



HAL
open science

Étude EPATEMED : étude de la pratique de l'automesure tensionnelle en médecine générale, étude descriptive quantitative transversale en soins primaires en Gironde

Lucile Jenck

► **To cite this version:**

Lucile Jenck. Étude EPATEMED : étude de la pratique de l'automesure tensionnelle en médecine générale, étude descriptive quantitative transversale en soins primaires en Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02064358

HAL Id: dumas-02064358

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02064358>

Submitted on 11 Mar 2019

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.

**Étude EPATEMED : étude de la pratique de
l'automesure tensionnelle en médecine générale, étude
descriptive quantitative transversale en soins primaires
en Gironde**

Lucile Jenck

► **To cite this version:**

Lucile Jenck. Étude EPATEMED : étude de la pratique de l'automesure tensionnelle en médecine générale, étude descriptive quantitative transversale en soins primaires en Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2018. <dumas-02064358>

HAL Id: dumas-02064358

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02064358>

Submitted on 11 Mar 2019

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 de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2018

Thèse N°193

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par

Lucile JENCK

Née le 12 novembre 1987 à Nantes

Le 27 novembre 2018

ETUDE EPATEMED : ETUDE DE LA PRATIQUE DE
L'AUTOMESURE TENSIONNELLE EN MEDECINE
GENERALE.

Étude descriptive quantitative transversale en soins primaires en Gironde.

Thèse dirigée par :

Monsieur le Docteur Pascal ROGER

Jury de thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Président du jury

Monsieur le Professeur William DURIEUX

Juge et rapporteur

Monsieur le Professeur Thierry COUFFINHAL

Juge

Monsieur le Docteur Alexis PIBOURDIN

Juge

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2018

Thèse N°193

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par
Lucile JENCK
Née le 12 novembre 1987 à Nantes

Le 27 novembre 2018

ETUDE EPATEMED : ETUDE DE LA PRATIQUE DE
L'AUTOMESURE TENSIONNELLE EN MEDECINE
GENERALE.

Étude descriptive quantitative transversale en soins primaires en Gironde.

Thèse dirigée par :

Monsieur le Docteur Pascal ROGER

Jury de thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Président du jury

Monsieur le Professeur William DURIEUX

Juge et rapporteur

Monsieur le Professeur Thierry COUFFINHAL

Juge

Monsieur le Docteur Alexis PIBOURDIN

Juge

REMERCIEMENTS

A **Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH**, directeur et coordinateur du Diplôme d'Enseignement Supérieur de Médecine Générale de Bordeaux, Médecin Généraliste.
Merci d'avoir accepté de présider ce jury et de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez croire en ma reconnaissance et mon respect. Je vous témoigne de toute mon admiration devant votre dévouement au service des étudiants de Médecine Générale.

A **Monsieur le Professeur Thierry COUFFINHAL**, responsable de l'unité Maladie Coronarienne au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Cardiologue.
Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et pour l'intérêt que vous avez porté à la lecture de ce travail. Permettez-moi de vous témoigner ma reconnaissance et ma gratitude.

A **Monsieur le Professeur William DURIEUX**, directeur adjoint du Diplôme d'Enseignement Supérieur de Médecine Générale de Bordeaux, Médecin Généraliste.
Je vous remercie pour votre disponibilité et votre précieuse relecture. Vos remarques m'ont ainsi permis d'améliorer ce travail. Veuillez croire en ma respectueuse considération et mon admiration devant votre dévouement au service des étudiants de Médecine Générale.

A **Monsieur le Docteur Alexis PIBOURDIN**, Médecin Vasculaire.
Tu as accepté de participer à ce jury et ainsi de juger ce travail, je t'en remercie. Tu peux croire en ma reconnaissance, en ma gratitude et en mon amitié.

A mon Directeur de thèse, **Monsieur le Docteur Pascal ROGER**, Chargé et Attaché d'enseignement d'université de Médecine Générale de Bordeaux, Médecin Généraliste.
Cher Pascal, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci aussi pour ton expertise, et ta disponibilité. Tu as su rester encourageant et me remotiver lorsque j'en avais besoin. Les discussions autour de cette thèse ont été pour moi très enrichissantes.
Enfin, merci de m'avoir fait en partie découvrir la Médecine Générale à travers ton exercice et pour le temps que tu m'as consacré lors de mon stage dans ton cabinet. Tu as ainsi pu me montrer à quel point la Médecine Générale est à la fois facile mais aussi très difficile, ce qui en fait un métier si passionnant. J'essaierai d'être à la hauteur de ton humanité envers les patients, et ta volonté de perpétuellement te mettre à jour des dernières recommandations. J'espère que tu as apprécié la direction de cette thèse et que cela t'incitera à en diriger de nouveau.

Aux médecins généralistes ayant acceptés de participer à cette étude. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre aide. Je n'aurais pu réaliser ce travail sans votre participation. Un grand Merci !

A mes parents,

Merci à tous les deux de m'avoir soutenue, encouragée, motivée durant toutes ces années. Cette soutenance est attendue depuis longtemps (n'est-ce pas, papa !), j'espère que vous êtes fiers de moi, malgré mon tempérament à faire les choses à la dernière minute (mais les faire bien quand même, j'espère). Vous avez su me transmettre des valeurs importantes qui me sont chaque jour utiles.

Papounet, merci pour tes bons petits plats du dimanche qui ont permis d'égayer mes journées lors des années de concours.

Mamounette, je n'oublierai pas ta relecture attentive et tes remarques qui m'ont aidée dans l'écriture de ce travail.

Je vous aime.

Arthur, mon frère chéri,

Je me souviendrai de notre motivation réciproque en bossant nos cours dans ma chambre et ça fonctionnait ! Je te souhaite plein de bonheur dans ta nouvelle vie, auprès de ta chérie. Merci d'être mon frère. Je t'aime.

Anaïs, ma sœur chérie,

Merci pour ta présence à mes côtés, spécialement lorsque tu venais t'installer dans ma chambre pour me soutenir lors de mes révisions. Dire que tu avais 6 ans lorsque j'ai commencé mes études de médecine... Je te souhaite tout plein de courage pour cette difficile année ; je suis persuadée que tu atteindras tes objectifs. Je t'aime.

