



HAL
open science

Prise en charge du risque cardiovasculaire aux Antilles françaises : évaluation des pratiques des médecins généralistes ambulatoires

Fanny Grenier, Julien Rondy

► To cite this version:

Fanny Grenier, Julien Rondy. Prise en charge du risque cardiovasculaire aux Antilles françaises : évaluation des pratiques des médecins généralistes ambulatoires. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01620728

HAL Id: dumas-01620728

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01620728>

Submitted on 20 Oct 2017

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

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

UNIVERSITÉ DES ANTILLES
2017

FACULTÉ DE MÉDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° 2017ANTI0176

**Prise en charge du risque cardiovasculaire aux Antilles françaises :
évaluation des pratiques des médecins généralistes ambulatoires**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles
et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 7 avril 2017

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

GRENIER Fanny
-et-
RONDY Julien

Examineurs de la thèse :

Madame Jeannie HÉLÈNE-PELAGE
Madame Annie LANNUZEL
Monsieur Nicolas VENISSAC
Monsieur Jocelyn INAMO
Monsieur Philippe CARRÈRE

Professeur, Présidente
Professeur
Professeur
Maitre de conférences
Directeur

UNIVERSITÉ DES ANTILLES

FACULTÉ DE MÉDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Eustase JANKY
Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CÉSAIRE
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

NEVIERE Rémi	Physiologie CHU de FORT- DE - FRANCE
Bruno HOEN	Maladies Infectieuses CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Pascal BLANCHET	Chirurgie Urologique CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
André-Pierre UZEL	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Pierre COUPPIE	Dermatologie CH de CAYENNE
Thierry DAVID	Ophtalmologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Suzy DUFLO	ORL – Chirurgie Cervico-Faciale CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Eustase JANKY	Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
DE BANDT Michel	Rhumatologie CHU de FORT- DE - FRANCE
François ROQUES	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire CHU de FORT- DE - FRANCE
Jean ROUDIE	Chirurgie Digestive CHU de FORT- DE - FRANCE
Jean-Louis ROUVILLAIN	Chirurgie Orthopédique CHU de FORT- DE - FRANCE
SAINTE-ROSE Christian	Neurochirurgie Pédiatrique CHU de FORT- DE - FRANCE

André CABIE	Maladies Infectieuses CHU de FORT- DE - FRANCE
Philippe CABRE	Neurologie CHU de FORT- DE - FRANCE
Raymond CESAIRE	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de FORT- DE - FRANCE
Philippe DABADIE	Anesthésiologie/Réanimation CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Maryvonne DUEYMES-BODENES	Immunologie CHU de FORT- DE - FRANCE
Régis DUVAUFERRIER	Radiologie et imagerie Médicale CHU de FORT- DE - FRANCE
Annie LANNUZEL	Neurologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Louis JEHEL	Psychiatrie Adulte CHU de FORT- DE - FRANCE
Mathieu NACHER	Epidémiologie CH de CAYENNE
Guillaume THIERY	Réanimation CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES
Magalie DEMAR-PIERRE	Parasitologie et Infectiologue CH de CAYENNE
Vincent MOLINIE	Anatomie Cytologie Pathologique CHU de FORT DE FRANCE
Philippe KADHEL	Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Jeannie HELENE-PELAGE	Médecine Générale Cabinet libéral au Gosier
MEJDOUBI Mehdi	Radiologie et Imagerie CHU de FORT- DE - FRANCE

Professeurs des Universités Associés

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de FORT- DE - FRANCE

Maîtres de Conférence des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement
CHU de FORT- DE - FRANCE

Jocelyn INAMO

Cardiologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale
Cabinet libéral les Abymes

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
CH de CAYENNE

GELU-SIMEON Moana

Gastroentérologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

Rémi EYRAUD

Urologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

MARY Julia

Rhumatologie
CHU de FORT- DE - FRANCE

MOINET Florence

Rhumatologie et Médecine Interne
CHU de FORT- DE - FRANCE

Philippe CARRERE

Médecin Générale
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

DE RIVOYRE Benoit	Ophthalmologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
SEVERYNS Mathieu	Orthopédie CHU de FORT –DE- FRANCE
DELAIGUE Sophie	Dermatologie – Maladies Infectieuses CH de CAYENNE
Katlyne POLOMAT	Médecine interne CHU de FORT- DE - FRANCE
BORJA DE MOZOTA Daphné	Gynécologie Obstétrique CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES
ROSE-DITE MODESTINE Johan	Urologie CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES
JACQUES-ROUSSEAU Natacha	Anesthésiologie/Réanimation CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
GUILLE Jérémy	ORL et Chirurgie Maxillo Faciale CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
BLETTERY Marie	Rhumatologie 5D CHU de FORT- DE - FRANCE
SCHOELL Thibaut	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire CHU de FORT- DE - FRANCE
SAJIN Ana Maria	Psychiatrie CHU de FORT- DE - FRANCE
GHASSANI Ali	Gynécologie Obstétrique CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES
BRUNIER-AGOT Lauren	Rhumatologie CHU de FORT- DE - FRANCE
GALLI-DARCHE Paola	Neurologie CHU de FORT- DE - FRANCE
CHARMILLON Alexandre	Maladies Infectieuses CH de CAYENNE

Professeurs Émérites

CARME Bernard	Parasitologie
CHARLES-NICOLAS Aimé	Psychiatrie Adulte
ARFI Serge	Médecine interne

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Jeannie HÉLÈNE-PELAGE,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

À Madame le Professeur Annie LANNUZEL,

Nous vous prions de recevoir nos sincères remerciements pour avoir accepté de juger notre travail. Veuillez croire en l'expression de notre respectueuse considération.

À Monsieur le Professeur Nicolas VENISSAC,

Nous vous prions de recevoir nos sincères remerciements pour avoir accepté de juger notre travail. Veuillez croire en l'expression de notre respectueuse considération.

À Monsieur le Docteur Jocelyn INAMO,

Nous vous prions de recevoir nos sincères remerciements pour avoir accepté de juger notre travail. Veuillez croire en l'expression de notre respectueuse considération.

À Monsieur le Docteur Philippe CARRÈRE,

Tu nous as fait l'honneur de diriger ce projet. Nous voulons particulièrement te remercier pour la disponibilité dont tu as fait preuve et l'organisation rigoureuse que tu as apporté à ce travail. Nous sommes bien conscients de ton investissement tant au niveau de notre thèse qu'à celui de notre université.

Fanny :

Merci à Maman, Papa, Anna et Lucas, pour leur soutien sans faille, leur amour et leur confiance à toute épreuve, ils savent tout de moi, la tendresse entre nous est infinie.

Merci à Papi Alain et Mamie Simone, qui m'ont tant apporté, toujours soutenue, je leur dois mon émerveillement quotidien.

Merci à ma horde de cousins et de cousines, d'oncles et de tantes, certains sont un peu loin, d'autres partagent avec moi un lien fraternel, tous sont bienveillants.

Merci à tous mes amis, ceux d'ici et ceux de là-bas, les amis d'enfance, les amis du lycée et de la fac, les amis des Antilles... Chaque rencontre m'a fait grandir, régresser joyeusement et chacun d'eux m'est indispensable.

À Arthur, Mathilde et Louise, mes petits monstres chéris.

À Jules, à toutes nos aventures. Notre choix de partir aux Antilles ensemble a été l'un des meilleurs.

À la belle découverte des Antilles. J'y ai vécu un superbe accueil qui m'a permis de m'épanouir.

Je dédie ce travail à Papi Pic et Mamie Mic, qui auraient été très fiers.

Julien :

À mes parents pour votre soutien sans faille, votre amour et le modèle que vous représentez.

À mes frères, qui ont su être des exemples pour moi depuis mon plus jeune âge.

À mes amis les plus proches, malgré les kilomètres et les années, je peux toujours compter sur vous.

Aux découvertes des Antilles, j'espère bientôt pouvoir vous revoir.

À Franck, pour les 2 mois à travailler avec toi et la mise à disposition de tes locaux.

Enfin à Gladys pour tout ce que tu m'apporte au quotidien tout simplement.

Je dédie cette thèse à ma mamie pour ce qu'elle a été et pour les valeurs qu'elle m'a transmises qui font que je suis ce que je suis aujourd'hui.

RESUME

Contexte

La mortalité précoce d'origine cardiovasculaire reste élevée aux Antilles françaises. Au-delà d'une particulière exposition au risque cardiométabolique, la qualité des soins peut être mise en cause.

Objectif

Évaluer la conformité des pratiques des médecins généralistes ambulatoires des Antilles françaises en matière de gestion du risque cardiovasculaire : identification des personnes à risque, éducation thérapeutique (ETP), stratégie face à un risque non contrôlé, dépistage des atteintes des organes cibles.

Méthodes

Étude observationnelle, menée en Guadeloupe et Martinique d'octobre 2015 à septembre 2016, faisant appel aux méthodes mixtes. La première phase, qualitative, portait sur une population diversifiée de dix omnipraticiens, vus en entretiens semi-structurés. La seconde phase, quantitative, portait sur un échantillon aléatoire de 350 omnipraticiens (taux de réponse 72%), soumis à un questionnaire ouvert constitué sur résultats de la première phase.

Résultats

Moins d'un tiers des participants définissaient le haut risque cardiovasculaire conformément aux recommandations françaises ou européennes. Quatre sur cinq déclaraient proposer de l'ETP, mais 56% d'entre eux hors démarche pluridisciplinaire. Face à une HTA résistante, 56% adressaient au spécialiste après bilan, 6% procédaient à une évaluation psychosociale. Parmi les motifs de prescription d'exploration angéiologique, six sur dix citaient le suivi du diabète, mais moins d'un sur trois évoquait les autres situations à haut risque.

Conclusion

Dans cette population, les recommandations de prise en charge du risque cardiovasculaire semblaient insuffisamment suivies. Optimisation des systèmes d'information, promotion de la pluridisciplinarité, protocolisation des soins et meilleure formation médicale continue sont autant de pistes pour améliorer le service rendu aux usagers.

ABSTRACT

Introduction

In the French West Indies, early cardiovascular mortality remains high. Beyond a special exposure to cardiometabolic risk, the quality of care can be questioned.

Aim

To explore the practices of general practitioners (GP) in the French West Indies in terms of cardiovascular risk management: risk assessment, patient education (PE), management of an uncontrolled risk, detection of asymptomatic organ damage.

Methods

A mixed method observational study, conducted in Guadeloupe and Martinique from March 2016 to October 2016. The first qualitative phase involved a diverse sample of 10 GPs who underwent semi-structured interviews. The second quantitative phase involved a random sample of 350 GPs (response rate = 72%), who were administered an open questionnaire developed from the first phase.

Results

Less than one-third of participants defined high cardiovascular risk as recommended by French or European academic societies. Four out of five reported providing therapeutic education to their patients but more than half of them stated doing it alone. In case of resistant hypertension, 56% of participants reported referring to a cardiologist but 6% stated

proceeding to psychosocial evaluation. Among the reasons for screening for peripheral arterial disease, six in ten cited diabetes follow-up but less than one in three mentioned the other high-risk situations.

Conclusion

In this sample of GPs, the recommendations for management of cardiovascular risk appeared to be insufficiently followed. Optimization of information systems, promotion of multidisciplinary care, protocolization of care and better continuing medical education are all ways to improve the service provided to users.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	6
Résumé	9
Abstract	11
Table des matières	13
Liste des abréviations	15
Introduction.....	16
Méthodes	19
Populations.....	19
Recueil des données et définitions	19
Aspects éthiques et réglementaires.....	22
Plan d'analyse.....	22
Résultats	24
Caractéristiques de la population	24
Identification des personnes à risque	25
Education thérapeutique des patients.....	26
Stratégie clinique face à un risque non contrôlé	29
Évaluation du retentissement sur les organes cibles (macro-angiopathies).....	30
Discussion	33

Identification des personnes à risque	34
Éducation thérapeutique des patients.....	35
Stratégie clinique face à un risque non contrôlé	36
Évaluation du retentissement sur les organes cibles.....	37
Conclusion	39
Références.....	40
Index des tableaux	45
Annexe : verbatim phase qualitative	46
G1	47
G2	49
G3	51
G4	54
G5	56
M1	58
M2	60
M3	63
M4	65
M5	68
Serment d'hippocrate	71

Liste des abréviations

CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CV	Cardiovasculaire
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension artérielle
IC 95%	Intervalle de confiance à 95 %
MAPA	Mesure ambulatoire de la pression artérielle
PHDG	Prevalence of Hypertension in Disadvantaged Guadeloupeans

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les maladies cardiovasculaires (CV) étaient en 2012 la première cause de décès dans le monde, représentant près de 31% de la mortalité totale [1]. En Caraïbes, il existe une forte mortalité précoce d'origine CV [2]. Les Antilles françaises n'échappent pas à cette règle. En Guadeloupe par exemple, le taux de mortalité lié à l'appareil circulatoire chez les moins de 65 ans s'élevait à 39,3 pour 100 000 entre 2009 et 2011 contre 24,3 pour 100 000 en France métropolitaine [3]. Pourtant, les départements français d'Amérique disposent d'un système de santé identique à celui développé au niveau national.

On sait que les Antilles françaises sont exposées à un niveau de risque CV relativement élevé. En 2007, la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) était environ deux fois supérieure en Guadeloupe à celle observée en France métropolitaine chez les femmes, et 25% plus élevée chez les hommes [4,5]. En 2009, la proportion de la population adulte recevant un traitement antidiabétique était de 6,5% aux Antilles françaises contre 3,9% en métropole [6]. Cette singularité épidémiologique semble en partie relever des conditions socio-économiques défavorables qui prévalent sur ces territoires [7,8].

On sait aussi qu'à cette particulière exposition au risque CV s'ajoute un insuffisant contrôle de ce risque. En 2007 en Guadeloupe, 22% des hommes et 44% des femmes adultes hypertendus avaient une pression artérielle contrôlée [4]. Ce phénomène n'était pas spécifique des Antilles françaises. La même année en France métropolitaine, seul un hypertendu sur quatre présentait des valeurs de pression artérielle conformes aux recommandations [5]. Aux Antilles tout du moins, le problème semble perdurer. En 2014,

l'étude *Prevalence of Hypertension in Disadvantaged Guadeloupeans* (PHDG-2014) montrait, dans une population guadeloupéenne en situation de pauvreté mais bénéficiant d'un bon accès théorique aux soins, que moins de la moitié des hypertendus traités étaient équilibrés [9]. Dans la même population, moins d'une personne recevant un traitement antidiabétique sur trois présentait un diabète contrôlé [10]. Cet insuffisant contrôle de l'HTA et du diabète était observé quel que soit le nombre de consultations médicales dans l'année. Pourtant, nombreuses sont les solutions disponibles pour une meilleure maîtrise du risque hypertensif et diabétique [11]. Chez les hypertendus traités non contrôlés ayant participé à l'étude PHDG-2014, près de 70% recevaient encore une monothérapie [7].

