CIBLÉ :

MESURE ET UTILISATION DES CHIFFRES DE PRESSION ARTÉRIELLE RELEVÉS AU CABINET EN MÉDECINE GÉNÉRALE (éléments concernant la précédente consultation)

Medecin N°	Faculté d'origine :
Date de naissance :	Appartenance à un groupe de FMC active :
Sexe M/F :	Exercice : seul ou en groupe :
Année de thèse :	Lieu d'activité : rural, ½ rural, urbain

Patients concernés : 30 patients, Hommes ou Femmes, > 18 ans, choisis de façon aléatoire : 1er, 3ème et 5ème hypertendu de chaque consultation (1 fois/jour)

		Patient N° 1			Patient N° 2			Patient N° 3			Patient N° 4			Patient N° 5			Patient N° 6		
		Age :			Age :			Age :			Age :			Age :			Age :		
		Sexe			Sexe			Sexe			Sexe			Sexe			Sexe		
		Oui	Non	N.A.	Oui	Non	N.A.	Oui	Non	N.A.	Oui	Non	N.A.	Oui	Non	N.A.	Oui	Non	N.A.
1	Valeur de la PA dans le dossier ces 6 dernier mois																		
2	Avez-vous pris la P.A. aux 2 bras ?																		
3	Prise de la P.A. au repos, assis ?																		
4	P.A. prise au moins 2 fois sur un même bras, à quelques minutes d'intervalle ?																		
5	Avez-vous utilisé un appareil étalonné et un brassard de taille adaptée à la morphologie du membre supérieur de votre patient ?																		
6	Avez-vous recherché une hypoT.A. orthostatique ?																		
7	Connaissez-vous les chiffres cibles de votre patient ? (si oui, les noter et justifier en commentaires ci-dessous)																		
8	En cas de chiffres anormaux, avez-vous modifié activement votre stratégie ? et si oui comment ?																		
	- Surveillance rapprochée ?																		
	- Modification du traitement ?																		
	- Automesure ?																		
	- M.A.P.A. ?																		
	- Consultation vers un spécialiste ?																		
9	La surveillance clinique et biologique (recommandations H.A.S., Afssaps) a-t-elle été effectuée de façon complète dans les délais recommandés ?																		
10	Avez-vous évalué depuis 6 mois chez votre patient l'observance et la tolérance (à détailler en annexe)																		

Report total page 1																			
		Patient N° 1			Patient N° 2			Patient N° 3			Patient N° 4			Patient N° 5			Patient N° 6		
		Oui	Non	N.A.	Oui	Non	N.A.	Oui	Non	N.A.	Oui	Non	N.A.	Oui	Non	N.A.	Oui	Non	N.A.
11	Avez-vous orienté votre patient vers un spécialiste ? lequel ?																		
12	Avez-vous préconisé une action d'éducation thérapeutique ?																		
13	Avez-vous identifié dans le dossier																		
	- les risques cardio-vasculaires ?																		
	- les objectifs thérapeutiques (cliniques et biologiques) de votre patient ?																		
	TOTAL pages 1 + 2																		

Commentaires pour les réponses « N.A. » (non adapté) :

Patient N° Question N° :

Patient N° Question N°

Patient N° Question N°

Annexe 2 : Test d'évaluation de l'observance

du Pr X GIRERD et al.

Référence bibliographique : Girerd X., Hanon O., Anagnostopoulos K., Cirepek L., Mourad J.-J., Consoli S. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire: mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse Med 2001 ; 30 : 1044-8.

Test d'évaluation de l'observance selon X. GIRERD :

- Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament ?
- Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?
- Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?
- Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

Interprétation : (sensibilité 50%, Spécificité 71%)

- 0 oui = très bonne observance → à gratifier
- 1 oui = observance possiblement non satisfaisante → à encourager
- 2 oui = observance probablement non satisfaisante → à explorer
- ≥ 3 oui = observance certainement non satisfaisante → à intervenir

Annexe 3: ACC : mesure et utilisation des chiffres de la PA relevés au cabinet du MG

Médecin N°

Date de naissance :

Sexe M/F :

Année de thèse :

Faculté d'origine :

Appartenance à un groupe de FMC active :

Exercice : seul ou en groupe :

Lieu d'activité : rural, ½ rural, urbain

Que pensez-vous de vos résultats ?

Quelles réflexions vous inspirent-ils ?

Sont-ils conformes à l'estimation de votre pratique ?

Si non, en quoi sont ils différents ?

Comment expliquez-vous la différence ?

Pouvez-vous justifier vos différences de pratique par rapport aux recommandations ?

Quelles modifications de pratique allez-vous engager ?

Commentaires libres et explications sur les situations spéciales..