A Mamie Zine,

Merci pour ta présence, ton soutien infailible dans les moments difficiles, ta bienveillance. Tu as toujours trouvé les bons mots réconfortants. Merci pour tout ce temps passé ensemble et bien sûr pour ces bons petits plats, préparés parfois sur le pouce. J'espère être digne de l'amour que tu me portes.

A ma tatie Coco,

Merci de m'avoir guidée vers ce métier. Tu m'as inspiré, et encore plus depuis ton installation dans ce super cabinet ! Merci pour ton affection, ton soutien, ton écoute. J'espère devenir à la hauteur du médecin que tu es.

A mon super **Boulou**, toujours présent pour un compliment.

A mes cousins d'ici, Benoit, Tinou, François et aux valeurs ajoutées bien sûr. J'aime tellement être à vos côtés. A tous nos bons moments passés ensemble, les bons repas et les bonnes rigolades !

A Mamie Guitou, je sais que tu aurais adoré être présente aujourd'hui. Merci pour l'intérêt que tu portes à ce travail et pour ton affection.

A ma Famille de Strasbourg : Puce, Pierre, Michou et mes cousins Marie, Zazou, Camille, Tom, Billy et Alex. Vous voir est toujours un moment de grand plaisir.

A ma Belle-Famille,

Merci de m'avoir accueillie dans votre tribu. Patrick, merci de m'avoir offert l'hospitalité pendant presque 6 ans, d'avoir accepté mes tenues de pyjama, même à table !

A mes deux grands pères, partis trop vite.

A Laura,

Ma Laura, merci de ta présence à mes côtés, de ton soutien inébranlable ! quel plaisir d'avoir dans sa vie une personne aussi souriante et motivée que toi ! Merci pour ton accueil avec Jean, dans vos villas (Bayonne, Megève, Sanary), on est reçu comme des rois à chaque fois. J'espère que nos enfants grandiront côte à côte et que Noah sera toujours aussi content que nous de vous retrouver pour un petit Week-end sur la côte basque. Je vous souhaite encore pleins de Week-end entre filles, match de tennis, sortie shopping à saint Séb, après bronzette autour de la piscine... Merci d'être dans ma vie !

A Marine,

Mon coup de cœur dès le début de la P1 ! Merci pour toutes ces années passées ensemble ! Je n'oublierai pas toutes nos soirées, nos révisions à la BU, nos « diners presque parfaits », nos vacances (Baléares, Cabourg, Togo, ski...). J'ai été attristée de te voir partir sur Poitiers mais finalement, tu n'as jamais habité aussi près de moi qu'aujourd'hui !! Je te souhaite plein de bonheur avec Gautier pour cette nouvelle vie qui vous attend...

Alexis et Mathieu,

Merci pour ces inoubliables années où l'on a découvert ensemble la médecine et l'hôpital. J'espère faire partie de votre vie encore aussi longtemps que possible. A toutes nos pauses café, nos ronéos surlignées, nos soirées étudiantes, nos discussions interminables sur la fac...

A Pauline et Charline,

Merci pour votre amitié, nos discussions enflammées, et nos repas entre filles (et il n'y en a pas assez !!)

A toute l'équipe de Périgueux (Alexia, Andrée-Anne, Anne-Laure, Antoine et Elsa, Aude, Antoine P., Emilie, Flavien, Kevin et Marie, Elsa, Marie P., Morgane, Nicolas, Valentine...),
Merci de m'avoir fait partager tous ces inoubliables moments lors de ce semestre à Périgueux.

A tous mes cointernes, chefs, et au personnel de tous les services hospitaliers où je suis passé (Dr Fargeaudoux, Dr Stéphanie Hé, Charlotte, Johan, ...), un grand merci !

A Thomas, merci pour ton aide pour la réalisation de cette thèse ! Je te souhaite plein de bonheur avec ta famille à Périgueux, et une grande carrière hospitalière...

A Sara,

Ma meilleure amie... Bientôt 30 ans qu'on partage nos vies. Merci pour ton soutien sans faille, ta présence à mes côtés depuis tout ce temps ! A toutes nos soirées entre filles à danser et à chanter jusqu'au bout de la nuit, nos soirées pyjamas, nos Week-end entre filles, nos déjeuners hebdomadaires... j'espère qu'il y en aura encore pleins d'autres. Je te souhaite que du bonheur pour l'avenir, rempli de projets.

A Laurie, merci de faire partie de ma vie malgré les kilomètres qui nous séparent.

A mes copines du tennis Marine, Camille et Estelle, merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

A toute la Bande de Bouliac : Laurent et Sandra, Begon et Sandra, Benjoff et Micka, Farah, Mask, Mou, B, PQ et Laure, G... Merci de votre présence à mes côtés ces douze dernières années.

Enfin, **aux deux amours de ma vie,**

A toi, **Armand.**

Sans toi, je n'y serais pas arrivée. Merci pour ton aide, ta relecture, ta patience, ton calme apaisant, d'avoir supporté mes coups de stress de dernière minute. Tu as su me motiver et me pousser à donner le meilleur de moi-même.

Merci pour tous les moments de bonheur que nous avons partagés, et ceux qui nous restent à vivre, remplis de bébés, de voyages et de découvertes.

Merci d'être toi.

Je t'aime.

A mon amour de fils chéri que j'aime à la folie, **Noah.** Tu illumines mes journées.