Parmi les hypothèses pouvant expliquer ce faible contrôle du risque figure une insuffisante qualité des soins [9,10,12]. À cet égard, les médecins généralistes ont une responsabilité particulière. En France en 2006 a été mis en place un dispositif de *gatekeeping* (« parcours de soins coordonné ») encourageant tous les assurés sociaux à désigner un médecin traitant, responsable de l'évaluation des besoins des personnes et de leur orientation vers les offres de soins que leur état de santé impose. Plus de 90% des adultes français ont effectivement désigné un médecin traitant, le plus souvent généraliste [13]. Ces médecins généralistes sont ainsi en première ligne dans la gestion du risque CV. Cette gestion du risque CV nécessite une approche globale mettant notamment en jeu une correcte évaluation du risque, une éducation du patient, des stratégies thérapeutiques adaptées, et une bonne surveillance des éventuelles complications [11]. En France, peu d'études ont exploré la qualité des pratiques des médecins généralistes en la matière.

L'objectif de ce travail était donc d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes ambulatoires aux Antilles françaises à l'égard de la prise en charge du

risque CV sur les principaux axes de celle-ci : identification des personnes à risque, éducation thérapeutique, stratégie clinique face à un risque non contrôlé, et évaluation du retentissement sur les organes cibles.

METHODES

Nous avons mis en œuvre une étude observationnelle transversale, en Guadeloupe et Martinique d'octobre 2015 à septembre 2016, en faisant appel à une méthode mixte de type exploratoire [14], avec une première phase qualitative puis une seconde quantitative.

Populations

La 1^e phase, qualitative, a porté sur une population diversifiée en âge, sexe, et zone d'exercice de dix médecins généralistes ambulatoires exerçant en Guadeloupe et Martinique.

La 2^{de} phase, quantitative, a porté sur un échantillon aléatoire de médecins généralistes ambulatoires exerçant en Guadeloupe et Martinique. La population source a été identifiée sur annuaire téléphonique (310 médecins en Guadeloupe, et 299 en Martinique en 2016). Ont été d'emblée exclus les praticiens ayant participé à la première phase. Un premier tirage au sort sans remise a permis de sélectionner un échantillon de 198 médecins en Guadeloupe et 192 en Martinique. L'objectif de l'échantillonnage était de parvenir à un effectif minimum de 350 praticiens, pour une précision des estimations d'environ 3%. Les critères d'inclusion étaient : a) une activité de médecine générale en cabinet, b) une pratique au moins partiellement allopathique. Compte tenu du nombre de médecins injoignables ou ne répondant pas aux critères d'inclusion parmi ceux initialement sélectionnés, un deuxième tirage au sort a été effectué sur les restants pour parvenir à l'objectif de recrutement.

Recueil des données et définitions

Pour la 1^e phase, nous avons mené le recueil des données grâce à des entretiens semi-directifs, en face-à-face, articulés autour de quatre questions principales abordant l'évaluation du risque CV, l'éducation du patient, la stratégie clinique face à une HTA résistante, et l'exploration des atteintes vasculaires périphériques et coronaires (encart 1). Nous avons enregistré et transcrit les entretiens. Chacun de nous a contrôlé la transcription de l'ensemble des verbatim.

Encart 1 : Trame d'entretien utilisée en phase qualitative, version finale

- 1) Comment définiriez-vous le risque CV ?
 - Quelle est votre définition du haut risque CV ?
- 2) Que pensez-vous de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du risque CV ?
 - Selon vous, quel est l'intérêt de l'éducation thérapeutique pour les patients à risque CV ?
 - Selon vous, parmi les sujets à risque CV, à quels patients faudrait-il proposer une éducation thérapeutique ?
 - Et à quels moments de leur prise en charge ?
 - En pratique, proposez-vous de l'éducation thérapeutique à vos patients à risque CV ?
 - *Si réponse "non"* : Pourquoi ?
 - *Si réponse "oui"* : Selon quelles modalités ?
 - À votre avis, quels sont les obstacles à l'éducation thérapeutique des patients ?
- 3) Face à un patient qui présente une HTA durablement déséquilibrée malgré la prise de trois médicaments antihypertenseurs, quelle stratégie adoptez-vous ?
- 4) Dans quelles circonstances prescrivez-vous des échographies Doppler artérielles des troncs supra aortiques ou des membres inférieurs ?
- 5) Dans quelles circonstances prescrivez-vous des épreuves d'effort ?

Pour la 2^{de} phase, nous avons réalisé le recueil des données grâce à un questionnaire téléphonique essentiellement constitué de questions ouvertes, respectant le plan d'entretien utilisé au cours de la première phase (encart 2). Le nombre de questions a été minimisé pour garantir le meilleur taux de réponse possible.

Encart 2 : Questionnaire utilisé en phase quantitative

- 1) Sexe (*Donnée déduite de l'identité du répondeur*)
- 2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? (*Question fermée*)
 - a. Moins de 35 ans
 - b. 35-44
 - c. 45-54
 - d. 55-64
 - e. 65 ans ou plus
- 3) Comment définiriez-vous le haut risque CV ? (*Question ouverte*)
- 4) Proposez-vous de l'éducation thérapeutique à vos patients à risque CV ? (*Question fermée*)
 - a. Oui, dans certains cas
 - b. Oui, systématiquement
 - c. Non
 - 4.1) *Si réponse a* : Pouvez-vous préciser dans quels cas ? (*Question ouverte*)
 - 4.2) *Si réponse a ou b* : Selon quelles modalités ? (*Question fermée*)
 - i. Par moi-même, au cabinet médical, dans le cadre de mes consultations
 - ii. Grâce à une structure ou équipe dédiée à l'éducation thérapeutique
 - iii. Les deux
 - iv. Autres modalités
 - 4.3) *Si réponse c* : Pourquoi ? (*Question ouverte*)
- 5) Vous découvrez un patient qui présente une HTA durablement déséquilibrée malgré la prise de trois médicaments antihypertenseurs, quelle stratégie globale adoptez-vous ? (*Question ouverte*)
- 6) Prescrivez-vous des échographies Doppler des troncs supra aortiques ? (*Question fermée*)
 - a. Oui
 - b. Non
 - 6.1) *Si réponse a* : Dans quelles circonstances ? (*Question ouverte*)
 - 6.2) *Si réponse b* : Pourquoi ? (*Question ouverte*)
- 7) Prescrivez-vous des échographies Doppler artérielles des membres inférieurs ? (*Question fermée*)
 - a. Oui
 - b. Non
 - 7.1) *Si réponse a* : Dans quelles circonstances ? (*Question ouverte*)
 - 7.2) *Si réponse b* : Pourquoi ? (*Question ouverte*)
- 8) Prescrivez-vous des épreuves d'effort ? (*Question fermée*)
 - a. Oui
 - b. Non
 - 8.1) *Si réponse a* : Dans quelles circonstances ? (*Question ouverte*)
 - 8.2) *Si réponse b* : Pourquoi ? (*Question ouverte*)

Les variables explorées étaient : a) le sexe, b) l'âge, c) la définition du haut risque CV, d) les attitudes et pratiques en matière d'éducation thérapeutique du patient, e) les attitudes et pratiques face à une HTA résistante, f) les pratiques de prescription d'échographie Doppler artérielle et d'épreuve d'effort.

Nous avons immédiatement saisi les données collectées à la phase quantitative sur formulaire informatique à l'aide de la web-application Wepi.org, maintenue par la société Epiconcept. La phase qualitative ayant permis l'inventaire des réponses possibles, nous avons codé ces réponses en temps réel. Les réponses non inventoriées ont été saisies en texte libre et codées a posteriori, après discussion avec le coordinateur de la recherche.

Aspects éthiques et réglementaires

La participation à l'étude était libre et un consentement éclairé systématiquement requis. Le fichier de données constitué pour la phase quantitative a été déclaré à la commission nationale de l'informatique et des libertés et approuvé (numéro d'enregistrement : A6D1908698M).

Plan d'analyse

Pour la 1^e phase, conformément aux principes de la « théorie ancrée » [15], l'analyse des données a consisté en l'identification de locutions clés au sein des verbatim, et au regroupement de ces locutions clés en thématiques, avec recoupement sur l'ensemble des verbatim. L'analyse des données a fait l'objet d'une triangulation, chaque chargé d'étude explorant l'ensemble des verbatim. Cette analyse a été réalisée grâce au logiciel N'Vivo v10.

Pour la 2^{de} phase, l'analyse a été réalisée grâce au logiciel Stata v13. Les données ont été décrites en effectifs, et pourcentages, ainsi qu'en intervalles de confiance à 95% pour les réponses aux questions ouvertes.

En cohérence avec la méthodologie mise en œuvre, la présentation des résultats procède d'une assimilation des deux phases de l'étude. Thématique par thématique, les données quantitatives sont illustrées et précisées par des verbatim issus de la phase qualitative. Dans ce qui suit, les sources de verbatim sont identifiées par un code associant une lettre (G pour Guadeloupe et M pour Martinique) et un chiffre d'un à cinq.

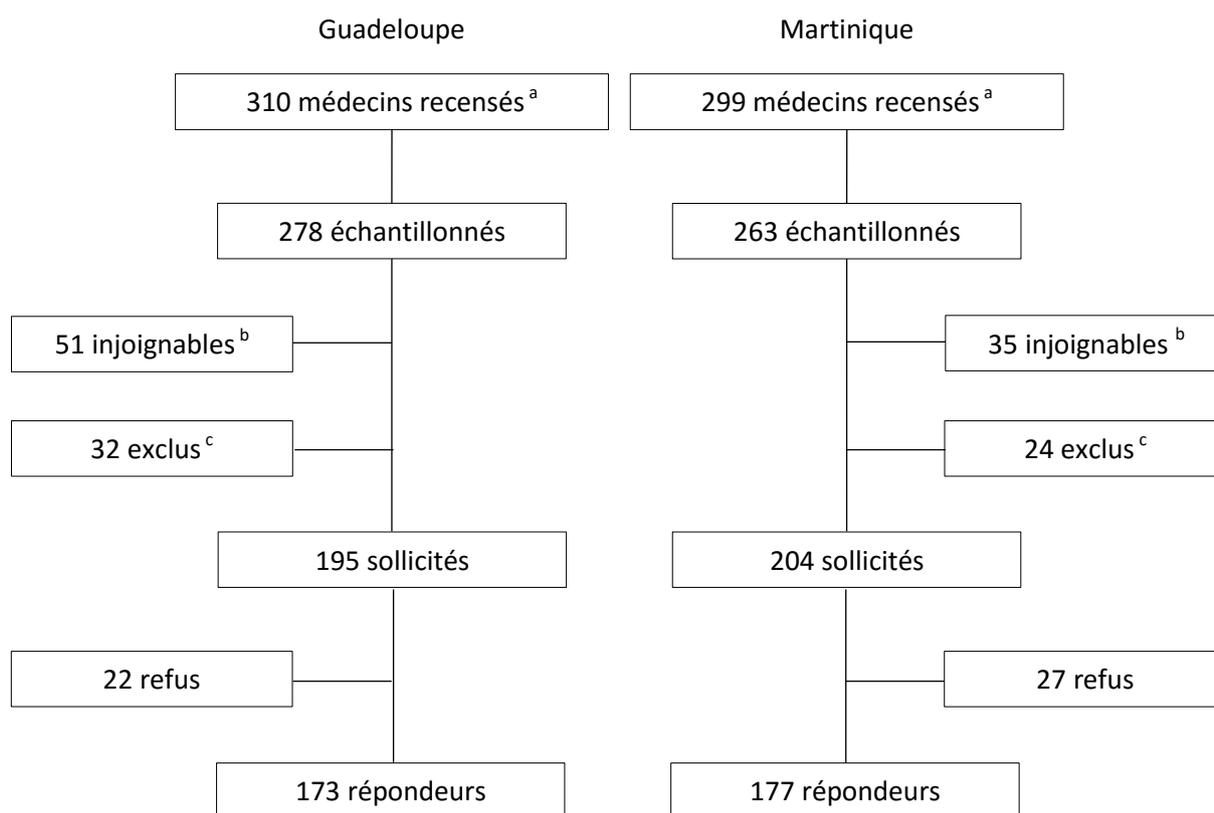
RESULTATS

Caractéristiques de la population

Parmi les dix médecins généralistes ambulatoires ayant participé à la phase qualitative, 50% exerçaient en Guadeloupe, 50% étaient des hommes, et 40% avaient plus de 55 ans.

Le processus de recrutement des participants à la phase quantitative est résumé dans la figure 1.

Figure 1 : Recrutement des participants, phase quantitative



a : sur annuaire téléphonique

b : au moins 10 tentatives de rappel à des jours de semaine et heures différents

c : médecins d'exercice particulier (échographistes, nutritionnistes, acupuncteurs, homéopathes, mésothérapeutes ou urgentistes exclusifs), et médecins ayant cessé leur activité

Ont participé à cette phase quantitative 350 médecins généralistes ambulatoires sur les 485 échantillonnés et répondant aux critères d'inclusion. Le taux de réponse était de 72,2%, 17,7% n'ayant pu être joints téléphoniquement et 10,1% ayant refusé de se prêter à la recherche. L'échantillon réuni représente près des deux tiers de la totalité de l'effectif théorique des médecins généralistes exerçant en Guadeloupe et Martinique et répondant aux critères d'inclusions.