Avez-vous rencontré des difficultés au cours du recueil des données ?

Annexe 4: Action d'amélioration

Doolaeghe Nicolas
13 rue Jules Massenet
59139 Wattignies
06 73 28 47 53

Docteur Patrick Fayolle

Courrier concernant : Audit Clinique Ciblé sur la prise en charge de la mesure de la PA au cabinet par le MG

Cher confrère,

L'hypotension orthostatique peut être mise en évidence chez 20% des sujets de plus de 65 ans et chez le diabétique, dont seulement un sur neuf est cependant symptomatique. L'intérêt de s'intéresser aux individus âgés et/ou aux diabétiques susceptibles de présenter une hypotension orthostatique est le suivant : en cas de survenue d'hypotension orthostatique, une personne est susceptible de faire des chutes plus fréquemment. Il existe également un risque de syncope plus important que chez l'individu ayant une pression artérielle normale. Le nombre d'accidents vasculaires cérébraux semble plus élevé en cas d'hypotension orthostatique. Il en est de même pour la mortalité.

L'audit clinique est une méthode de diagnostic orientée vers l'action. Son but est d'améliorer la qualité des soins délivrés aux personnes soignées. La réalisation d'un audit clinique induit des changements dans la pratique des professionnels de santé, qui devront se décliner dans un plan d'amélioration.

C'est dans cette perspective, qu'ensemble nous nous sommes mis d'accord ce 11 octobre 2011 de conduire un projet d'amélioration :

Le dépistage d'une hypotension orthostatique chez nos patients de plus de 65 ans et/ou diabétique 1 fois par an.

Rappel des critères :

On parle par définition d'une hypotension orthostatique si un ou plusieurs des éléments suivants sont observés en l'espace de une à cinq minutes après le passage à la position debout:

- chute d'au moins 20 mm Hg de la pression artérielle systolique,
- chute d'au moins 10 mm Hg de la pression artérielle diastolique,
- symptômes liés à une baisse de la perfusion cérébrale.

Une réévaluation de nos pratiques, dans 4 mois vous sera proposée afin de mesurer l'impact de notre action corrective.

A l'avance nous vous remercions de votre participation et collaboration.

Bien cordialement.

Annexe 5: Evaluation des recommandations 2011 de SFHTA

Cher confrère,

Dans le cadre de l'amélioration de notre pratique, nous vous proposons de vous interroger sur les nouvelles recommandations de la Société Française d'Hypertension Artérielle pour la mesure de la pression artérielle parues en novembre 2011.

Vous aurez à vous prononcer sur la pertinence, la faisabilité et la correspondance avec votre pratique de recommandations pour la mesure de la pression artérielle en pratique courante. Votre avis s'appuiera sur votre connaissance des données de la science et sur votre propre expérience de soignant.

O **La précision** concerne la forme, la rédaction de la recommandation

O **La pertinence** est le fait de convenir, d'être approprié, de se rapporter exactement à ce dont il est question.

O **L'applicabilité** est la possibilité de mise en œuvre des procédures proposées, leur réalisme.

O **La correspondance avec votre pratique** mesure si les propositions du référentiel sont proches de ce que vous pensez déjà faire actuellement lors du suivi des patients concernés par l'affection.

RÈGLES DE COTATION

▪ Il vous est demandé de remplir le questionnaire intégralement. Vous devez impérativement donner une réponse pour chacune des dimensions évaluées pour chaque recommandation proposée.

▪ Pour chaque proposition, en regard de chacune des dimensions évaluées (précision, pertinence, faisabilité, correspondance avec la pratique) faite une croix soit :

o « non » signifie que selon vous la proposition est totalement non indiquée ou inacceptable ;

o « peut être » traduit les situations intermédiaires possibles ;

o « oui » signifie que selon vous la proposition est totalement indiquée ou acceptable ;

non totalement inappropriée ou non indiquée	Peut être intermédiaire	oui totalement appropriée ou indiquée
---	----------------------------	---

Pour chaque proposition listée, vous devez impérativement donner une réponse en mettant une croix soit oui soit non soit peut être.

REDACTION DES COMMENTAIRES

Vos commentaires sont essentiels pour améliorer la qualité des recommandations proposées.

Attention vous devez répondre sur ce que vous pensez être le mieux pour les recommandations et non pas sur ce que vous aimeriez faire.