ACRONYMES ET SIGLES

ANSM Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ASALEE Action de Santé Libérale En Equipe
AMT Automesure Tensionnelle
AVC Accident Vasculaire Constitué
CFLHTA Comité Français de Lutte Contre l'Hypertension Artérielle
CHU Centre Hospitalier Universitaire
CNAM Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNIL Comité Nationale Informatique et Libertés
CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPP Comité de Protection des Personnes
DGS Direction Générale de la Santé
DPC Développement Professionnel Continu
EBV Evidence Based Medecine
ESC European Society of Cardiology
ESH European Society of Hypertension
ETP Education Thérapeutique du Patient
FMC Formation Médicale Continue
FMI Formation Médicale Initiale
FRCVR Facteurs de risques Cardio-Vasculaires
HAS Haute Autorité de Santé
HTA Hypertension Artérielle
INPES Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IT Inertie Thérapeutique
MAPA Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle
MEP Mode d'Exercice Particulier
OMS Organisation Mondiale de la Santé
PA Pression Artérielle
PAd Pression Artérielle diastolique
PAs Pression Artérielle systolique
PEA Programme d'Education à l'Automesure
PET Programme d'Education Thérapeutique
ROSP Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique
SFHTA Société Française de l'Hypertension Artérielle
SFNV Société Française de Neuro-Vasculaire
SUDOC Système Universitaire de Documentation
TA Tension Artérielle
UMFCS Unité Mixte de Formation Continue en Santé

TABLES DES MATIERES

I)	INTRODUCTION	- 12 -
II)	CONTEXTE DE L'ETUDE	- 13 -
1)	L'Hypertension artérielle en général	- 13 -
A.	Epidémiologie	- 13 -
B.	Définition	- 14 -
2)	Mesure conventionnelle de la Pression Artérielle au cabinet	- 14 -
A.	Méthode	- 14 -
B.	Les limites de la mesure conventionnelle	- 14 -
3)	Variabilité de la mesure de la tension artérielle	- 15 -
4)	Emergence de l'indication de la MAPA et de l'AMT	- 15 -
5)	Notion d'HTA blouse blanche et HTA masquée	- 16 -
A.	HTA blouse blanche	- 16 -
B.	HTA masquée	- 17 -
6)	Mesures ambulatoires	- 17 -
A.	Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle	- 17 -
a.	Indications	- 17 -
b.	Contre-indications	- 17 -
c.	En pratique	- 18 -
d.	Limites	- 18 -
e.	Valeurs seuils	- 18 -
B.	Automesure Tensionnelle	- 19 -
a.	Indications de l'automesure selon l'ESC	- 19 -
b.	Contre-indications	- 19 -
c.	En pratique	- 19 -
d.	Valeurs seuils	- 20 -
e.	Intérêt	- 20 -
C.	Alors que faire : MAPA ou AMT ?	- 21 -
7)	Campagne d'information de 2012	- 21 -
8)	Programme mis en place par la sécurité sociale en 2013	- 22 -
9)	AMT et économies de santé	- 23 -
10)	Etudes déjà réalisées sur l'utilisation de l'AMT	- 23 -
III)	MATERIEL ET METHODE	- 27 -
1)	Justification de l'étude et objectifs	- 27 -
2)	Elaboration du questionnaire	- 27 -
3)	Critères d'inclusion	- 28 -
4)	Critères d'exclusion	- 28 -
5)	Modalités de recueil	- 28 -
6)	Méthode d'analyse et outils statistiques	- 28 -
7)	Aspect règlementaire	- 29 -
8)	Flow chart	- 29 -
IV)	RESULTATS	- 30 -
1)	Description de la population	- 30 -
2)	Evaluation des connaissances et des pratiques	- 31 -
a.	Médecins généralistes et prise en charge de l'HTA	- 31 -
b.	Médecins généralistes et réflexion sur éventuels traitements excessifs des patients	- 32 -
c.	Médecins généralistes et connaissances sur les recommandations	- 33 -

d.	Médecins généralistes et pratiques professionnelles	- 36 -
e.	Médecins généralistes et intérêt d'utilisation de l'AMT	- 41 -
f.	Médecins généralistes et freins à la réalisation systématique de l'AMT	- 46 -
g.	Médecins généralistes et limites de l'AMT	- 48 -
h.	Médecins généralistes et mise à disposition de tensiomètres pour les patients -	50
i.	Médecins généralistes et éducation du patient	- 56 -
3)	Comment améliorer la fréquence d'utilisation de l'AMT ?	- 59 -
V)	DISCUSSION	- 63 -
1)	Intérêt du sujet	- 63 -
2)	Discussion de la méthode : Forces et limites de l'étude	- 63 -
A.	Forces	- 63 -
a.	Liées à l'étude quantitative	- 63 -
b.	Liées à la méthodologie pour la réalisation du questionnaire	- 63 -
c.	Liées à la population cible	- 64 -
d.	Liées au sujet même de l'étude	- 64 -
B.	Limites :	- 65 -
a.	Biais de sélection	- 65 -
b.	Biais de mesure	- 66 -
3)	Principaux résultats	- 68 -
A.	Fréquence d'utilisation de l'AMT	- 68 -
a.	Facteurs socio-démographiques associés à l'utilisation de l'AMT :	- 69 -
b.	Lien avec les connaissances sur les recommandations de l'HAS	- 70 -
c.	Lien avec l'inertie thérapeutique	- 71 -
B.	Place des tensiomètres mis à disposition par la Sécurité Sociale	- 73 -
C.	Avantages de l'AMT	- 75 -
a.	Circonstances d'utilisation de l'AMT	- 75 -
b.	Intérêts de l'AMT	- 75 -
c.	Éléments peu pris en compte dans notre étude	- 76 -
D.	Freins et limites à la réalisation de l'AMT	- 79 -
a.	Manque de tensiomètres à la disposition des praticiens	- 79 -
b.	Crainte des praticiens que l'AMT inquiète inutilement les patients	- 81 -
c.	Difficultés de compréhension de certains patients, manque de confiance dans les résultats fournis et incapacité du patient	- 82 -
d.	Pratique chronophage	- 84 -
e.	Mesures uniquement diurnes	- 85 -
f.	Autres freins et limites pour le patient évoqués, peu significatifs dans notre étude .-	85 -
4)	Perspectives	- 87 -
A.	Amélioration de la formation médicale initiale et continue des médecins généralistes	- 87 -
a.	La Formation Médicale Continue (FMC) en général	- 87 -
b.	La formation à l'ETP	- 88 -
B.	Prise en charge financière	- 89 -
C.	Vers une prise en charge multi professionnelle	- 90 -
a.	Aide des pharmaciens	- 90 -
b.	Création de Réseaux : exemple du réseau HTA-GWAD	- 91 -
c.	Aide des infirmiers	- 92 -
d.	Assistants médicaux	- 92 -
e.	Travail simultané des cardiologues	- 92 -