Parmi les participants à la phase quantitative, six sur dix étaient des hommes, la moitié avaient plus de 55 ans (tableau 1), sans différence significative en sexe ou âge selon le territoire.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

	Guadeloupe		Martinique	
	(n)	%	(n)	%
<i>Sexe</i>				
Hommes	(108)	62,4	(104)	58,8
Femmes	(65)	37,6	(73)	41,2
<i>Age</i>				
< 35 ans	(12)	6,9	(22)	12,4
35 à 44 ans	(25)	14,5	(22)	12,4
45 à 54 ans	(46)	26,6	(43)	24,3
55 à 64 ans	(59)	34,1	(57)	32,2
≥ 65 ans	(31)	17,9	(33)	18,6

Identification des personnes à risque

Plus de la moitié des participants (57,1%) considéraient comme situation à haut risque CV l'expression de plusieurs facteurs de risque chez un même individu (tableau 2). Mais en phase qualitative, les définitions données semblaient peu opératoires. Ainsi un praticien

qualifiait le risque CV comme « *l'addition des éléments pathologiques, qu'ils soient biologiques ou anatomiques, susceptibles d'entraîner un accident cardiovasculaire - G5* ». La typologie des facteurs de risque cités pouvait être à la fois large et exclusive, en témoignent les propos de cet autre praticien : « *Le risque cardiovasculaire est lié pour moi à sept choses : la génétique, le surpoids, l'hypertension, le diabète, le tabac, le cholestérol, la sédentarité - G3* ». Au final, un tiers des médecins interrogés (33,1%) définissaient les situations à haut risque CV de façon conforme aux recommandations publiées en 2005 par la Haute Autorité de Santé - expression de trois facteurs de risque CV ou plus parmi l'âge, le sexe, les antécédents familiaux, le tabagisme, l'HTA, le diabète et l'hypercholestérolémie [16]. L'association HTA-diabète était spontanément mentionnée par 4,3% des répondants. Quant aux scores de risque CV disponibles, 2,9% déclaraient s'y référer (Framingham et SCORE, exclusivement).

Tableau 2 : Définition du haut risque cardiovasculaire

	(n)	%	IC95%
<i>Comment définiriez-vous le haut risque cardiovasculaire ? (Question ouverte)</i>			
Combinaison de plusieurs facteurs de risque	(200)	57,1	51,9-62,3
Combinaison de trois ou plus facteurs de risque sur liste HAS	(116)	33,1	28,4-38,3
Antécédent(s) personnel(s) d'événement(s) cardiovasculaire(s)	(84)	24,0	19,8-28,8
Antécédent(s) familial(aux) d'événement(s) cardiovasculaire(s)	(59)	16,9	13,3-21,2
HTA associée au diabète	(15)	4,3	2,6-7,0
Risque d'évènement cardiovasculaire > 20% à 10 ans (score)	(10)	2,9	1,5-5,2

HAS : Haute Autorité française de Santé

Education thérapeutique des patients

Près de la moitié (48,3%) des médecins interrogés disaient proposer systématiquement une éducation thérapeutique à leurs patients à risque CV, un sur trois (31,4%) la réservaient à certains patients, et un sur cinq (20,3%) déclaraient ne pas en proposer (tableau 3).

Tableau 3 : Education thérapeutique des patients

	(n)	%	IC95%
<i>Proposez-vous de l'éducation thérapeutique à vos patients à risque cardiovasculaire ? (Question fermée)</i>			
Oui, systématiquement	(169)	48,3	
Oui, dans certains cas	(110)	31,4	
Non	(71)	20,3	
<i>Vous avez répondu « Non », pouvez-vous préciser pourquoi ? (Question ouverte)</i>			
Manque de personnel ou de structure dédiée	(51)	71,8	60,0-81,2
Manque de formation	(29)	40,9	29,8-52,9
Manque de temps	(16)	22,5	14,1-34,0
Manque de motivation des patients	(5)	7,0	2,9-16,1
<i>Vous avez répondu « Oui, dans certains cas », pouvez-vous préciser dans quels cas ? (Question ouverte)</i>			
Règles hygiéno-diététiques à améliorer	(42)	38,2	29,5-47,7
Patient demandeur	(26)	23,6	16,5-32,6
Observance à améliorer	(23)	20,9	14,2-29,7
En prévention secondaire	(22)	20,0	13,5-28,7
En cas d'échec de prise en charge thérapeutique	(12)	10,9	6,2-18,4
<i>Vous avez répondu « Oui, systématiquement » ou « Oui, dans certains cas », pouvez-vous préciser selon quelles modalités vous proposez cette éducation thérapeutique ? (Question fermée)</i>			
Par moi-même, dans le cadre de mes consultations	(157)	56,3	
Grâce à une structure ou équipe dédiée à l'ETP	(46)	16,5	
Grâce à une structure ou personnel dédié à l'ETP et par moi-même	(58)	20,8	
Autres modalités (recours à une diététicienne...)	(18)	6,5	

ETP : Education Thérapeutique du Patient

Parmi les participants déclarant ne pas proposer d'éducation thérapeutique à leurs patients à risque CV, la principale raison avancée (71,8%) était le manque de personnel ou de

structure dédiée : « *il y en a deux, trois qui commencent à se mettre en place, (...) je pense qu'il faudrait en proposer d'autres, on n'a pas un maillage suffisant - M2* ». Certains critiquaient le non-remboursement par l'assurance maladie de prestations nécessaires à l'éducation du patient : « *si on demande une éducation nutritionnelle, une diététicienne n'est pas prise en charge par la sécu - M2* ». D'autres déploraient la complexité administrative pour mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique ambulatoires susceptibles d'être pris en charge par les tutelles : « *c'est très compliqué à mettre en œuvre, il faut une structure de soins, il faut un dossier, il faut le financement, une équipe pour organiser le programme, (...) et ça coûte cher - M5* ». Ces difficultés limitaient aux structures hospitalières l'offre d'éducation thérapeutique, ce qui pouvait constituer un obstacle pour y accéder : « *c'est très difficile... en commune, c'est peut-être plus facile pour les gens [proches du centre hospitalier universitaire] de Fort-de-France - M2* ».

Parmi les participants déclarant proposer de l'éducation thérapeutique au cas par cas, les principaux motifs de prescription avaient trait à l'amélioration des règles hygiéno-diététiques (38,2%) ou de l'observance (20,9%). Les notions de décision partagée ou d'autonomisation n'étaient évoquées ni en phase qualitative, ni en phase quantitative.

Parmi les 79,7% de participants déclarant proposer systématiquement ou dans certains cas de l'éducation thérapeutique, 56,3% disaient la mettre en œuvre par eux-mêmes, dans le cadre de leurs consultations, sans faire appel à d'autres professionnels de santé. Quelques-uns étaient confiants en leur capacité à assurer seuls l'éducation des patients : « *l'éducation thérapeutique concernant par exemple les facteurs de risque que sont l'hypercholestérolémie j'arrive bien à gérer, parce que c'est simple : il suffit de donner des bons conseils de diététique (...); je n'adresse pas beaucoup au diététicien pour ça, je donne moi-même*

l'explication - M4 ». D'autres constataient l'éventuelle inefficacité de leurs démarches éducatives et la nécessité de recourir à des dispositifs spécifiques : *« des fois ça marche et on y arrive bien, des fois ça ne marche pas et alors je peux faire hospitaliser le patient pour un bilan avec une prise en charge et éducation thérapeutique - G3 ».* Un praticien déplorait une confusion entre éducation à la santé et éducation thérapeutique : *« on confond l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique : l'éducation thérapeutique c'est un programme en bonne et due forme, et en médecine libérale il n'y a pratiquement personne qui le fait - M5 ».* Certains, évoquant cette confusion, mettaient en doute leurs capacités en la matière : *« je ne pense pas faire de l'éducation thérapeutique, c'est une notion qui est assez floue pour moi ; peut-être que je fais de l'éducation thérapeutique sans le savoir : des conseils diététiques et faire de l'exercice... - G5 ».* Le manque de formation était mis en avant : *« on n'est pas forcément formé à 100% et on essaie de le faire, on bidouille mais ce n'est pas de la vraie éducation thérapeutique - M3 ».*

Stratégie clinique face à un risque non contrôlé

Face à un patient nouvellement suivi et semblant présenter une HTA durablement déséquilibrée malgré la prise de trois médicaments antihypertenseurs, 56% des participants déclaraient recourir à un avis spécialisé après bilan (tableau 4). Trois à quatre sur dix disaient contrôler l'observance au traitement (39,7%), le respect des règles hygiéno-diététiques (35,4%) et l'adéquation du traitement (33,4%) ; 5,7% procédaient à une évaluation psychosociale. Si un bilan d'HTA secondaire était initié, c'était essentiellement à la recherche d'une sténose des artères rénales (31,4%), plus rarement à la recherche d'une apnée du sommeil (9,4%). La confirmation des valeurs de pression artérielle par mesure ambulatoire de la pression artérielle était spontanément évoquée par 14% des médecins interrogés, certains

convenant de la nécessaire prise en compte de l'hypertension induite par l'examineur : « *les patients sont mieux contrôlés que ce que l'on pense : l'effet blouse blanche est très fréquent - M5* ».

Tableau 4 : Stratégie face à une HTA résistante

	(n)	%	IC95%
<i>Vous découvrez un patient qui présente une hypertension durablement déséquilibrée malgré la prise de trois médicaments antihypertenseurs, quelle stratégie globale adoptez-vous ? (Question ouverte)</i>			
Envoi au spécialiste après bilan	(196)	56,0	50,7-61,1
Vérification de l'observance	(139)	39,7	34,7-45,0
Vérification des règles hygiéno-diététiques	(124)	35,4	30,6-40,6
Vérification de l'adéquation du traitement	(117)	33,4	28,7-38,6
Recherche d'une sténose des artères rénales	(110)	31,4	26,8-36,5
Vérification de la consommation de sel	(87)	24,9	20,6-29,7
Recherche du retentissement sur les organes cibles	(79)	22,6	18,5-27,3
Envoi au spécialiste d'emblée	(74)	21,1	17,2-25,8
Évaluation des autres facteurs de risque	(73)	20,9	16,9-25,5
Confirmation par MAPA	(49)	14,0	10,7-18,1
Confirmation par automesure	(48)	13,7	10,5-17,8
Recherche de phéochromocytome	(47)	13,4	10,2-17,4
Recherche d'une apnée du sommeil	(33)	9,4	6,8-13,0
Recherche d'un adénome de Cohn	(25)	7,1	4,9-10,4
Évaluation psycho-sociale	(20)	5,7	3,7-8,7

MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle

Évaluation du retentissement sur les organes cibles (macro-angiopathies)

La quasi-totalité des médecins généralistes participants déclarait prescrire des explorations angéiologiques des artères périphériques (96,6% pour les échographies Doppler des troncs supra-aortiques, 99,4% pour les échographies Doppler artérielles des membres inférieurs). Pour les membres inférieurs (tableau 5), les principaux motifs de prescription avaient trait au suivi du diabète (66,1%) et à l'expression de symptômes tels que la claudication (64,4%) ou l'abolition d'un pouls (57,2%). Avec ou sans diabète, la prescription dans le cadre du suivi

des patients à haut risque CV était moins fréquemment citée (31%). Pour les troncs supra-aortiques, le suivi du diabète était le premier motif de prescription cité (56,8% ; IC95% : 51,4-62,0). Le suivi des patients à haut risque CV l'était significativement moins (33,7% ; IC95% : 28,9-39,0). Le diabète se présentait comme un facteur de risque CV obligeant à une surveillance angéiologique régulière : « *chez les diabétiques, de toute façon, ça fait partie de la prise en charge - G3* ». Les autres situations à risque ne semblaient pas perçues comme exigeant une telle surveillance : « *hors diabète, je ne prescris pas [d'échographie Doppler] de manière systématique - M1* ».

Tableau 5 : Recherche d'artériopathie des membres inférieurs

	(n)	%	IC95%
<i>Prescrivez-vous des échographies Doppler artérielles des membres inférieurs ? (Question fermée)</i>			
Oui	(348)	99,4	
<i>Si oui, dans quelles circonstances ? (Question ouverte)</i>			
Suivi - Diabète	(230)	66,1	60,9-70,9
Symptômes - Claudication	(224)	64,4	59,2-69,2
Symptômes - Abolition d'un pouls	(199)	57,2	51,9-62,3
Suivi - Patient à haut risque cardiovasculaire	(108)	31,0	26,4-36,1
Suivi - Hypertension artérielle	(104)	29,9	25,3-34,9
Symptômes - Troubles trophiques membres inférieurs	(88)	25,3	21,0-30,1
Prévention secondaire - Artériopathie périphérique connue	(62)	17,8	14,1-22,2
Suivi - Dyslipidémie	(60)	17,2	13,6-21,6
Suivi - Tabagisme	(52)	14,9	11,6-19,1
Prévention secondaire - Maladie cérébrovasculaire	(33)	9,5	6,8-13,1
Prévention secondaire - Coronaropathie	(32)	9,2	6,6-12,7

Sept médecins généralistes interrogés sur dix (69,4%) déclaraient prescrire des épreuves d'effort (tableau 6). Le premier motif de prescription avait trait aux douleurs thoraciques à l'effort (53,5%), le second au suivi du diabète (40,3%). Hors diabète, la prescription dans le cadre du suivi des patients à haut risque CV était moins fréquemment citée (27,2%). Parmi

les participants déclarant ne pas prescrire d'épreuve d'effort, 96,3% disaient en laisser le soin au cardiologue : « *ce n'est pas moi qui prescrit l'épreuve d'effort, en général j'envoie le patient chez le cardiologue - G2* ». Cet examen était perçu comme dangereux - « *une épreuve d'effort sans consultation cardio au préalable je trouve ça un petit peu risqué - G5* » - devant être laissé à la responsabilité du spécialiste, dans le cadre d'une collaboration où le rôle de chacun semblait fixé par des règles tacites - « *j'estime que c'est le cardio qui décide si oui ou non il faut qu'il la fasse - M3* ».