La recommandation est :	Precise et sans ambiguïté			pertinente			applicable			Correspond a la pratique			commentaires
	oui	non	Peut être	oui	non	Peut être	oui	non	Peut être	oui	non	Peut être	
4. C La MAPA est la seule méthode qui permet d'obtenir des PA pendant l'activité et le sommeil : les valeurs normales de nuit sont PAS <120 et PAD <70 mmHg.													
5. Il est recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical pour confirmer l'HTA, avant le début du traitement antihypertenseur médicamenteux, en dehors de l'HTA sévère.													
6. Dans le cadre du suivi de l'hypertendu, il est recommandé d'utiliser une mesure en dehors du cabinet médical, en particulier lorsque la PA n'est pas contrôlée en consultation.													
7. La MAPA est utile dans les situations suivantes: pour poser le diagnostic d'une HTA en l'absence d'AMT ; en cas de discordance entre la PA au cabinet médical et en AMT ; devant la constatation d'une PA normale et d'une atteinte des organes cibles ; en cas de suspicion d'hypotension artérielle													
8. A La reproductibilité de la mesure de la PA est meilleure en AMT et en MAPA qu'au cabinet médical.													
8. B L'AMT et la MAPA sont plus fortement corrélées à l'atteinte des organes cibles (cœur, artères, reins) dans l'HTA que la mesure réalisée au cabinet médical.													
9. A L'AMT et la MAPA permettent de diagnostiquer l'HTA blouse blanche (PA élevée au cabinet médical et normale en dehors).													
9. B En cas d'HTA blouse blanche, un suivi au long cours sera réalisé pour dépister l'évolution vers l'HTA permanente.													
9. C L'HTA masquée est définie par une PA au cabinet médical normale associée à une PA élevée en dehors (AMT ou MAPA). En cas d'HTA masquée chez l'hypertendu traité, une intensification du traitement antihypertenseur est actuellement proposée.													
10. L'AMT et la MAPA apportent au médecin des informations qui doivent être prises en compte pour l'adaptation de la prise en charge thérapeutique : celle-ci doit être proposée par le médecin, sur la base des chiffres de PA mesurés en dehors du cabinet médical.													

Annexe 6: Fiche de "Suivi de mes tensions"

Fiche de suivi de mes tensions

Je prends mes tensions 3 fois en suivant au même bras 3 jours consécutifs.

OBJECTIF TENSIONNEL $\leq 135/85$

Nom: Prénom: Relevé du .. au .. / .. / ..	Tension maximale ou systolique ou 1er chiffre	Tension minimale ou diastolique ou 2eme chiffre	Pouls	Traitement contre l'hypertension: - - - -						
Date du prêt: .. / .. / .. bras gauche <input type="checkbox"/> - bras droit <input type="checkbox"/>				mon état émotionnel et physique						
1 ^{er} jour	MATIN	>	>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">☹</td> <td style="text-align: center;">mon état émotionnel</td> <td style="text-align: center;">☺</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">effort physique</td> <td style="text-align: center;">+</td> </tr> </table>	☹	mon état émotionnel	☺	-	effort physique	+
	☹	mon état émotionnel	☺							
-	effort physique	+								
SOIR	>	>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">☹</td> <td style="text-align: center;">mon état émotionnel</td> <td style="text-align: center;">☺</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">effort physique</td> <td style="text-align: center;">+</td> </tr> </table>	☹	mon état émotionnel	☺	-	effort physique	+	
☹	mon état émotionnel	☺								
-	effort physique	+								
2 ^{ème} jour	MATIN	>	>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">☹</td> <td style="text-align: center;">mon état émotionnel</td> <td style="text-align: center;">☺</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">effort physique</td> <td style="text-align: center;">+</td> </tr> </table>	☹	mon état émotionnel	☺	-	effort physique	+
	☹	mon état émotionnel	☺							
-	effort physique	+								
SOIR	>	>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">☹</td> <td style="text-align: center;">mon état émotionnel</td> <td style="text-align: center;">☺</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">effort physique</td> <td style="text-align: center;">+</td> </tr> </table>	☹	mon état émotionnel	☺	-	effort physique	+	
☹	mon état émotionnel	☺								
-	effort physique	+								
3 ^{ème} jour	MATIN	>	>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">☹</td> <td style="text-align: center;">mon état émotionnel</td> <td style="text-align: center;">☺</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">effort physique</td> <td style="text-align: center;">+</td> </tr> </table>	☹	mon état émotionnel	☺	-	effort physique	+
	☹	mon état émotionnel	☺							
-	effort physique	+								
SOIR	>	>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">☹</td> <td style="text-align: center;">mon état émotionnel</td> <td style="text-align: center;">☺</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">effort physique</td> <td style="text-align: center;">+</td> </tr> </table>	☹	mon état émotionnel	☺	-	effort physique	+	
☹	mon état émotionnel	☺								
-	effort physique	+								
MOYENNE (divisée par 18)		>	>							