D.	Télémédecine et Santé numérique	- 93 -
VI)	CONCLUSION	- 94 -
VII)	BIBLIOGRAPHIE	- 95 -
VIII)	ANNEXES	- 100 -
IX)	SERMENT D'HIPPOCRATE	- 111 -

LISTES DES ILLUSTRATIONS ET ANNEXES

Tableau I : Seuils de la pression artérielle pour définir l’hypertension artérielle selon le type de mesures, révisés selon les recommandations européennes de 2007.....	- 20 -
Figure 1 : flow chart	- 29 -
Tableau II : Caractéristiques socio démographiques de la population (N=156)	- 30 -
Tableau III et graphique associé : Prise en charge par les médecins généralistes devant un patient présentant une TA élevée au cours de plusieurs consultations	- 31 -
Tableau IV et graphique associé : Médecins généralistes et proportion de médecins qui pensent traiter certains de leurs patients de façon excessive.....	- 32 -
Tableau V et graphique associé : Médecins généralistes et connaissances sur la méthode de mesure de la tension artérielle la plus fiable	- 33 -
Tableau VI et graphique associé : Médecins généralistes et connaissances sur l’existence des recommandations de l’HAS concernant l’Automesure Tensionnelle.....	- 34 -
Tableau VII et graphique associé : Tableau comparatif des connaissances sur les recommandations de l’HAS en fonction du type d’activité	- 35 -
Tableau VIII et graphique associé : Médecins généralistes et fréquence d’utilisation de l’Automesure Tensionnelle avant initiation de traitement anti hypertenseur.....	- 36 -
Tableau IX : Tableau comparatif des données sociodémographiques entre les médecins réalisant l’Automesure Tensionnelle systématiquement, régulièrement, occasionnellement et jamais.	- 37 -
Tableau X et graphique associé : Tableau comparatif du type d’activité des médecins généralistes entre les médecins réalisant l’Automesure Tensionnelle systématiquement, régulièrement, occasionnellement et jamais.....	- 38 -
Tableau XI et graphique associé : tableau comparatif de la proportion de médecins qui pensent traiter certains de leurs patients de façon excessive entre les médecins réalisant l’AMT systématiquement, régulièrement, occasionnellement et jamais.	- 39 -
Tableau XII et graphique associé : Tableau comparatif de la connaissance des recommandations HAS concernant l’AMT entre les différentes fréquences de réalisation de l’AMT.....	- 40 -
Tableau XIII et graphique associé : Médecins généralistes et circonstances d’utilisation de l’Automesure Tensionnelle	- 41 -
Tableau XIV et graphique associé : Médecins généralistes et intérêts exprimés de l’utilisation de l’Automesure Tensionnelle	- 43 -
Tableau XV et graphique associé : Médecins généralistes et proportion de patients ayant été diagnostiqués à la suite d’une mesure ambulatoire de la tension artérielle par AMT ou MAPA.	- 45 -
Tableau XVI : Tableau comparatif des freins en fonction de la fréquence d’utilisation de l’Automesure Tensionnelle	- 46 -
Tableau XVII et graphique associé : Médecins généralistes et limites exprimées à l’utilisation de l’Automesure Tensionnelle	- 48 -
Tableau XVIII et graphique associé : Médecins généralistes et mise à disposition de tensiomètres pour leurs patients	- 50 -
Tableau XIX et graphique associé : Tableau comparatif de la mise à disposition de tensiomètres pour les patients en fonction des différentes fréquences d’utilisation de l’Automesure Tensionnelle	- 51 -
Tableau XX et graphique associé : Médecins généralistes et proportion de prêt de tensiomètre par le médecin ou d’achat de tensiomètre par le patient lui-même.	- 52 -

Tableau XXI : Tableau comparatif de la proportion de prêt de tensiomètre par le médecin ou d'achat de tensiomètre par le patient lui-même en fonction des différentes fréquences d'utilisation de l'Automesure tensionnelle	- 53 -
Tableau XXII et graphique associé : Médecins généralistes et modification de la prise en charge de l'HTA depuis la mise à disposition d'un tensiomètre par l'Assurance Maladie en 2013	- 54 -
Tableau XXIII : Tableau comparatif de la proportion de prêt de tensiomètre par le médecin ou d'achat de tensiomètre par le patient lui-même, entre les médecins reconnaissant un impact de l'action de la CNAM en 2013 et ceux n'ayant pas été impactés	- 55 -
Tableau XXIV et graphique associé : Médecins généralistes et réalisation d'une éducation précise du patient.....	- 56 -
Tableau XXV et graphique associé : Médecins généralistes et recommandations du type de brassard au patient	- 57 -
Tableau XXVI et graphique associé : Médecins généralistes et intérêt selon eux à remettre une fiche explicative aux patients	- 58 -
Tableau XXVII et graphique associé : Médecins généralistes et solutions éventuelles afin d'augmenter la fréquence d'utilisation de l'Automesure Tensionnelle.	- 59 -
Tableau XXVIII et graphique associé : Médecins généralistes et nombre de tensiomètres que la CNAM devrait mettre à leur disposition afin d'optimiser le prêt aux patients.....	- 61 -
Annexe 1 : Questionnaire de l'étude EPATEMed envoyé par mail à tous les médecins généralistes de Gironde	
	- 100 -
Annexe 2 : Fiche automesure de la tension artérielle, mise à disposition sur le site internet automesure.com.....	
	- 105 -
Annexe 3 : Communiqué de presse lié au lancement d'une campagne d'information sur la prise en charge de l'HTA dans le cadre du plan AVC	
	- 109 -

I) INTRODUCTION

La mesure de la tension artérielle fait partie intégrante de l'examen médical par le médecin généraliste lors d'une consultation. Elle n'est pas systématique mais reste un moment essentiel lors d'une consultation.