Tableau 6 : Recherche de coronaropathie

	(n)	%	IC95%
<i>Prescrivez-vous des épreuves d'effort ? (Question fermée)</i>			
Oui	(243)	69,4	
<i>Si oui, dans quelles circonstances ? (Question ouverte)</i>			
Symptômes - Douleur thoracique à l'effort	(130)	53,5	47,2-59,7
Suivi - Diabète	(98)	40,3	34,3-46,7
Symptômes - Dyspnée d'effort	(94)	38,7	32,7-45
Sport - Plus de 45 ans	(86)	35,4	29,6-41,7
Suivi - Patient à haut risque cardiovasculaire	(66)	27,2	21,9-33,1
Symptômes - Douleur thoracique atypique	(59)	24,3	19,3-30,1
Suivi - Hypertension artérielle	(36)	14,8	10,9-19,9
Prévention secondaire - Coronaropathie	(19)	7,8	5,0-12
Sport - Liste ministérielle	(17)	7,0	4,4-11
Prévention secondaire - Artériopathie périphérique connue	(12)	4,9	2,8-8,5
Suivi - Dyslipidémie	(9)	3,7	1,9-7,0
Signes électrocardiographiques	(9)	3,7	1,9-7,0
Suivi - Tabagisme	(8)	3,3	1,6-6,5
Arythmie	(6)	2,5	1,1-5,4
<i>Si non, pourquoi ? (Question ouverte)</i>			
J'en laisse le soin au cardiologue	(103)	96,3	

DISCUSSION

Moins d'un tiers des médecins généralistes ayant participé à cette étude définissaient les situations à haut risque CV de façon conforme aux recommandations des sociétés savantes françaises ou européennes. Près de huit participants sur dix déclaraient proposer une éducation thérapeutique à leurs patients à risque CV, mais plus de la moitié d'entre eux la mettait en œuvre seuls, dans le cadre de leurs consultations. Les principaux obstacles cités étaient liés aux carences de personnels dédiés ou structures disponibles et au manque de formation. Face à une HTA apparemment résistante, trois à quatre médecins sur dix vérifiaient l'observance, le respect des règles hygiéno-diététiques ou l'adéquation du traitement, mais moins d'un sur dix procédait à une évaluation psychosociale. Le contrôle des valeurs de pression artérielle par mesure ambulatoire ou automesure était spontanément évoqué par moins d'un praticien sur sept. Si un bilan d'HTA secondaire était initié, c'était trois fois plus souvent à la recherche d'une cause réno-vasculaire que d'une apnée du sommeil. Les principaux motifs de prescription d'exams des artères périphériques et coronaires avaient trait au suivi du diabète et à l'expression de symptômes. Hors diabète, la prescription dans le cadre du suivi des personnes à haut risque n'était mentionnée que par un participant sur trois.

La méthode mixte adoptée pour ce travail présente trois intérêts majeurs. À la phase qualitative, elle permet une approche exploratoire de problèmes peu étudiés. À la phase quantitative, elle permet l'utilisation d'un jeu de questions ouvertes, ce qui maximise la spécificité des mesures. Au final, elle permet à la fois de quantifier les phénomènes explorés et de mieux les comprendre. Par ailleurs, le taux de réponse obtenu en phase quantitative

peut être considéré comme élevé compte tenu de la population cible et au regard des recherches auparavant menées. Cela assure une représentativité correcte de l'échantillon et une bonne précision des estimations. Une limite a trait à la procédure de recrutement en phase qualitative. L'effectif était a priori fixé à dix praticiens, ce qui ne pouvait garantir une saturation des réponses aux principales questions abordées. L'utilisation de questions ouvertes en phase quantitative, similaires à celles posées en phase qualitative, a permis d'y faire face. La validité de nos résultats n'en est pas altérée. La comparaison de ces résultats à ceux obtenus dans des études de méthodologies différentes est cependant difficile.

Identification des personnes à risque

Les difficultés à définir le risque CV qui pouvaient être observées parmi les participants à notre étude ont été ailleurs décrites. En Irlande en 2011, seuls 14% d'une population de 493 médecins généralistes déclaraient faire usage régulier des outils d'évaluation de risque CV global [17]. Ce sous-recours aux outils d'évaluation peut se traduire par une sous-évaluation du risque. En France la même année, dans une étude portant sur 619 omnipraticiens et 13 446 patients, seuls 23% des patients pouvant être classés à haut risque selon l'outil SCORE étaient reconnus comme tels par leurs médecins [18]. Cette sous-évaluation du risque CV global peut s'opposer à une bonne adéquation des traitements proposés aux patients [19], en particulier ceux les plus à risque [20]. La multiplicité des recommandations en matière d'évaluation du risque global semble constituer un obstacle à cette évaluation [17], d'autant qu'une proportion importante de praticiens peuvent manquer de confiance en la validité des scores recommandés [21]. Enfin, alors que le temps médical disponible est contraint, la complexité de ces scores peut constituer un obstacle à leur correcte mise en œuvre [22].

Éducation thérapeutique des patients

En grande majorité, les médecins interrogés semblaient bien percevoir l'intérêt de l'éducation thérapeutique des patients à risque CV, tout du moins pour améliorer l'observance et les pratiques diététiques ou d'activité physique de ces patients. De la même façon, en 2008 en Croatie, 66,9% d'une population de 1382 médecins (44,7% de généralistes) jugeaient que l'éducation des patients était un bon moyen de mieux prévenir les maladies CV [23]. Au-delà de son éventuel effet sur les comportements de santé, l'éducation du patient est associée à de meilleures pratiques professionnelles [24]. Au total, elle peut diminuer la mortalité CV des personnes à haut risque [25]. Mais, à l'encontre des recommandations [11], la plupart des participants à notre étude déclaraient mettre en œuvre seuls l'éducation thérapeutique de leurs patients, hors démarche pluridisciplinaire. Cette situation est similaire à celle observée en France en 2009 : selon le « baromètre santé médecins généralistes », moins de la moitié des omnipraticiens orientaient systématiquement ou souvent leurs patients affectés de maladies chroniques vers d'autres professionnels de santé pour des activités éducatives [26]. Cela peut s'expliquer par un manque de connaissance des principes fondamentaux de l'éducation thérapeutique, parfois confondue avec les simples conseils que chaque professionnel peut formuler dans le cadre de l'éducation pour la santé. Cependant, parmi les participants à notre étude, le non-recours à des intervenants extérieurs s'expliquait surtout pas des difficultés d'ordre structurel : obstacle financier en raison de la non prise en charge par l'assurance maladie de certaines offres de soins utiles à l'éducation thérapeutique ; obstacle géographique en raison de la complexité administrative à mettre en œuvre une pluridisciplinarité et, en conséquence, du manque de structures opérationnelles. La plupart des médecins interrogés étaient

conscients des limites de leurs actions éducatives, mais étaient contraints à les réaliser sans assistance. Le manque de formation, aggravé par le manque de temps médical disponible, semblait alors poser problème. Ces difficultés structurelles et professionnelles ont déjà été relevées en France [26], en Europe [27], et aux États-Unis [28]. Des facteurs plus complexes pourraient également intervenir, ayant trait à la singularité voire l'exclusivité de la relation médecin-patient, aux représentations qu'ont les médecins généralistes de leur place dans le système de soins, et à une forme de conservatisme dans leurs pratiques [27].

Stratégie clinique face à un risque non contrôlé

Pour évaluer la qualité des stratégies déployées par les omnipraticiens face à un risque non contrôlé, nous avons exploré le problème de l'HTA résistante. Cette situation clinique fait l'objet de recommandations largement communiquées par la société française d'HTA [29]. Les attitudes des médecins généralistes interrogés étaient globalement conformes à ces recommandations : vérification de l'observance, de l'adéquation du traitement et des règles hygiéno-diététiques, puis envoi à un spécialiste hypertensiologue. Mais le contrôle de la pression artérielle par mesure ambulatoire était beaucoup moins mentionné. Pourtant, il a été montré en Guadeloupe que l'HTA induite par l'examineur pouvait concerner jusqu'à 25% des patients présentant une élévation de leurs chiffres tensionnels [30]. En France en 2005, l'automesure permettait de reclasser 27% des HTA résistantes en HTA contrôlées [31]. En outre, l'évaluation psychosociale des patients était fort peu citée. L'étude PHDG-2014 menée en population guadeloupéenne a effectivement montré que l'accompagnement médico-social des patients à risque non-contrôlé, même régulièrement suivis par leur médecin traitant, était très limité [32]. Si les participants à notre étude débutaient un bilan d'HTA secondaire, c'était surtout à la recherche d'une sténose des artères rénales, et

beaucoup moins en dépistant un syndrome d'apnée du sommeil (SAS). Pourtant, le SAS est beaucoup plus fréquent chez les patients présentant une HTA résistante que chez ceux présentant une HTA contrôlée [33], sa prévalence est relativement élevée aux Antilles françaises [34], et sa prise en charge peut diminuer la morbi-mortalité CV [11]. Il faut cependant reconnaître que les recommandations de la société française d'HTA soumettent explicitement la recherche du SAS à l'avis du spécialiste hypertensiologue, au risque de compliquer les parcours de soins des patients.

Évaluation du retentissement sur les organes cibles

Pour évaluer les pratiques de dépistage des atteintes infracliniques des organes cibles, nous avons exploré les motifs de prescription d'échographies Doppler artérielles et d'épreuve d'effort. Nos résultats déconstruisent les éventuelles représentations quant au manque d'attention des médecins généralistes à l'égard de la surveillance CV des patients en prévention primaire. Le suivi du diabète constituait un motif majeur de recherche d'artériopathies périphériques, égal voire supérieur aux situations symptomatiques telles que la claudication des membres inférieurs. L'existence de recommandations indiquant clairement la place des explorations angéiologiques dans les parcours de soins des patients diabétiques pourrait l'expliquer [35]. L'incidence relativement élevée des complications chroniques du diabète en population antillaise française [36] pourrait également faciliter le dépistage de ses atteintes infracliniques, en menant les omnipraticiens à considérer ce facteur de risque comme étant d'une particulière gravité. La prescription d'exams angéiologiques dans le cadre du suivi des patients hypertendus, dyslipidémiques, tabagiques, voire à haut risque parce que cumulant ces différents facteurs, était bien moins mentionnée. L'apparente négligence de ces situations à risque rappelle les difficultés,

observées dans notre étude et ailleurs, à évaluer le risque CV. Enfin, trois médecins interrogés sur dix disaient ne jamais prescrire de dépistage de coronaropathie par épreuve d'effort. Cela ne semblait pas relever d'une simple méconnaissance des indications de cet examen. Les représentations des omnipraticiens quant à leurs compétences et leur rôle dans le système de soins semblaient jouer un rôle majeur.

CONCLUSION

Dans ce large échantillon de médecins généralistes ambulatoires exerçant aux Antilles françaises, la qualité de la prise en charge du risque CV ne paraissait pas répondre pleinement aux recommandations des sociétés savantes et aux besoins des populations. Nos résultats suggèrent quelques pistes d'amélioration. L'implémentation des scores de risque dans les logiciels métier utilisés par les professionnels peut faciliter l'adoption de ces scores. Une meilleure promotion de la pluridisciplinarité et de l'intégration sanitaire et médico-sociale est nécessaire. La production de référentiels professionnels plus opératoires et mieux adaptés aux compétences des praticiens ainsi qu'aux spécificités des territoires est indispensable. L'élaboration de plans personnalisés de santé concertés et protocolisés peut limiter les écarts à ces référentiels, d'autant que les systèmes d'information peuvent aider les omnipraticiens à se conformer aux protocoles qu'ils élaborent. Quoi qu'il en soit, pour un meilleur service rendu aux usagers, le dispositif de formation médicale continue doit être optimisé.

REFERENCES

1. OMS | Maladies cardiovasculaires [Internet]. WHO [cité 2017 mars 4]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/>
2. WHO | Estimates for 2000–2015 [Internet]. WHO [cité 2017 mars 6]; Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/
3. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès - CépiDc. Interrogation des données sur les causes de décès de 1979 à 2013 - Indicateurs de mortalité [Internet]. 2015 [cité 2016 juill 3]; Available from: <http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>
4. Atallah A, Kelly-Irving M, Zouini N, Ruidavets J-B, Inamo J, Lang T. Controlling arterial hypertension in the French West Indies: a separate strategy for women? *Eur. J. Public Health* 2010;20:665-70.
5. Godet-Mardirossian H, Girerd X, Vernay M, Chamontin B, Castetbon K, de Peretti C. Patterns of hypertension management in France (ENNS 2006-2007). *Eur. J. Prev. Cardiol.* 2012;19:213-20.
6. Ricci P, Blotière P-O, Weill A, Simon D, Tuppin P, Ricordeau P, et al. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? [Treated diabetes: which trends between 2000 and 2009 in France?]. *Bull. Epidemiol. Hebd.* 2010;425-31.
7. Tuppin P, Ricci-Renaud P, de Peretti C, Fagot-Campagna A, Alla F, Danchin N, et al. Frequency of cardiovascular diseases and risk factors treated in France according to social deprivation and residence in an overseas territory. *Int. J. Cardiol.* 2014;173:430-5.
8. Carrère P, Harchaoui Y, Hélène-Pelage J, Lang T, Inamo J, Atallah A. P4-35: Social position and cardiovascular risk in the French Caribbean. *Ann. Cardiol. Angeiol.* 2015;64 Suppl 1:S35.

9. Carrère P, Halbert N, Lamy S, Inamo J, Atallah A, Lang T. Changes in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in disadvantaged French Caribbean populations, 2003 to 2014. *J. of Hum. Hypertens.* 2017;[Ahead of print].
10. Carrère P, Fagour C, Sportouch D, Gane-Troplent F, Hélène-Pelage J, Lang T, et al. Diabetes Mellitus and Obesity in the French Caribbean: a Special Vulnerability for Women? *Women Health* 2017;[Epub ahead of print].
11. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur. Heart J.* 2016;37:2315-81.
12. Fosse-Edorh S, Fagot-Campagna A, Detournay B, Bihan H, Eschwege E, Gautier A, et al. Impact of socio-economic position on health and quality of care in adults with Type 2 diabetes in France: the Entred 2007 study. *Diabet. Med.* 2015;32:1438-44.
13. Dourgnon P, Naiditch M. The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping. *Health Policy* 2010;94:129-34.
14. Creswell JW, Clark VLP. *Designing and Conducting Mixed Methods Research.* SAGE Publications; 2011.
15. Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE Handbook of Qualitative Research.* SAGE Publications; 2011.
16. Haute Autorité de Santé. Synthèse des recommandations professionnelles : prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle [Internet]. 2005 [cité 2017 mars 23]; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hta_patient_adulte_synthese.pdf

17. Byrne D, O'Connor L, Jennings S, Bennett K, Murphy AW. A Survey of GPs Awareness and Use of Risk Assessment Tools and Cardiovascular Disease Prevention Guidelines. *Ir. Med. J.* 2015;108:204-7.
18. Bruckert E, Bonnelye G, Thomas-Delecourt F, André L, Delaage P-H. Assessment of cardiovascular risk in primary care patients in France. *Arch. Cardiovasc. Dis.* 2011;104:381-7.
19. Zechmann S, Senn O, Valeri F, Neuner-Jehle S, Rosemann T, Djalali S, et al. The impact of an individualized risk-adjusted approach on hypertension treatment in primary care. *J. Clin. Hypertens.* 2017; [Epub ahead of print].
20. Cogneau J, Lebeau J-P, Tichet J, Lange C, Balkau B, Groupe d'étude DESIR. [Drug treatment of cardiovascular risk factors over six years of following the French DESIR cohort]. *Sante Publique* 2009;21:547-59.
21. Dallongeville J, Banegas JR, Tubach F, Guallar E, Borghi C, De Backer G, et al. Survey of physicians' practices in the control of cardiovascular risk factors: the EURIKA study. *Eur. J. Prev. Cardiol.* 2012;19:541-50.
22. Liew SM, Blacklock C, Hislop J, Glasziou P, Mant D. Cardiovascular risk scores: qualitative study of how primary care practitioners understand and use them. *Br. J. Gen. Pract.* 2013;63:e401-7.
23. Reiner Z, Sonicki Z, Tedeschi-Reiner E. Physicians' perception, knowledge and awareness of cardiovascular risk factors and adherence to prevention guidelines: the PERCRO-DOC survey. *Atherosclerosis* 2010;213:598-603.
24. Unverzagt S, Oemler M, Braun K, Klement A. Strategies for guideline implementation in primary care focusing on patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Fam. Pract.* 2014;31:247-66.
25. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011;CD001561.