Relevé du .. au .. / .. / .. bras gauche - bras droit

1 ^{er} jour	MATIN	>	>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">☹</td> <td style="text-align: center;">mon état émotionnel</td> <td style="text-align: center;">☺</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">effort physique</td> <td style="text-align: center;">+</td> </tr> </table>	☹	mon état émotionnel	☺	-	effort physique	+
	☹	mon état émotionnel	☺							
-	effort physique	+								
SOIR	>	>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">☹</td> <td style="text-align: center;">mon état émotionnel</td> <td style="text-align: center;">☺</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">effort physique</td> <td style="text-align: center;">+</td> </tr> </table>	☹	mon état émotionnel	☺	-	effort physique	+	
☹	mon état émotionnel	☺								
-	effort physique	+								
2 ^{ème} jour	MATIN	>	>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">☹</td> <td style="text-align: center;">mon état émotionnel</td> <td style="text-align: center;">☺</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">effort physique</td> <td style="text-align: center;">+</td> </tr> </table>	☹	mon état émotionnel	☺	-	effort physique	+
	☹	mon état émotionnel	☺							
-	effort physique	+								
SOIR	>	>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">☹</td> <td style="text-align: center;">mon état émotionnel</td> <td style="text-align: center;">☺</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">effort physique</td> <td style="text-align: center;">+</td> </tr> </table>	☹	mon état émotionnel	☺	-	effort physique	+	
☹	mon état émotionnel	☺								
-	effort physique	+								
3 ^{ème} jour	MATIN	>	>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">☹</td> <td style="text-align: center;">mon état émotionnel</td> <td style="text-align: center;">☺</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">effort physique</td> <td style="text-align: center;">+</td> </tr> </table>	☹	mon état émotionnel	☺	-	effort physique	+
	☹	mon état émotionnel	☺							
-	effort physique	+								
SOIR	>	>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">☹</td> <td style="text-align: center;">mon état émotionnel</td> <td style="text-align: center;">☺</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">effort physique</td> <td style="text-align: center;">+</td> </tr> </table>	☹	mon état émotionnel	☺	-	effort physique	+	
☹	mon état émotionnel	☺								
-	effort physique	+								
MOYENNE (divisée par 18)		>	>							

C Craeymeersch 20/04/2012

TRAITEMENT POUR L'HYPERTENSION:-

AUTEUR : Doolaeghe Nicolas

Date de Soutenance : 5 décembre 2012

Titre de la Thèse : Évaluation, critique, amélioration des pratiques professionnelles concernant la prise de la pression artérielle en médecine générale.

Thèse, Médecine, Lille, 2012

Cadre de classement : DES de médecine générale

Mots-clés : hypertension artérielle, audit clinique ciblé, évaluation, auto-mesure tensionnelle, MAPA, information, éducation thérapeutique, inertie thérapeutique.

Résumé :

Contexte : L'hypertension artérielle est de loin le plus grand facteur de risque cardiovasculaire. En France, elle concerne une personne sur quatre. Les médecins généralistes assurent plus de 90 % des consultations d'HTA en soins primaires

Objectif : L'objectif de notre travail a été d'évaluer plus précisément les pratiques actuelles des médecins généralistes, concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle, en les comparant avec les recommandations fournies par la haute autorité de santé de 2005 et d'étudier en quoi notre pratique pourrait être modifiée afin de l'améliorer. Il nous a paru également intéressant d'évaluer les recommandations 2011 proposées par la société Française d'hypertension artérielle.

Méthode : Cette étude a été réalisée dans un premier temps sous la forme d'un audit clinique ciblé sur l'hypertension artérielle par deux groupes de médecins généralistes dans le Nord Pas de Calais. Dans un deuxième temps, les médecins généralistes ont évalué les recommandations 2011.

Résultats : Notre démarche d'audit clinique ciblé a mis en évidence l'intérêt porté par nos confrères à la réflexion autour de notre sujet, et le désir de formation et d'amélioration de leurs pratiques. L'évaluation des recommandations 2011, principalement basées sur l'utilisation de l'auto-mesure et de la MAPA, a permis d'amener d'une part les médecins généralistes à se les approprier, d'autre part à montrer que l'auto-mesure et la MAPA ne sont pas une pratique quotidienne (moins de 10% des médecins les utilisent). Les médecins avancent les problèmes suivant : attachement à leur mesure conventionnelle, manque de fiabilité des appareils électroniques et le problème d'éducation du médecin et du patient. Il est donc important de s'engager dans la prévention cardiovasculaire pour sensibiliser à l'inertie thérapeutique et pour inciter à développer l'accompagnement éducatif de nos hypertendus à risque.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre Fontaine

Assesseurs : Monsieur le Professeur Christian Noel

Madame le Professeur Claire Mounier Véhier

Monsieur le Docteur Etienne Béarez

Monsieur le Docteur Patrick Fayolle

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Patrick Fayolle