Cette mesure permet entre autres de rechercher une Hypertension Artérielle (HTA), qui est l'un des facteurs de risques cardiovasculaires, et donc d'estimer le risque cardiovasculaire global.

Maladie silencieuse, l'hypertension entraîne des complications parfois graves, dont l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale chronique... On estime que celle-ci est responsable de 40 % des accidents vasculaires cérébraux alors qu'elle est le premier facteur modifiable influant sur la mortalité tant dans les pays développés que les pays en voie de développement (1)

L'étude SHEAF rapporte qu'une augmentation de 10mmHg de la Pression Artérielle systolique (PAs) élèverait le risque de survenue d'un événement cardiovasculaire de 17,2% et une augmentation de 5mmHg de la Pression Artérielle diastolique (PAd) élèverait ce risque de 11,7% (2).

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès dans le monde et la deuxième cause en France (première pour les femmes), après les cancers, et à l'origine de 140 000 morts par an (3).

Le dépistage de l'HTA remplit tous les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

- La maladie constitue un problème majeur de santé publique
- La maladie est peu symptomatique à un stade précoce
- Il existe une méthode de dépistage simple, efficace, acceptable par la population
- Les moyens appropriés de diagnostic et de traitement sont disponibles
- L'histoire naturelle de la maladie est connue
- La maladie a un traitement d'efficacité démontrée
- Les critères de choix des sujets qui recevront un traitement sont préétablis
- Le coût du dépistage est raisonnable
- Le dépistage doit être pérenne dans le temps (4).

Il est donc essentiel de détecter, traiter et contrôler l'HTA.

Les recommandations ont évolué ces dernières années concernant le diagnostic de l'HTA, notamment avec **l'instauration de l'automesure tensionnelle à domicile**.

Notre étude, nommée EPATEMed, va nous permettre de déterminer quelle est la pratique de l'automesure tensionnelle des médecins généralistes de Gironde.

II) CONTEXTE DE L'ETUDE

1) L'Hypertension artérielle en général

A. Epidémiologie

Le Comité français de lutte contre l'HTA (CFLHTA) a mis en place depuis 2002 les enquêtes FLAHS (French League against hypertension Survey). Les données recueillies permettent d'avoir un observatoire précis de l'HTA et de sa prise en charge en France : elles ont pour objectif d'obtenir des données scientifiques sur le mode de vie et la prise en charge médicale des hypertendus vivants en France. Ces enquêtes sont réalisées tous les 2 ans.

Selon l'OMS, l'hypertension artérielle est le premier motif de consultation dans le monde et on estime que près de 8 millions de décès annuels sont attribuables à l'HTA.

Les données de l'étude FLAHS 2017, réalisée chez 6000 sujets de 35 ans et plus, représentatifs de la population française, suggèrent que le nombre d'hypertendus traités a baissé en France (10.8 millions en 2017 contre 11.6 millions en 2014 et 11.2 millions en 2010) (5).

Un patient sur deux ne contrôle pas régulièrement sa pression artérielle (6). L'étude FLAHS retrouve que 40% des hypertendus traités utilisent un appareil d'automesure tensionnelle.

D'après l'étude ESTEBAN, réalisée sur un échantillon national en France en 2015, il est établi que la prévalence de l'HTA chez les adultes était de 32,3 %. Parmi les personnes hypertendues, 50 % étaient traitées par un médicament à action antihypertensive. Parmi les patients traités, seulement 55 % avaient une PA normale. Il semblerait donc qu'un grand nombre de patients n'ont pas leur tension artérielle contrôlée parmi ceux traités et non traités. La proportion de patients traités et le contrôle de la maladie n'ont pas progressé depuis 2006, par comparaison avec l'étude ENNS: il n'y a eu aucune amélioration notable en dix ans (7). Dans les années 2000, le contrôle tensionnel en France était parmi les meilleurs d'Europe avec 40 % des hypertendus contrôlés.

Le contrôle tensionnel s'établit aujourd'hui à 50 % alors qu'il a continué de progresser aux Etats-Unis et dans des pays européens voisins. La conjugaison de multiples facteurs liés à la fois aux patients (manque de motivation, mauvaise observance...) et aux médecins (banalisation de l'HTA, inertie thérapeutique...) explique ces résultats (1).

Chiffres clés de l'hypertension artérielle en France :

- **14 millions d'hypertendus**
- **11 millions d'hypertendus traités**
- **1 français sur 3 de plus de 35 ans est hypertendu**
- **Plus de 1 français sur 2 de plus de 65 ans est hypertendu**

Il apparait donc que l'HTA reste insuffisamment dépistée, traitée et contrôlée. (8)

En 2006, la prise en charge du traitement médicamenteux de l'HTA et des facteurs de risque associés atteint 4,4 milliards d'euros dont 2,3 pour les antihypertenseurs (9).

B. Définition

L'HTA est définie de façon consensuelle, selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (10), par :

- une Pression Artérielle systolique (PAs) supérieure ou égale à **140 mmHg et/ou**

- une Pression Artérielle diastolique (PAd) supérieure ou égale à **90 mmHg,**

mesurées au cabinet médical, et confirmées (au minimum deux mesures par consultation, au cours de trois consultations successives, sur une période de 3 à 6 mois).

Si la pression artérielle n'est que modestement élevée, il est nécessaire de réaliser de multiples mesures avant de confirmer le diagnostic dans la mesure où il existe une grande **variabilité** de la tension artérielle dans la journée, ou même d'un jour à l'autre. La période d'observation doit être réduite (semaine ou quelques jours) si les chiffres sont plus élevés ou si le risque cardiovasculaire global est élevé ou une atteinte des organes cibles est déjà présente.

Il n'y a pas de seuil clairement défini pour la personne âgée. Les données probantes donnent à penser qu'une PAS à 140 mm Hg ou plus mais de moins de 160 mm Hg est acceptable selon une étude réalisée en 2013 (11). Il s'agit le plus souvent d'une hypertension systolique isolée avec une PA diastolique inférieure à 90 mmHg.