26. Baromètre santé médecins généralistes 2009 - Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale - prevention-EPS-ETP.pdf [Internet]. [cité 2017 mars 6]; Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>
27. Sunaert P, Vandekerckhove M, Bastiaens H, Feyen L, Vanden Bussche P, De Maeseneer J, et al. Why do GPs hesitate to refer diabetes patients to a self-management education program: a qualitative study. *BMC Fam. Pract.* 2011;12:94.
28. Elliott DJ, Robinson EJ, Sanford M, Herrman JW, Riesenber LA. Systemic barriers to diabetes management in primary care: a qualitative analysis of Delaware physicians. *Am. J. Med. Qual.* 2011;26:284-90.
29. Denolle T, Chamontin B, Doll G, Fauvel J-P, Girerd X, Herpin D, et al. Management of resistant hypertension: expert consensus statement from the French Society of Hypertension, an affiliate of the French Society of Cardiology. *J. Hum. Hypertens.* 2016;30:657-63.
30. Atallah A, Inamo J, Larabi L, Chatellier G, Rozet J-E, Machuron C, et al. Reducing the burden of arterial hypertension: what can be expected from an improved access to health care? Results from a study in 2420 unemployed subjects in the Caribbean. *J. Hum. Hypertens.* 2007;21:316-22.
31. Denolle T, Eon Y, Le Néel H, Seignard H, Battini J. [District program to improve the cardiovascular risk of resistant hypertensive patients in general medicine]. *Arch. Mal. Coeur Vaiss.* 2005;98:761-6.
32. Carrère P, Hérim M, Hélène-Pelage J, Atallah A, Inamo J, Lang T. P4-29: Cardiovascular risk management in the French Caribbean: better coordination needed. *Ann. Cardiol. Angéiologie* 2015;64 Suppl 1:S33.
33. Demede M, Pandey A, Zizi F, Bachmann R, Donat M, McFarlane SI, et al. Resistant hypertension and obstructive sleep apnea in the primary-care setting. *Int. J. Hypertens.* 2011;2011:340929.

34. Alexis-Fardini S, Fardini T, Rose P, Vaillant J, Courcier D, Deblay T. Syndrome d'apnées obstructives du sommeil de l'adulte : existe-t-il une prévalence et des caractéristiques spécifiques en Martinique ? *Exercer* 2016;148-55.
35. Rydén L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Cosentino F, Danchin N, et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur. Heart J.* 2013;34:3035-87.
36. Assogba FGA, Couchoud C, Hannedouche T, Villar E, Frimat L, Fagot-Campagna A, et al. Trends in the epidemiology and care of diabetes mellitus-related end-stage renal disease in France, 2007-2011. *Diabetologia* 2014;57:718-28.

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des participants	25
Tableau 2 : Définition du haut risque cardiovasculaire	26
Tableau 3 : Education thérapeutique des patients	27
Tableau 4 : Stratégie face à une HTA résistante	30
Tableau 5 : Recherche d'artériopathie des membres inférieurs	31
Tableau 6 : Recherche de coronaropathie	32

ANNEXE : VERBATIM PHASE QUALITATIVE

G1

QUESTION 1 : Que pensez-vous de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du risque cardio vasculaire ?

L'éducation thérapeutique en médecine générale c'est très difficile à envisager par le manque de temps, donc éduquer les patients c'est compliqué.

Dans le cadre des risques cardio-vasculaires on ne le fait pas beaucoup en pratique. On parle beaucoup de la tension et du diabète. Moi je le fais quand je calcule le risque avec le cholestérol. Pour savoir ton taux de cholestérol tu calcules le nombre de facteurs de risques et dans ce cas-là c'est à ce moment-là que je l'aborde. Mais seul, on ne parle pas des facteurs de risque cardio-vasculaires c'est rare. En prévention primaire en tout cas. Prévention secondaire oui toujours.

Mais primaire pas beaucoup. Je les énumère pour les rechercher, et j'aborde chaque point, chaque risque avec le patient. Je cible plus ou moins s'il est touché par un ou plusieurs facteurs de risque, je cible ceux-là pour étendre mon discours. Je leurs dit ce que ça implique en fait parce que le mot facteur de risque cardio vasculaire pour eux ça ne veut rien dire. C'est vraiment dépendant de chaque patient. Je n'ai jamais de chose type que je dis aux patients, à part pour le diabète, je m'adapte vraiment au discours du patient, à ses questions et à ses facteurs justement.

QUESTION 2 : Devant un patient qui présente une HTA durablement déséquilibrée malgré la prise de 3 anti hypertenseurs, quelle stratégie adoptez-vous ?

En Guadeloupe c'est un tiers des patients hypertendus au moins. Déjà dans le tiers la moitié que tu vas virer parce que ils mangent du sel tout le temps c'est donc ce ne sont pas de vraies hypertensions résistantes. Dans ce cas généralement là je les envoie chez le cardiologue. Le coup bilan des artères rénales tout ça non, je les adresse au cardiologue. Et généralement le cardiologue ne fait rien de plus, il modifie juste les traitements. Mais la majorité du temps c'est des régimes déséquilibrés. Je dose le Sodium urinaire des 24 heures pour savoir s'il mange beaucoup de sel ou pas et clairement ça dès que tu le fais, tu retrouves trop de sel.

QUESTION 3 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des écho-doppler artériel des troncs supra-aortiques ou des membres inférieurs ?

J'ai beaucoup de patients diabétiques, donc tout bilan de diabète : tous les 3 ans obligatoire. Puis dans les bilans d'AVC. Je vois venir la question de « je devrais le faire si plus de tant de facteurs de risques cardio-vasculaires », clairement je ne le fais pas. Quand c'est symptomatique c'est hyper rare, on ne se plaint pas des troncs aortiques. On ne voit pas

souvent les claudications, ou alors je ne les repère pas assez souvent. Mais ils ne s'en plaignent pas beaucoup. Au niveau des facteurs de risque cardio-vasculaires, ils sont tous diabétiques. Donc clairement je le fais à tous mes patients diabétiques tous les 3 ans. Si le patient est juste hypertendu, je ne me souviens peut-être pas des recommandations, sûrement pas même, mais je ne le fais pas. Et alors c'est rare qu'ils aient plus de 3 facteurs de risque cardio vasculaire et pas le diabète.

QUESTION 4 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des épreuves d'effort ?

Ce n'est pas moi qui la prescris, c'est le cardiologue. C'est compliqué pour nous de prendre les rendez-vous, les cardiologues les prennent plus facilement. Je la prescris chez le diabétique avec plus de trois facteurs de risques cardio-vasculaires, plus de 50 ans ou moins de 50 ans et un antécédent déjà d'infarctus. En pratique il a son rendez-vous annuel chez le cardiologue avec au moins son électrocardiogramme, et le cardiologue rassemble les facteurs de risque et l'envoie faire l'épreuve effort. Je ne pense pas pour un certificat de sport.

G2

QUESTION 1 : Que pensez-vous de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du risque cardio-vasculaire ?

Elle est primordiale pour que le patient adhère bien à son traitement, qu'il comprenne ce qui se passe, les enjeux, les risques à venir s'il ne prend pas bien son traitement ou s'il ne revient pas en consultation, donc pour moi c'est primordial d'éduquer les patients pour qu'ils se connaissent au maximum, pour qu'ils puissent être le mieux traité possible. La coordination entre eux qui prennent leur traitement et qui savent comment ils se sentent etc., et moi qui essaye de prescrire au mieux de leur intérêt, si eux derrière n'adhèrent pas, j'ai beau faire ce que je veux, ça ne peut pas marcher.

A votre avis quels sont les obstacles l'éducation thérapeutique des patients ?

Je dirais qu'un des obstacles ici c'est beaucoup de fatalité, « c'est comme ça, voilà ». Il n'y a pas forcément la compréhension que ce qu'on fait aujourd'hui aura des répercussions sur leur santé plus tard, ou en tout cas ils le prennent tel que « oh bah c'est comme ça ». Donc effectivement quand on a du diabète on ne se sent pas forcément malade donc accepter de venir régulièrement chez le médecin et prendre des traitements tous les jours quand on ne se sent pas malade, c'est pas forcément évident. Je pense que c'est un des freins. Après il y a tous les obstacles sociaux quand on a des difficultés sociales, financières, ce n'est pas forcément le point qui est primordial, quand on ne sait pas comment manger demain, évidemment la prise en charge de son diabète elle devient un peu secondaire. J'ai aussi ça comme frein quand même pour une certaine partie de la population, même si heureusement pour le moment on a encore une bonne protection sociale qui fait qu'ils ne payent pas leur médicaments, pas leurs consultations, mais le fait est que des fois la prise en charge du diabète ou de l'hypertension est rendue compliquée par les problèmes sociaux, le travail qui n'est pas forcément évident, pas compatible forcément avec une bonne hygiène alimentaire, qui serait satisfaisante avec la pratique d'activités sportives.

Dans quelles circonstances proposez-vous une éducation thérapeutique ?

Alors il y en a qui sont en demande, qui veulent, qui sont effectivement intéressés qui veulent comprendre tout ça. Donc dans une découverte de diabète on peut les inclure au réseau diabète. Quand on n'arrive pas à les équilibrer, après plusieurs tentatives, (plusieurs consultations, j'essaye de leur expliquer, j'essaye de leur faire de mon côté un peu d'éducation. Des fois ça marche et on y arrive bien, des fois ça ne marche pas et quand je n'y arrive pas, à comprendre le blocage du patient, pourquoi on y arrive pas, je peux soit faire hospitaliser le patient en clinique pour un bilan avec une prise en charge et une éducation thérapeutique soit inclure le patient dans certains réseaux : HTA-Gwad ou Réseau Diabète.

QUESTION 2 : Face à un patient qui présente une HTA durablement déséquilibrée malgré la prise de 3 anti hypertenseurs, quelle stratégie adoptez-vous ?

Dans un premier temps je fais une recherche d'HTA secondaire comme une apnée du sommeil, une sténose des artères rénales. Je vais essayer d'évaluer l'observance, parce que des fois ils nous disent « oui, oui » je leur en prescris 3 mais le médicament s'il reste dans la boîte ça ne marche pas, ça fait partie des causes aussi. Si l'observance est bonne que j'ai aucune cause, je vais l'envoyer chez le cardiologue pour avoir un bilan de toute façon sur le retentissement, pour avoir un avis spécialisé sur ce qu'on peut proposer en plus. Des fois il faut une quadrithérapie. Il faut une corrélation de tous les facteurs : arrêt du tabac, régime hyposodé, activité physique. Des fois le patient dit « oh mais rajoute moi des médicaments ! » Il préfère qu'on rajoute des médicaments plutôt qu'on change quelque chose.

QUESTION 3 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des écho-dopplers artériels des troncs supra-aortiques et des membres inférieurs ?

Chez les patients à fort risque cardio-vasculaire, je vais en prescrire systématiquement c'est un bilan initial si je vois le patient, s'il y a une multiplication des facteurs de risque : diabète hypertension, tabac, cholestérol, je vais rechercher des plaques et prescrire un écho-doppler des membres inférieurs et des troncs supra-aortiques. Je ne le fais pas systématiquement s'il n'y a qu'un seul facteur de risque et s'il n'y a pas de symptôme bien sûr. S'il y a des symptômes évidents : douleurs, points d'appel comme un souffle, là je vais en prescrire également.

QUESTION 4 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des épreuves d'effort ?

Je travaille beaucoup avec le cardiologue Dr **** en général, pour les patients diabétiques hypertendus qu'on voit pour la première fois ce n'est pas moi qui prescrit l'épreuve d'effort. J'envoie le patient chez le cardiologue qui estime s'il faut faire l'épreuve d'effort, et en général ça concerne évidemment s'il y a des symptômes. Dans un premier bilan chez un patient avec des facteurs de risque cardio-vasculaires en général on va faire effectivement une épreuve d'effort, à titre systématique. Evidemment pas tous les ans mais dans un premier bilan ou s'il montre le moindre signe d'appel.

G3

QUESTION 1 : Comment définiriez-vous le risque cardio-vasculaire ?

Le risque cardio-vasculaire est lié pour moi à 7 choses, la génétique, le surpoids, l'hypertension, le diabète, le tabac, le cholestérol, la sédentarité. Voilà, pour moi c'est ça les 7 points du risque cardio vasculaire. Plus on a de risque, plus on a de chances de faire une maladie cardio vasculaire, avec infarctus, c'est comme ça que je vois les choses.

Comment définiriez-vous le haut risque cardio-vasculaire ?

Plus on a de facteurs de risque et plus le risque est élevé.

Que pensez-vous de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du risque cardio-vasculaire ?

Essentielle, puisque la seule chose sur laquelle on ne peut pas agir, c'est la génétique : on l'a ou on ne l'a pas. Le reste : le surpoids on peut agir, le diabète on peut agir, l'hypertension ... C'est vrai qu'il y a des hypertensions qui sont d'origine inconnue, mais on peut quand même agir sur le surpoids et sur la surcharge en sel. Le diabète on peut interagir sur le régime alimentaire, la sédentarité, on peut agir en faisant de l'exercice physique. Donc il est évident que si l'on n'explique pas aux gens comment ils doivent manger, bouger, et c'est la base, c'est 50% du problème, même plus. Les médecins l'oublient très souvent. On va juste donner des médicaments et le reste voilà.