2) Mesure conventionnelle de la Pression Artérielle au cabinet

A. Méthode

Les études épidémiologiques et les essais thérapeutiques initiaux de l'HTA reposent sur la mesure conventionnelle de la pression artérielle en milieu médical, en utilisant la méthode auscultatoire avec un sphygmomanomètre à mercure ou anaéroïde. L'appareil doit être validé (la liste des appareils validés en France est inscrite sur le site internet de l'ANSM), tenu en parfait état (tuyaux, valves, quantité de mercure) et contrôlé périodiquement en référence à un manomètre à mercure.

Le brassard doit être adapté à la taille du bras et placé sur le plan du cœur, chez un patient en position assise ou couchée depuis plus de cinq minutes.

Des études récentes montrent que la mesure automatisée serait plus fiable que la manuelle (12).

B. Les limites de la mesure conventionnelle

La méthode recommandée n'est pas systématiquement appliquée.

En effet, le respect des cinq minutes de repos avant la prise de la PA n'est pas systématiquement réalisé car difficilement applicable lors d'une consultation de 10 ou 15 minutes ; par ailleurs, deux mesures sont nécessaires lors de la consultation mais c'est souvent une seule mesure qui est réalisée par le médecin.

Cette pratique est chronophage pour le médecin généraliste, surtout quand la mesure de la PA s'ajoute à d'autres motifs de consultation.

Par ailleurs, il existe une variabilité opérateur-dépendant liée à de possibles troubles de l'ouïe ou troubles visuels, ou à la façon de prendre la tension en suivant ou pas la méthode recommandée. Beaucoup de médecins arrondissent au chiffre supérieure ou inférieure, ce qui fausse le résultat.

De plus, cette méthode ne permet pas de détecter l'HTA blouse blanche ni l'HTA masquée.

Enfin, il existe une variabilité artérielle importante très bien décrite dans la littérature.

3) Variabilité de la mesure de la tension artérielle

Une mesure ponctuelle au cabinet n'est pas forcément représentative de la tension artérielle habituelle étant donné qu'il existe une grande variabilité de la PA d'un jour à l'autre ou même d'un moment de la journée à l'autre.

Cette variabilité est due :

- à des phénomènes neuro-hormonaux,
- à une atteinte des organes cibles sous-jacente,
- aux mouvements respiratoires,
- à l'état émotionnel du patient
- au moment de la journée où le patient prend ses traitements antihypertenseurs
- à la consommation de tabac, café, alcool

4) Emergence de l'indication de la MAPA et de l'AMT

La grande variabilité de la pression artérielle ainsi que la découverte de l'existence de l'hypertension blouse blanche et l'hypertension masquée ont conduit à développer des méthodes de mesure complémentaires, telles que la **Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle** (MAPA) et l'**Automesure Tensionnelle** (AMT).

Au cours de ces dernières années, il a été montré que le niveau tensionnel basal était mieux défini par la MAPA ou l'AMT que par la méthode conventionnelle en milieu médical. De même, il a été montré que **l'atteinte des organes cibles** était mieux corrélée au niveau tensionnel défini par ces méthodes qu'à celui mesuré en consultation médicale. Enfin, récemment, plusieurs études ont démontré, tant pour la MAPA que pour l'AMT, que la **morbidity et la mortalité cardiovasculaires** étaient mieux prédites par le niveau tensionnel défini par ces méthodes que par celui mesuré en consultation médicale. Cela est vraisemblablement dû à une moindre variabilité de la mesure tensionnelle, liée à la multiplication du nombre de mesures et à la standardisation des circonstances dans lesquelles la PA est mesurée par ces méthodes.

À la suite de ces nouvelles données, les recommandations pour la pratique clinique datant de juillet 2005 ont préconisé, pour le diagnostic de l'hypertension artérielle, la réalisation de mesures tensionnelles en ambulatoire, par l'AMT et/ou la MAPA ; le but étant d'éviter les erreurs diagnostiques par excès (HTA blouse blanche) ou par défaut (HTA masquée ou ambulatoire isolée) et de s'assurer de la permanence de l'HTA. Pour la première fois, l'automesure devenait un élément central dans cette prise en charge. Depuis, l'automesure est inscrite systématiquement dans toutes les recommandations internationales pour la prise en charge de l'HTA de l'adulte, par la European Society of Cardiology (ESC) et la European Society of Hypertension (ESH) puis par la Société Française de l'Hypertension Artérielle (SFHTA) (13,14).

Les mesures ambulatoires sont préconisées depuis 2005 et confirmées par les recommandations européennes depuis 2007 car les valeurs tensionnelles :

- **définissent mieux le niveau tensionnel basal que la méthode conventionnelle**
- **sont davantage corrélées à l'atteinte des organes cibles**
- **prédisent mieux la morbidité et mortalité cardiovasculaire**

5) Notion d'HTA blouse blanche et HTA masquée

L'utilisation combinée des deux méthodes (conventionnelle et AMT ou conventionnelle et MAPA) a permis d'identifier des sous-groupes :

- sujets ayant une pression artérielle normale pour les deux méthodes : patients normotendus (ou contrôlés si traitement anti hypertenseur en cours)
- sujets ayant une PA au-dessus des seuils de normalité pour les deux méthodes : patients hypertendus (ou non-contrôlés si traitement anti hypertenseur en cours)
- sujets ayant une pression artérielle élevée en mesure conventionnelle mais normale avec l'AMT ou la MAPA : HTA de consultation ou HTA blouse blanche
- sujets ayant une pression artérielle normale avec la mesure conventionnelle mais élevée avec l'autre méthode : HTA masquée.

L'hypertension artérielle ou son mauvais contrôle sont méconnus tant qu'une mesure par MAPA ou AMT n'a pas été réalisée.

A. HTA blouse blanche

L'HTA « blouse blanche » est donc définie par une PAS supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou une PAD supérieure ou égale à 90 mmHg au cabinet donc anormale, mais normale au domicile (PAS inférieure à 135 mmHg et PAD inférieure à 85 mmHg).

Sa prévalence est en moyenne de **13 % mais peut atteindre 32 %** chez les patients hypertendus d'après des données des recommandations de l'ESH et l'ESC de 2013 (15).

Le diagnostic d'hypertension artérielle isolée de consultation doit être porté lorsque la pression artérielle a été mesurée au moins trois fois au-dessus de 140/90 mmHg en consultation, tandis que les valeurs moyennes diurnes en mesure ambulatoire sont normales.

Une hypertension isolée de consultation est une indication à la mise en place de mesures hygiéno-diététiques. En effet, quelques études ont montré que chez ces sujets, la prévalence d'une atteinte des organes cibles et d'anomalies métaboliques est plus élevée que chez les sujets normotendus, suggérant que ce phénomène n'est pas innocent (13).

Cette situation d'hypertension artérielle isolée est plus fréquente quand l'hypertension est de grade 1, et dans le sexe féminin (16).

B. HTA masquée

L'HTA « masquée » est définie, à l'inverse, par une PA inférieure à 140 mmHg et une PAD inférieure à 90 mmHg au cabinet donc normale mais anormale au domicile (PA supérieure ou égal à 135 mmHg et/ou PAD supérieure ou égal à 85 mmHg). La prévalence de l'HTA masquée est importante : **environ 17%, pouvant atteindre 50 % chez les hypertendus traités**, ce qui signifie qu'un patient hypertendu traité peut paraître contrôlé lors de mesures conventionnelles au cabinet alors qu'il ne l'est pas (17).

Les mécanismes physiopathologiques de l'HTA masquée ne sont pas encore bien connus.

6) Mesures ambulatoires

A. Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle

La MAPA utilise la méthode oscillométrique ou, pour certains appareils, combine les méthodes stéthacoustiques et oscillométriques. Les appareils disponibles sur le marché ont été validés.

a. Indications

Les indications de la MAPA, selon l'ESC, sont :

- présence d'une HTA au cabinet en l'absence de critères de gravité :
 - TA systolique supérieure à 179 mmHg et/ou TA diastolique supérieure à 109 mmHg,
 - Atteinte d'un organe cible,
 - antécédents cardio ou cérébro vasculaire, diabète, insuffisance rénale
- suspicion d'hypertension « blouse blanche »
- suspicion d'hypertension masquée : pression artérielle normale élevée au cabinet ou présence d'une atteinte d'organe asymptomatique
- risque cardiovasculaire élevé
- variation importante de la pression artérielle pendant une consultation ou entre plusieurs consultations
- suspicion d'épisodes d'hypotension
- pression artérielle élevée chez la femme enceinte
- identification des hypertensions résistantes vraies
- suivi d'une HTA
- évaluer le mode de variation de la TA nocturne
- rechercher une variabilité inhabituelle de la TA
- dans les cas où l'automesure n'est pas réalisable
- grande différence entre les pressions artérielles mesurées au cabinet et celles obtenues par automesure

b. Contre-indications

Les appareils semi-automatiques étant imprécis en présence d'un **trouble du rythme**, les patients présentant comme antécédent une arythmie ne peuvent bénéficier d'une MAPA.

c. En pratique

Un appareil est mis en place, généralement par un cardiologue, un technicien ou une infirmière. Les mesures sont programmées toutes les quinze minutes dans la journée et toutes les vingt à trente minutes la nuit.

Le patient doit garder ses activités habituelles, il doit noter celles-ci sur un carnet avec les heures de coucher et de réveil, l'heure des prises médicamenteuses. Le brassard doit être installé au bras opposé au côté dominant, et de taille adaptée au bras du patient.

L'analyse et l'interprétation sont médicales. Un rapport complet est généralement édité avec calcul d'une moyenne des tensions.

d. Limites

La principale limite est la **gêne occasionnée** pour le patient. La prise de tensions redondantes toutes les quinze minutes peut être source de douleurs. Des manifestations cutanées locales (pétéchies, hématomes) peuvent survenir.

Par ailleurs, une autre limite est la difficulté d'interprétation des résultats en cas de mesures insuffisantes ou aberrantes.

La MAPA est généralement réalisée dans les cabinets de cardiologie, par les cardiologues, donc avec des délais d'attente parfois de plusieurs mois.

Enfin, la MAPA n'est pas un acte pris en charge par la Sécurité Sociale ; elle est en générale facturée au prix d'une consultation de cardiologie avec un remboursement de 70 %, mais elle peut également être entièrement à la charge financière du patient. Des études montrent que la MAPA réduirait globalement les coûts, en contrebalançant son surcoût initial, par une réduction des diagnostics erronés et d'un meilleur ciblage des traitements (18).

Toutefois, il apparaît illusoire d'en préconiser l'utilisation systématique chez tous les hypertendus et encore moins de préconiser une répétition de la mesure pour la surveillance au long cours.

e. Valeurs seuils

Selon les recommandations HAS 2005, les seuils d'HTA pour la MAPA sont :

- en journée : **135/85 mmHg**
- la nuit : **120/70 mmHg**
- en moyenne sur 24h : **130/80 mmHg**

Selon les recommandations ESH/ESC 2007, les seuils d'HTA sont légèrement plus sévères :

- en journée : 130-135/85 mmHg
- la nuit : 120/70 mmHg
- en moyenne sur 24h : 125-130/80 mmHg

B. Automesure Tensionnelle

En France, l'enquête FLAHS de 2006 montrait une augmentation marquée entre 2004 et 2006, du nombre estimé de tensiomètres dans la population générale (19). Elle passait de 4 à 6 millions, soit une augmentation de 50%. En 2012, cette estimation est passée à 7 millions (20). Chez les hypertendus traités, les mêmes études montraient que la proportion d'appareils était passée de 24% en 2004 à 36% en 2006, puis 41% en 2012.