A quels patients faudrait-il proposer l'éducation thérapeutique ?

Tous, c'est ce qui s'appelle l'hygiène de vie. L'hygiène de vie il ne faut même pas attendre d'être malade pour la proposer. Pour moi, on devrait apprendre ça à l'école primaire ! C'est la base on ne va pas attendre que quelqu'un soit obèse, puis comme il est obèse il est diabétique, il est hypertendu, donc comme il est obèse il est sédentaire, en plus si c'est un homme de plus de 50 ans c'est un facteur de risque aussi, on va pas attendre qu'il soit tout ça pour commencer à se dire qu'on va commencer à l'éduquer, ça devrait faire partie de la base de notre éducation. Mais ici on est dans une société où on gave les enfants, il faut un gros bébé, on va manger des Agoulous, on va au Mac Do, on boit des boissons sucrées au milieu de la journée on grignote des biscuits sucrés... S'il y a autant de diabétiques en Guadeloupe c'est vrai qu'il y a la conjonction génétique parce que il y a des indiens etc., mais la base de l'alimentation antillaise c'est le féculent, c'est ça qui fait qu'ils sont tous gros, ils boivent, ils mangent, c'est leur culture, il ne faut pas s'étonner qu'ils soient diabétiques hypertendus, obèses et donc qu'ils aient des risques cardio-vasculaires. Ça semble évident. Et j'en ai encore oublié un : le stress.

Et vous en pratique vous en proposez de l'éducation thérapeutique ?

Bien sûr, puisque moi je suis chef de service d'une unité de soins de suite d'un SSR ou j'équilibre des diabètes, ou j'ai des patients en post-opératoire, des pontés coronaires, j'ai des post AVC, donc il faut régulariser les facteurs de risque cardio-vasculaires. C'est un minimum, on ne va pas le ponter et lui dire ben vas-y continue à boire du Cola parce que t'avais du diabète et puis à manger gras. Si on ne fait pas l'éducation derrière, cela ne sert à rien.

A votre avis quels sont les obstacles à l'éducation thérapeutique ?

La culture. Quand on va expliquer à quelqu'un qu'il ne peut pas manger de riz haricot rouge, de boire du planteur, de manger des sandwiches, alors qu'il a toujours été habitué à le faire... d'ailleurs ils le disent les patients : « mais on va manger quoi ? », Mais il reste des tas de choses à manger. Je pense que la culture est un frein et le mode de vie occidental aussi : si on ne se force pas à aller faire du sport, les gens ne font pas de sport, il font du sport à l'école, et puis plus ils vieillissent, plus ils sont sédentaires, ils prennent la voiture, ils prennent les ascenseurs, il font un travail de bureau, donc ils passent de leur voiture, au bureau, du bureau par l'ascenseur sans prendre les escaliers à la voiture et ils rentrent chez eux et le weekend ils regardent la télé en mangeant des paquets de chips. C'est ça le drame de notre société. Alors qu'avant on n'avait pas d'antillais qui étaient diabétiques obèses ils marchaient il y avait pas de voiture ils travaillaient, il y en a beaucoup qui faisaient de l'agriculture, ils étaient minces, musclés. Alors ça n'exclut pas la génétique c'est clair.

QUESTION 2 : Face à un patient hypertendu durablement déséquilibré malgré une trithérapie anti hypertensive, quelle stratégie globale adoptez-vous ?

D'abord je m'assure qu'il y a une observance du traitement. Deuxièmement, il faut s'assurer que le régime soit réellement hyposodé, parce que si on mange des quantités de sel à longueur de journée... Ensuite je m'assure quand même qu'il n'y ait pas de sténose des artères rénales, qui pourrait provoquer une hypertension, je m'assure qu'il n'y ait pas un surpoids, il est clair que si la personne pèse 140 kilos je vais d'abord essayer de lui faire perdre du poids. Je m'assure également des complications éventuelles, voir s'il n'y a pas une insuffisance rénale, une rétinopathie hypertensive, une hypertrophie ventriculaire.

QUESTION 3 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des échos-dopplers artériels des troncs supra-aortiques et des membres inférieurs ?

Chez les diabétiques ça fait partie de la prise en charge du dépistage des complications. Si par exemple on a découvert une pathologie vasculaire chez un patient diabétique hypertendu, ou qui a du cholestérol aussi, je les considère comme des polyvasculaires. Donc

s'ils ont bouché une artère coronaire y a pas de raison qu'ils aient pas bouché une carotide ou une vertébrale ou une fémorale. Un patient vasculaire n'est pas uni-vasculaire, il est poly-vasculaire. En cas de symptômes : une claudication intermittente, des troubles trophiques des membres inférieurs, des phosphènes, des vertiges, des chutes à répétition, une suspicion d'AIT.

QUESTION 4 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des épreuves d'effort ?

Chez toute personne diabétique dans le cadre du dépistage de l'ischémie silencieuse. Puis chez les diabétiques et chez tous les hypertendus, au moins une fois tous les 5 ans. Chez les patients qui ont des antécédents familiaux d'infarctus, chez les tabagiques partir d'un certain âge et puis en cas de douleur thoracique. Aussi les patients ayant une hypercholestérolémie familiale, 4 grammes avec 3 grammes de LDL ben je vais m'assurer qu'il n'y a pas de soucis. Voilà les premières choses qui me viennent à l'esprit mais dans la pratique médicale ça ne se passe pas comme ça, on fait en fonction du patient qui se présente devant nous.

G4

QUESTION 1 : Comment définiriez-vous le risque cardio-vasculaire ?

L'hypertension artérielle élevée et un diabète.

Donc quelle est votre définition du haut risque cardio-vasculaire ?

Ce sont les gens qui sont susceptibles de faire un AVC ou un infarctus.

Sur quels critères les classez-vous dans le haut risque ?

Sur l'hypertension artérielle élevée et sur les facteurs biologiques tels que l'hypercholestérolémie.

QUESTION 2 : Que pensez-vous de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des patients à haut risque cardio-vasculaires ?

Elle est très importante.

Et selon vous parmi ces patients, auxquels faut-il proposer de l'éducation thérapeutique ?

A tous les patients.

Et à quel moment de la prise en charge ?

Dès le début

En pratique est ce que vous proposez de l'éducation thérapeutique à vos patients à haut risque cardio-vasculaire ?

Non. Je les envoie chez le cardiologue, ou chez le diabétologue.

Pour quelles raisons ?

Je ne la connais pas.

Quels sont les obstacles à cette éducation thérapeutique ?

Ma formation, je ne suis pas tellement formé pour l'éducation thérapeutique.

QUESTION 3 : Face à un patient qui a une hypertension durablement déséquilibrée malgré la prise de 3 médicaments anti-hypertenseurs quelle stratégie adoptez-vous ?

Je l'envoie chez le cardiologue.

QUESTION 4 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des écho-doppler artériels des troncs supra-aortiques et des membres inférieurs ?

Chez les diabétiques. Tous les 3 ans.

QUESTION 5 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des épreuves d'effort ?

Je n'en prescris jamais. C'est au cardiologue de décider.

G5*QUESTION 1 Comment définissez-vous le risque cardio-vasculaire ?*

C'est l'addition des éléments pathologiques qu'ils soient biologiques ou anatomiques, qui sont susceptibles d'entraîner un accident cardiovasculaire : soit un syndrome coronarien, soit un accident vasculaire cérébral.

Et comment définiriez-vous le haut risque cardio-vasculaire ?

En partant de ces éléments on se fixe des valeurs cibles biologiques et des valeurs cibles anatomiques. Par exemple le poids, etc., et au-delà de ces valeurs, le patient devient à risque modéré, moyen, haut risque. Le sexe étant par exemple un des éléments du risque, le tabagisme, bien sur le cholestérol, le diabète, la sédentarité. Le haut risque se définirait par une association de tout ceci.

QUESTION 2 : Que pensez-vous de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du risque cardio-vasculaire ?

Alors quand j'entends éducation thérapeutique j'entends essentiellement éducation diététique. Parce que éducation thérapeutique à savoir éduquer le patient à prendre son traitement, ça c'est valable pour toutes les pathologies et pas vraiment plus pour le risque cardio-vasculaire. Donc l'éducation de nutrition, des mesures hygiéno-diététiques, c'est ce que j'entends par « éducation thérapeutique ».

Parmi les sujets à risque, à qui faut-il proposer de l'éducation thérapeutique ?

Chez le diabétique, le patient en surpoids voir obèse et le patient sédentaire.

Et à quel moment de la prise en charge ?

Dès le début, dès qu'on diagnostique le risque cardio-vasculaire.

En pratique, en proposez-vous ?

Non.

Pourquoi ?

Parce que c'est une notion qui est assez floue pour moi. Après peut être que je fais de l'éducation thérapeutique sans le savoir aussi. En donnant des des conseils diététiques et en expliquant qu'il faut faire de l'exercice, mais bon c'est à mon appréciation.

Et à votre avis quels en sont les obstacles ?

On n'est pas formés, moi je ne suis pas formé et je pourrais la proposer si il y avait des professionnels de santé par exemple des infirmières dédiées, qui étaient formées et qui pourraient prendre en charge le patient en éducation thérapeutique.

QUESTION 2 : Devant un patient qui présente une HTA durablement déséquilibrée malgré la prise de 3 antihypertenseurs, quelle stratégie adoptez-vous ?

Je revois les mesures hygiéno-diététiques. Souvent je l'adresse à un cardiologue, pour le réévaluer sur le plan diagnostique et thérapeutique, et très souvent aussi je propose une autre mesure de la pression artérielle, peut-être une MAPA, ou un Holter tensionnel. Ce sont les 3 axes avant d'affirmer une HTA résistante.

QUESTION 3 : Dans quelles situations prescrivez-vous des écho-dopplers artériels des troncs supra-aortiques et des membres inférieurs ?

Chez tous mes patients diabétiques, chez tous mes patients hypertendus dyslipémiques, à une fréquence environ de tous les 2 ans, et bien sûr s'il y a un accident aigu : un AIT ou un AVC.

QUESTION 4 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des épreuves d'effort ?

J'en prescris très peu directement. On pourrait en prescrire plus mais il faut l'accord du cardiologue et je laisse au cardiologue l'opportunité de décider l'intérêt de l'épreuve d'effort parce qu'il sait ce qu'il a à faire. Parce que, une épreuve d'effort sans consultation cardio au préalable je trouve ça risqué, c'est un examen dangereux.

M1

QUESTION 1 : Que pensez-vous de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du risque cardiovasculaire ?

Et à votre avis, quels sont les obstacles à l'éducation thérapeutique des patients ?

Le premier obstacle est financier, si ça coûte quelque chose au patient ou pas. Le deuxième, c'est la compliance c'est à dire je pense que c'est très facile de voir le patient une seule fois, une première fois, une deuxième fois ça devient plus difficile, une troisième fois c'est encore plus difficile... Je pense que c'est ça, cette compliance, c'est à dire qu'il faut à un moment donné susciter cette envie de revenir

Dans quelle circonstance vous proposez une éducation thérapeutique à vos patients à risque ?

Au jour d'aujourd'hui, je n'en propose pas, il y a simplement le diabète où j'en propose parce que nous on s'occupe de l'éducation thérapeutique sur le diabète.

Dans ces cas là quand vous dites « on s'occupe » c'est vous personnellement ou vous faites intervenir d'autres professionnelles de santé ?

Alors oui c'est ça.

Par quel biais ?

C'est parce que je suis en maison de santé, MSP, et nous avons développé un programme qui a été validé par l'ARS concernant l'éducation thérapeutique sur le diabète.

D'accord, vous ne proposez pas d'éducation thérapeutique à vos patients concernant les risques cardiovasculaire en ce moment ?

Non, pour le moment pas du tout. Je n'ai pas l'information, ce que je sais c'est qu'au CHU de La Meynard, ils vont commencer l'éducation thérapeutique dans les maladies cardiovasculaire mais je n'ai pas plus d'informations.

D'accord donc uniquement dans le diabète de par votre maison de santé

Oui, c'est ça

QUESTION 2 : Face à un patient qui présente une hypertension durablement déséquilibrée malgré la prise de trois médicaments antihypertenseurs, quelle stratégie adoptez-vous ?

Au moins d'abord une MAPA, parce qu'il y a énormément d'effet blouse blanche ici, donc au moins avoir une confirmation, savoir si c'est réellement une vraie hypertension. Bon après si c'est le cas : il faut lui demander s'il prend vraiment ses médicaments car il y a beaucoup de gens qui ne les prennent pas, et après il faut voir son alimentation, ce qui pourrait éventuellement agir sur son hypertension. Est-ce que sur le plan émotionnel je ne peux pas agir aussi ? Il suffit qu'il y ait un état de stress. Est-ce que la mise au point de l'hypertension a été réalisée aussi ? Est-ce qu'on a fait une écho doppler des artères rénales ? Est-ce qu'on a fait un bilan un peu plus poussé, voir si ça a été fait.

Pouvez-vous développer un peu cette partie là ?

Voir si on a fait une écho doppler des artères rénales, voir si on a fait un examen urinaire des surrénales.

QUESTION 3 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des écho-dopplers artériels des troncs-supra aortiques ou des membres inférieurs ?

Alors un écho-doppler des troncs supra-aortiques, j'en prescris très peu, parce qu'on s'est rendu compte que dans la population antillaise on a pas de soucis. Par contre les membres inférieurs, alors ça c'est systématique chez les diabétiques, au moins une fois et après ça va dépendre un peu de la symptomatologie. Hors diabète, je n'en prescris pas de manière systématique (pour les hypertendus par exemple).

Et l'écho-doppler des troncs supra-aortiques, lorsque vous disiez « très peu », dans ces cas-là, c'est dans quelles circonstances ?

Souvent c'est quand j'ai des symptômes neurologiques centraux. Mais c'est vrai je ne le demande pas de manière systématique dans le cadre d'un bilan de maladie cardiovasculaire.

QUESTION 4 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des épreuves d'effort ?

Chez les sportifs qui sont sur liste ministérielle, chez les sportifs qui ont plus de 45 ans - 50 ans. Chez tous les gens qui ont des plaintes cardiaques atypique surtout s'ils sont diabétiques. Concernant les maladies cardio-vasculaires, pas de manière systématique, cela va dépendre un peu de l'évolution des choses, en sachant que je vais peut-être adresser à un cardiologue qui prescrira l'épreuve d'effort.

Ce n'est pas forcément vous, vous allez déléguer ?

Oui.

M2

QUESTION 1 : Que pensez-vous de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du risque cardiovasculaire ?

À votre avis, quels sont les obstacles à l'éducation thérapeutique des patients ?

L'éducation thérapeutique, à mon sens, elle fait partie d'une de nos missions prioritaires. Donc il faudrait qu'à chaque fois on y accorde une importance et qu'à chaque consultation, ce soit automatique et sans y réfléchir. Il y a forcément une part d'éducation thérapeutique et elle est automatique.

D'accord

Quels sont les obstacles ? Ils sont multiples. On va commencer par les capacités de compréhension des patients, il faut adapter notre éducation thérapeutique au type de patient auquel on s'adresse. Ce sont les habitudes culturelles, nutritionnelles, d'hygiène de vie ou autre, ce sont les habitudes culturelles et il faut qu'on les connaisse un peu, pour pouvoir mieux faire comprendre, faire passer les messages. Ensuite c'est le côté tout puissant du médecin qui peut tout faire et tout guérir sans d'ailleurs que le patient soit obligé de faire un effort, ce qui fait qu'on bute souvent sur des patients qui voudraient qu'on leur donne une solution. Ils ne sont pas toujours forcément coopérants... consciemment ou pas d'ailleurs !

Ensuite le coût de ces mesures, je vous donne un exemple, si on demande une éducation nutritionnelle, une diététicienne n'est pas prise en charge par la sécurité sociale donc il y a beaucoup de patients qui ne vont pas coopérer sur ce plan, qui ne vont pas adhérer aux propositions. Il faut que les réseaux soient organisés aussi, que les réseaux soient importants, qu'on puisse adhérer automatiquement au réseau lui-même. Il faut qu'il y ait un maillage suffisant pour qu'on puisse déplacer quelqu'un de sa campagne pas trop loin. Mais je pense et j'en reviens au fait qu'il faut un échange permanent entre le généraliste et son patient et que nous avons une énorme part là-dedans.

D'accord, donc vous déjà vous faites de l'éducation personnalisée en tête à tête. Et vous parlez des maisons de santé qui peuvent proposer une éducation thérapeutique, avez-vous accès à ces réseaux ou non ?

Alors je n'ai pas parlé des maisons de santé, c'est encore autre chose... J'ai parlé des réseaux. Il y en a deux ou trois ici qui sont déjà un peu commencé à se mettre en place. Je pense au réseau obésité, je pense au réseau ERMANCIA, je pense qu'il faudrait en proposer d'autres, que nous n'avons pas de maillage suffisant pour le tabagisme. Malgré tout, il y a un maillage suffisant pour l'obésité mais c'est très difficile en commune, c'est peut-être plus facile pour les gens de Fort-de-France

QUESTION 2 : Face à un patient qui présente une hypertension durablement déséquilibrée malgré la prise de trois médicaments antihypertenseurs, quelle stratégie adoptez-vous ?

C'est en fonction de chaque patient. La première, c'est d'abord de vérifier qu'il n'y a pas une étiologie à cette hypertension, de vérifier que ce n'est pas une hypertension qui serait secondaire à une pathologie. Donc je revérifie évidemment, au cas où je ne l'aurais pas fait systématiquement au départ, les causes rénales ou autres, surrénaliennes ou tout ce qu'on veut. Enfin, il faut rechercher une cause d'origine, une hypertension secondaire. Alors après c'est très difficile, c'est vraiment d'un patient à l'autre : est-ce que le traitement est suivi, est-ce qu'il est compris, est-ce qu'il y a des facteurs de risques associés, une consommation excessive, une obésité, une apnée du sommeil, il faut aller chercher tout ce qui est autour et le contexte de vie de la personne et de ses autres facteurs de risques. Il faut bien vérifier aussi que justement ces 3 médicaments, il les prend tous les trois et correctement, la multiplicité des traitements c'est sûr que c'est ça nous pose des problèmes d'observance... Après, à quel moment on va aller s'adresser au spécialiste, on essaie de mettre en place actuellement un réseau de prise en charge des MAPA, des mesures ambulatoires de pression artérielle, pour lequel je me suis portée volontaire. Je pense qu'il faudra aussi faire la part des choses entre l'effet « blouse blanche » et une vraie hypertension non prise en charge. Et après, une fois qu'on a une hypertension avec 3 comprimés, authentifiée à la MAPA, avec des facteurs de risque extérieurs qui sont plus ou moins contrôlés et qu'on a quand même une hypertension, de toute façon il faut s'adresser au spécialiste.

D'accord donc d'abord regarder si ce n'est pas une hypertension secondaire, regarder après l'observance, faire une petite enquête au niveau du patient, et enfin si on ne trouve aucune solution...

S'adresser au spécialiste, on sait que 80% des hypertensions sont prises en charge par les généralistes, il en reste 20% qui ne sont pas prise en charge par nous, soit parce qu'elles sont particulièrement rebelles soit parce que les patients nous échappent, soit parce qu'elles ont une difficulté particulière.

QUESTION 3 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des écho-dopplers artériels des troncs supra-aortiques ou des membres inférieurs ?

Alors je les prescris quasiment systématiquement chez tous mes hypertendus.

Je fais systématiquement la recherche des complications artérielles donc artérielle des membres inférieurs, artérielle rénale, artérielle des vaisseaux du cou. Donc de toute façon, en général, je prescris systématiquement le doppler artériel des membres inférieurs et des troncs supra aortiques à peu près en même temps, au départ. Après le suivi est plus ou moins rapproché selon ce que j'ai obtenu sur le premier doppler mais quasiment tous mes patients qui ont une hypertension, qui ont au-delà de 45-50ans ils ont tous les 5 ans si c'est

normal, tous les 4 ans si c'est anormal. Je ne commence pas forcément dès le premier jour de l'hypertension chez les jeunes.

QUESTION 4 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des épreuves d'effort ?

Alors les épreuves d'effort, à plusieurs reprises...

Chez le diabétique, je me méfie toujours parce que les douleurs angineuses étant masquées je demande toujours l'avis du cardiologue et souvent un test d'effort pour aller pousser un peu pour voir s'il y a ou non de l'angine de poitrine derrière.

Quand on me demande un certificat d'aptitude au sport, je passe toujours par le cardiologue pour vérifier qu'il n'y a pas une hypertension d'effort voir une coronaropathie avant d'autoriser le certificat, c'est quand même pas mal de gens de 40-50 ans hypertendus qui font du sport. Chez le sportif en général hypertendu, vétéran, et même si il n'est pas hypertendu, chez le diabétique non hypertendu de toutes façon aussi à fortiori si c'est associé. Je ne vais pas chercher forcément un dysfonctionnement des coronaires chez tout le monde s'il n'y a pas quelques symptômes ou s'il n'y a pas un contexte favorable. Je ne le fais pas chez tous les hypertendus systématiquement, je fais l'écho systématiquement, le doppler systématiquement, mais pas le test d'effort.

M3

QUESTION 1 : Que pensez-vous de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du risque cardiovasculaire ?

Et à votre avis, quels sont les obstacles à l'éducation thérapeutique des patients ?

Alors pour moi c'est essentiel parce que si le patient n'est pas convaincu qu'il faut qu'il prenne son traitement, il ne le prendra pas. Les freins c'est qu'il n'y a pas beaucoup de formation, qu'il n'y a pas beaucoup de personnel dédié à cela, il n'y a pas d'éducateur en éducation thérapeutique, c'est au médecin en soi de le faire. On n'est pas forcément formé à 100%, et on essaie de le faire, moi j'essaie de le faire à titre personnel dans ma pratique. On a eu 2 formations, 2 EPU là-dessus et on bidouille, mais ce n'est pas de la vraie éducation thérapeutique comme elle pourrait l'être. Je la propose dès que je sens que le patient n'adhère pas, dès que je sens qu'il y a une faille, qu'il ne va pas prendre son traitement ou qu'il n'y croit pas.

D'accord et c'est toujours de manière personnelle ou vous faites intervenir d'autres professionnels de santé extérieurs ? des réseaux ?

Pour moi il y avait Dr **** qui proposait ça mais on n'est pas sur la même commune et ça ne se fait plus à l'heure actuelle donc non. L'éducation thérapeutique c'est assez spécifique, je ne sais pas si les psychologues font ça. Peut-être plus sur le diabète, parce que les gens freinent peut-être plus pour se traiter et il y a vraiment un régime associé. Parce que l'hypertension les gens prennent leurs comprimés, il n'y a pas trop de régime. Le tabagisme de toute façon s'ils ont décidé qu'ils ne voulaient pas arrêter, il n'y a pas grand-chose à faire.

QUESTION 2 : Face à un patient qui présente une hypertension durablement déséquilibrée malgré la prise de trois médicaments antihypertenseurs, quelle stratégie adoptez-vous ?

Alors d'abord je vérifie qu'il prend son traitement et on faisait des MAPA à l'époque, on avait un appareil qui fonctionnait, maintenant on n'a plus d'appareil qui fonctionne et on fait des automesures... Parce qu'il y a quand même beaucoup d'effet blouse blanche. Donc déjà éliminer l'effet blouse blanche et près automesure. Puis un petit bilan avec échographie des artères rénales, une prise de sang globale et enfin je l'adresse chez le cardiologue.

QUESTION 3 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des écho-dopplers artériels des troncs supra-aortiques ou des membres inférieurs ?

Alors les EDTSA j'en prescris très rarement parce que c'est très rarement positif. Quand j'étais passé en cardio on m'avait dit qu'il y avait très peu d'artérites des troncs supra-

aortiques, contrairement à la métropole où on en prescrit tout le temps et on en trouve tout le temps, ici, moi personnellement je dois avoir un patient qui a été opéré et c'est tout, et quand on fait les EDTSA y a rarement de pathologie à traiter. Les échographies des membres inférieurs souvent, tout le temps ! Surtout dans le cadre du diabète, de façon systématique. L'hypertension je n'y pense pas forcément ou alors chez un hypertendu qui fume.

Pour les EDTSA c'est un peu biaisé car on n'y pense pas. En fait je sais qu'il faudrait le faire, mais je le fais rarement parce qu'on ne trouve jamais rien forcément on ne le fait plus et on n'y pense plus alors qu'il y a des patients à qui on devrait le faire, notamment les métropolitains qui fument. Mais c'est vrai qu'ici c'est un biais de pratique. C'est comme les BPCO on n'y pense pas alors que le diabète on est à fond parce que tous nos patients sont diabétiques, on est des pros du diabète.

QUESTION 4 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des épreuves d'effort ?

Je ne prescris pas d'épreuves d'effort. J'envoie au cardiologue qui va décider, pour l'épreuve d'effort ou bien il décide ce qu'il veut faire. Je les envoie quand je retrouve une douleur thoracique, c'est plutôt quand il y a un doute sur la symptomatologie. Tous mes patients diabétiques. Ou les hypertendus, régulièrement, tous les deux ans. On essaie de faire un bilan mais du coup je ne l'envoie pas pour faire une épreuve d'effort, c'est le cardio qui décide si oui ou non il faut qu'il la fasse et c'est vrai qu'ici ils ne le font pas beaucoup. Ils la font quand c'est symptomatique mais les épreuves d'effort de dépistage autrement ils ne font pas, je sais qu'en métropole ils le font plus facilement

M4

QUESTION 1 : Que pensez-vous de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du risque cardiovasculaire ?

À votre avis, quels sont les obstacles à l'éducation thérapeutique des patients ?

Ce que je pense de l'éducation thérapeutique... Je comprends que vous n'ayez que 4 questions dans votre questionnaire parce que ça c'est une question, on pourrait en faire un livre.

Alors déjà quand vous parlez d'éducation thérapeutique vous pensez certainement à tout ce qui est règles hygiéno-diététiques autour de la prévention de ces problèmes là ? Moi je suis homéopathe déjà, donc j'oriente peut-être différemment ma façon de fonctionner. Moi je ne suis pas du genre à aller raconter aux gens que s'ils ne font pas ça il va leur arriver ça. Voilà, je ne fonctionne pas dans la peur, ça c'est ma façon de faire, ça veut dire que quand un patient vient avec une surcharge, enfin avec des facteurs de risque, comme par exemple cette jeune fille qui n'a que 12-14 ans, il me semble que ce n'est pas la peine d'en rajouter trop parce qu'elle est déjà super stressée de monter sur la balance, 102 kg, elle a une tension limite à 14/8. Donc j'essaie de responsabiliser mes patients, j'essaie de leur expliquer, mais souvent ils se sentent mal. L'éducation thérapeutique concernant, par exemple, les facteurs de risque que sont l'hypercholestérolémie, j'arrive bien à gérer, parce que c'est simple, il suffit de donner des bons conseils de diététiques et d'adresser, pas forcément, moi je n'adresse pas beaucoup au diététicien pour ça, je fais moi-même l'explication et j'arrive en général à même faire supprimer des statines, je suis anti statines, sauf quand vraiment il y a lieu de donner des statines mais les vrais indications aux statines sont rarissimes, c'est les hypercholestérolémies essentielles ou non essentielles avec des facteurs de risque. Un patient qui arrive avec 2,5g de cholestérol et qui n'a eu aucun accident, qui n'a pas d'autres facteurs de risque, il est souvent sous statines alors que c'est évitable. Donc après je prends du temps, j'explique beaucoup aux gens les choses, et je contrôle effectivement, voir s'ils ont compris le message et souvent ça se passe bien, pour le cholestérol. Après pour la mise à une activité sportive quand il y a un problème cardiovasculaire patent comme l'infarctus ou une insuffisance ventriculaire c'est plus difficile car vous avez à faire à des patients d'un certain âge qui ont une certaine façon de vivre. Il y avait bien un centre à la clinique sainte Marie. Je n'ai pas de diabète dans ma patientèle, j'ai une patientèle très jeune. J'ai peut-être 20 patients diabétiques en tout dans ma patientèle. Je fais quasiment que de la pédiatrie, enfin j'exagère, mais je n'ai pas beaucoup de diabétique, un parce que j'ai du mal avec ces personnes-là, ce sont des gens qui ont des personnalités spéciales enfin je ne parle pas des insulino-dépendants, je parle des autres, avec une grande résistance au changement et qui comme par hasard, quand vous allez leur dire de ne pas faire quelque chose vont, comme s'ils étaient dans une addiction, le faire. L'hypertension... Moi ce que je vois par rapport à ça c'est que même si vous faites quelqu'un perdre un peu de poids, et même avec une hygiène alimentaire, c'est difficile de se passer

d'un traitement mais avec le diabète c'est la même chose. Je me rencontre que les gens qui viennent me voir, parce que je suis en secteur 3, non conventionné, ça fait un choix dans la patientèle qui est déjà sensibilisée. Alors ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'hypertendus. Les diabétiques ils ne sont pas tous obèses, ils n'ont pas tous des kilos à perdre, ils n'ont pas tous à se mettre au sport. Je n'ai pas de patients difficiles et je pense que quand je leur parle ils écoutent les conseils et en général ça porte ses fruits. J'ai un patient qui est venu me voir pour une baisse brutale de l'acuité visuelle, je lui ai fait une glycémie donc il était en hyperglycémie donc je l'envoie chez l'ophtalmo qui me dit que c'est juste sa glycémie qui est super haute et je lui ai expliqué effectivement qu'il fallait à tout prix qu'il corrige sa façon de manger, de vivre parce qu'il allait véritablement développer un diabète qui risquait d'être traité par d'autres thérapeutiques que simplement le régime alimentaire et les antidiabétiques oraux et il s'est corrigé de lui-même, il n'est pas traité pour l'instant.

QUESTION 2 : Face à un patient qui présente une hypertension durablement déséquilibrée malgré une trithérapie anti-hypertensive

Toute hypertension pour moi, quelque soient les chiffres, donne lieu à un bilan basique avec au moins une fonction rénale, au moins un fond d'œil au début de la pathologie, peut-être pas dans le mois qui suit ou les quinze jours qui suivent mais tranquillement faudra faire un fond d'œil un peu comme pour le diabète. Si la tension reste déséquilibrée, je l'adresse au cardiologue. Moi la tri-thérapie non équilibrée je n'ai jamais eu cette expérience. J'ai quelques centaines, j'en ai 2, mais ils ne sont pas hypertendus. Ils ont d'autres problèmes. Donc même une bithérapie qui ne fonctionne pas, alors que le patient me dit qu'il prend son traitement, parce que je ne mets pas en cause la bonne adhésion, l'observance du patient, c'est cardiologue. Une trithérapie non équilibrée, je suis démunie et j'adresse au spécialiste.

QUESTION 3 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des écho-dopplers artériels des troncs supra-aortiques ou des membres inférieurs ?

C'est surtout sur la clinique. Une abolition d'un pouls ou autre, une symptomatologie, avec une claudication intermittente ou des choses comme ça, des troubles de la mémoire chez la personne d'un certain âge. Alors et puis après si effectivement la personne a une hypercholestérolémie qui résiste à l'hygiène alimentaire, ou autre thérapeutique (mais je donne très peu de statines j'insiste, souvent des compléments qui marche très bien comme la levure de riz rouge sur des petites hypercholestérolémies, je ne parle pas du 5 grammes où là il n'y a pas le choix). S'il y a des facteurs associés comme une hypertension, une sédentarité, une obésité je vais aller faire un écho-doppler des troncs supra-aortiques

Chez la personne qui présentera plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire

Oui, une hypercholestérolémie modérée, inférieure à 2,7 grammes, 3 grammes, on peut aller jusqu'à 3 grammes, isolée, je ne vais pas forcément avoir le réflexe tout de suite en tout

cas, maintenant peut-être que si ça fait 10 ans que la personne a du cholestérol et que l'on n'a toujours pas réussi à faire mieux que les valeurs qu'elle a, à ce moment-là peut-être que je vais effectivement demander un bilan. Mais c'est surtout sur la clinique, oui la clinique en cas de doute sur une obstruction ou des symptômes...

QUESTION 4 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des épreuves d'effort ?

Sur une symptomatologie à type d'angor ou de douleur précordiale à l'effort chez un sujet de sexe masculin, principalement, qui a 50 ans, chef d'entreprise, c'est à dire beaucoup de mes patients. Alors eux c'est vrai que je leur fais faire des épreuves d'effort. Je ne fais pas faire d'épreuve d'effort sans symptomatologie clinique, s'il y a une plainte seulement. Après c'est vrai que dans certains cas j'ai des patients assez sportifs qui vont me demander s'ils peuvent faire une épreuve, moi je les envoie au centre de santé au stade, il y a un centre d'exploration cardiovasculaire, je crois que c'est le docteur **** qui est là, un centre d'évaluation sportive. Et là je crois que c'est même gratuit, ils peuvent faire un IMC, épreuve d'effort, pli cutané. Enfin il y a tout un gros bilan pour ceux qui n'ont pas de symptôme. Mais celui qui vient et qui me dit qu'il a un angor instable alors tout de suite je vais y penser.

M5

QUESTION 1 : Que pensez-vous de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du risque cardiovasculaire ? Et à votre avis, quels sont les obstacles à l'éducation thérapeutique des patients ?

Alors pour les maladies chroniques l'éducation thérapeutique est censée, légalement, être obligatoire, elle est primordiale dans tous les cas de maladie chronique. Dans les faits c'est exceptionnel que ce soit en médecine de ville ou à l'hôpital, il y a très peu de patients qui en bénéficient et qui peuvent en bénéficier. Pour une simple et bonne raison : on confond l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique. L'éducation thérapeutique c'est un programme en bonne et due forme et en médecine libérale il n'y a pratiquement personne qui le fait, et même si tu le fais en bonne et due forme, que tu as les financements et tout ça, tu t'occupes de ta patientèle ou des patients du coup mais évidemment tu ne touches pas toute la population de la région, et notamment d'une ARS au niveau des limites territoriales.

L'éducation thérapeutique est primordiale, très intéressante non seulement pour les professionnels de santé et pour les patients, on fait un truc super riche, hyper intéressant, ça fonctionne. Je te parle de mon éducation, de mon programme, ça fonctionne on avait des bons résultats, les patients adorent mais le problème c'est qu'en pratique c'est très compliqué à mettre en œuvre, il faut une structure de soins, il faut faire un dossier, il faut le financement, une équipe pour organiser le programme. Il y a très peu d'équipes qui existent, très peu de programmes validés et même dans ceux qui sont validés, la plupart dans le secteur hospitalier, la plupart ne sont pas fait comme il faut, ne sont pas évalués en bon et due forme, donc c'est plus politique qu'autre chose et on ne sait pas si ça marche dans ce cadre-là... et ça coûte cher. Donc pour que ça fonctionne et que ça coûte pas cher il faut le faire en ville, et pour le faire en ville c'est compliqué parce qu'il faut passer par des programmes, des structures, des équipes et des validations par l'ARS : l'agence régionale de santé. C'est compliqué de donner le pouvoir aux libéraux et aux médecins généralistes, ils n'aiment pas trop, ils préfèrent garder la main sur l'hôpital et sur ce genre de pratiques.

Quels sont les obstacles à l'éducation thérapeutique ?

Les obstacles à l'éducation thérapeutique pour la médecine de ville c'est : le manque de structure. Maintenant il faut une SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires, pour pouvoir toucher les financements, il faut un dossier, c'est super long, super chiant, super compliqué à faire, une équipe, une structure, les validations par l'ARS (c'est compliqué) et après le mettre dans le vrai. Donc les obstacles sont plus que nombreux, en gros si t'es normalement constitué, pas trop ravagé, tu ne le fais pas, c'est pas possible, en plus niveau financier c'est pas très intéressant

Dans quelles circonstances vous allez proposer ces éducations thérapeutiques à vos patients ?

On l'a fait parce que j'avais une ingénieure en éducation thérapeutique qui était là dans le cadre d'une association que j'avais créée pour prendre en charge mes patients. Le but c'était de faire de l'éducation thérapeutique, tu ne peux pas faire grand-chose si tu n'as pas de financement, donc pour avoir les financements il faut monter le dossier pour être validé et recevoir les financements, et donc au bout du compte on a été validé, on a été financé et c'était sur le diabète donc après tu peux faire d'autres programmes, sur l'obésité, sur d'autres pathologies donc faut prouver que c'est un problème de santé publique

A l'ensemble des diabétiques ou à ceux qui sont en échappement ?

Alors après tu peux décrire dans ton programme à quel type de diabétique tu t'adresses, en général, nous c'est tout type de diabétique enfin ce ne sont pas les femmes enceintes, c'est pas le diabète gestationnel évidemment, on ne s'occupe pas vraiment du DT1 non plus, sur les 2 ans j'en ai qu'une, même pas, une fausse DT1 à priori, mais c'est le diabète de type 2 : que ce soit prise en charge, début de la prise en charge, que ce soit au milieu ou à la fin et à n'importe quel âge. C'était tout le monde, qu'il soit bien contrôlé ou mal contrôlé, après ça dépend de ce que tu veux faire mais il n'y a pas de raison de privilégier seulement ceux qui sont mal contrôlés et comme ceux qui sont bien contrôlés, tout le monde a le droit à l'éducation dans le diabète.

QUESTION 2 : Face à un patient qui présente une hypertension durablement déséquilibrée malgré la prise d'une trithérapie anti-hypertensive, quelle stratégie adoptez-vous ?

C'est un peu personnel aussi, je fais de la MAPA car nous avons l'appareil à MAPA, donc je fais une MAPA pour vérifier s'il est vraiment non équilibré. Après si, comme la plupart du temps les tensions de MAPA sont bien plus basses que les tensions que tu prends (souvent on se trompe avec les tensiomètres : tu crois que ton patient n'est pas équilibré alors qu'il l'est la plupart du temps). Donc s'il est équilibré, il n'y a pas besoin de se poser de questions, il a ses trois médicaments, on peut peut-être en enlever un ou deux s'il y a un effet « blouse blanche » qui n'a jamais été dépisté mais en tout cas il est équilibré donc il n'y a rien de plus que suivre son hypertension et ses complications. Et s'il n'est pas équilibré, à priori s'il est vraiment sous trithérapie, il est considéré comme hypertendu résistant (si son traitement comporte un diurétique). Donc je fais même un peu le bilan moi-même : dépistage d'apnée du sommeil, normalement il est censé avoir un bilan pour voir si il n'a pas un hyperaldostéronisme, c'est fréquent, tu peux lui faire la métanéphrine urinaire, TSH, échodoppler des artères rénales, échographie cardiaque (mais ça c'est plus chez le cardiologue), donc souvent je fais déjà un minimum de bilan pour essayer de trouver quand même ce qu'il y a, et puis si je ne trouve rien de particulier chez un patient qui est hypertendu résistant, alors c'est une prise en charge chez le spécialiste.

QUESTION 3 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des écho-dopplers artériels des troncs supra-aortiques ou des membres inférieurs ?

Soit si tu as un point d'appel clinique soit neurologique : des maux de tête, des troubles visuels, des douleurs cervicales (il y a les dissections), un souffle ou une suspicion de problème d'une artériole. Pareil pour le membre inférieur : une claudication, pas de pouls à l'examen. Ensuite c'est le cadre de la prise en charge des facteurs de risque, enfin les complications secondaires, quand t'es déjà en complication, en post AVC, en post infarctus. Donc bilan des complications. Je ne le fais pas en dépistage, comme par exemple dans le cadre de l'hypertension. Au membre inférieur je le fais plus souvent que le membre supérieur.

QUESTION 4 : Dans quelles circonstances prescrivez-vous des épreuves d'effort ?

Les épreuves d'effort, je les prescris surtout en cas de symptomatologie. Si la personne présente une dyspnée ou des douleurs dans la poitrine plus ou moins corrélées à un effort minime ou pas, ou important. Je ne le fais pas en dépistage comme ça ou à ce moment-là si à travers tout ce qui est symptôme je le fais dans le cadre d'un dépistage secondaire en post AVC ou post infarctus, après un accident vasculaire, en général macro vasculaire. Mais je ne le fais pas en systématique, et en plus il y a pas mal de recommandation ces derniers temps pour montrer que ça n'apporte pas énormément de choses.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité.

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

RÉSUMÉ

NOMS ET PRÉNOMS : GRENIER Fanny, RONDY Julien

SUJET DE LA THÈSE : Prise en charge du risque cardiovasculaire aux Antilles françaises : évaluation des pratiques des médecins généralistes ambulatoires

THÈSE : MÉDECINE

Qualification : Médecine Générale
Médecine Spécialisée

ANNÉE : 2017

NUMÉRO D'IDENTIFICATION : 2017ANTI0176

MOTS CLEFS : maladies cardiovasculaires, pratique professionnelle, soins de santé primaires, France, Caraïbe

Contexte

La mortalité précoce d'origine cardiovasculaire reste élevée aux Antilles françaises. Au-delà d'une particulière exposition au risque cardiométabolique, la qualité des soins peut être mise en cause.

Objectif

Évaluer la conformité des pratiques des médecins généralistes ambulatoires des Antilles françaises en matière de gestion du risque cardiovasculaire : identification des personnes à risque, éducation thérapeutique (ETP), stratégie face à un risque non contrôlé, dépistage des atteintes des organes cibles.

Méthodes

Étude observationnelle, menée en Guadeloupe et Martinique d'octobre 2015 à septembre 2016, faisant appel aux méthodes mixtes. La première phase, qualitative, portait sur une population diversifiée de dix omnipraticiens, vus en entretiens semi-structurés. La seconde phase, quantitative, portait sur un échantillon aléatoire de 350 omnipraticiens (taux de réponse 72%), soumis à un questionnaire ouvert constitué sur résultats de la première phase.

Résultats

Moins d'un tiers des participants définissaient le haut risque cardiovasculaire conformément aux recommandations françaises ou européennes. Quatre sur cinq déclaraient proposer de l'ETP, mais 56% d'entre eux hors démarche pluridisciplinaire. Face à une HTA résistante, 56% adressaient au spécialiste après bilan, 6% procédaient à une évaluation psychosociale. Parmi les motifs de prescription d'exploration angéiologique, six sur dix citaient le suivi du diabète, mais moins d'un sur trois évoquait les autres situations à haut risque.

Conclusion

Dans cette population, les recommandations de prise en charge du risque cardiovasculaire semblaient insuffisamment suivies. Optimisation des systèmes d'information, promotion de la pluridisciplinarité, protocolisation des soins et meilleure formation médicale continue sont autant de pistes pour améliorer le service rendu aux usagers.

JURY : Président : Professeur Jeannie HÉLÈNE-PELAGE

Juges : Professeur Annie LANNUZEL

: Professeur Nicolas VENISSAC

: Docteur Jocelyn INAMO

Directeur : Docteur Philippe CARRÈRE