La dernière enquête FLAHS 2017, portant sur 1334 patients hypertendus traités, montre que 40% des patients hypertendus traités utilisent un appareil d'automesure tensionnelle, contre 44% en 2015 : il y a donc une baisse importante de possession d'appareils malgré toutes les recommandations actuelles (5).

a. Indications de l'automesure selon l'ESC

- présence d'une HTA au cabinet en l'absence de critères de gravité :
 - TA systolique supérieure à 179 mmHg et/ou TA diastolique supérieure à 109 mmHg,
 - Atteinte d'un organe cible,
 - Antécédents cardio ou cérébro vasculaires, diabète, insuffisance rénale
- suspicion d'hypertension « blouse blanche »
- suspicion d'hypertension masquée : pression artérielle normale élevée au cabinet ou présence d'une atteinte d'organe asymptomatique
- risque cardiovasculaire élevé
- variation importante de la pression artérielle pendant une consultation ou entre plusieurs consultations
- suspicion d'épisodes d'hypotension
- pression artérielle élevée chez la femme enceinte
- identification des hypertensions résistantes vraies
- suivi d'une HTA

b. Contre-indications

L'automesure tensionnelle ne doit pas être proposée aux patients pour lesquels cette technique n'est pas adaptée :

- patients avec bras dont le diamètre est supérieur à 33 cm, qui nécessitent l'emploi d'un brassard large, en mesure conventionnelle.
- patients particulièrement **anxieux**
- patients présentant une **arythmie** (complète, comme la fibrillation auriculaire), qui peut être à l'origine de mesures erronées ; les appareils semi-automatiques étant imprécis
- contre-indication relative des patients ayant des troubles cognitifs (possible de s'appuyer sur leur entourage) (21).

c. En pratique

Il existe des appareils validés par l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé), dont la liste officielle est disponible sur le site internet de l'ANSM ou sur le site internet automesure.com, mais elle n'est plus actualisée depuis 2012. Cette liste recense 137 brassards huméraux et 130 brassards radiaux.

Il faut préférer un appareil semi-automatique plutôt qu'un sphygmomanomètre à mercure pour éviter de former le patient et ne pas être tributaire d'un déficit auditif.

En pratique, le patient doit mesurer sa pression artérielle en position assise après un repos de cinq minutes, avec un brassard gonflable, placé au niveau du bras, lui-même placé sur une table à hauteur du cœur et semi fléchi.

La mesure doit se faire le matin (avant la prise du petit déjeuner et des médicaments) et le soir (avant le coucher), trois fois de suite, à une ou deux minutes d'intervalle. Les mesures s'effectuent **trois jours de suite au minimum** (sept jours selon l'ESC).

Les résultats doivent être correctement notés, ou mieux, mémorisés si présence d'un système d'enregistrement.

Ainsi, il n'est pas concevable de pratiquer l'AMT, sans une éducation thérapeutique minimum du patient au préalable. L'automesure ne doit pas aboutir à une automédication ou à une substitution du médecin traitant.

Cette méthode de mesure a été confirmée par l'ESC et l'ESH en 2013.

d. Valeurs seuils

Les valeurs sont considérées comme normales si la PA systolique est inférieure à **135 mmHg**, et si la PA diastolique est inférieure à **85 mmHg**. Une moyenne doit être faite des mesures afin de confirmer ou d'infirmer la présence d'une hypertension artérielle.

e. Intérêt

De nombreuses études ont permis de déterminer les autres avantages de l'automesure tensionnelle en dehors du dépistage de l'HTA :

- Amélioration de l'**observance thérapeutique** :
- Réduction de l'**inertie clinique**
- Vérification du temps d'action du traitement anti hypertenseur

Tableau I : Seuils de la pression artérielle pour définir l'hypertension artérielle selon le type de mesures, révisés selon les recommandations européennes de 2007.

	TA systolique (mmHg)	TA diastolique (mmHg)
Au cabinet	140	90
Automesure ambulatoire	135	85
MAPA 24 heures	130	80
Jour	135	85
Nuit	120	75

C. Alors que faire : MAPA ou AMT ?

La reproductibilité de l'AMT et de la MAPA est similaire, et toujours meilleure que la mesure conventionnelle.

Comme le rappellent les recommandations ESH 2007, il est utile que les mesures s'étendent réellement sur 24h afin d'avoir des informations sur le profil diurne et nocturne, la différence entre le jour et la nuit, la pression artérielle au petit matin et la variabilité.

La valeur pronostique de la pression artérielle nocturne est supérieure à celle de la pression diurne ; et il a été montré que les sujets qui n'abaissent pas leur pression artérielle la nuit ont une prévalence plus grande d'atteinte des organes cibles (13).

La MAPA améliore la prédiction du risque cardiovasculaire global.

Comme la MAPA, l'automesure présente comme avantage **l'absence d'effet blouse blanche**, les mesures sont reproductibles, les valeurs prédisent l'évolution ou l'apparition d'une atteinte des organes cibles, ainsi que le risque cardiovasculaire.

Mais l'automesure présente surtout l'avantage, en comparaison avec la MAPA, d'être **peu coûteuse** et améliore l'adhésion des patients à leur traitement. L'AMT est plus facile à réaliser que la MAPA, et plus largement **disponible** que celle-ci en soins primaires, car la MAPA est généralement pratiquée par les cardiologues.

Les recommandations françaises sont très claires à ce sujet et positionnent l'AMT en première ligne devant la MAPA : la MAPA est utile en l'absence d'AMT ou alors si discordance entre les mesures au cabinet et l'AMT (23) . Les recommandations européennes sont moins tranchées et précisent que les deux méthodes sont complémentaires (15).

En première intention, les médecins généralistes peuvent donc faire pratiquer l'AMT sauf dans les indications vraiment spécifiques de la MAPA.

Le choix entre l'AMT et la MAPA dépend également si possible de la préférence du patient.

Quelques individus peuvent avoir une MAPA normale ou une automesure pathologique ou inverse : le diagnostic doit être décidé en fonction du terrain, du risque cardiovasculaire ou la potentielle atteinte d'un organe cible.

Malgré tout, la mesure clinique stéthacoustique reste nécessaire car permet un dépistage lors d'une consultation, même pour un autre motif ; elle permet de rechercher **une hypotension orthostatique**, et permet une mesure de la PA même en présence d'une fibrillation auriculaire.

Par ailleurs, le sphygmomanomètre à mercure reste considéré comme le « **gold standard** » en matière de mesure de la tension artérielle, même si son utilisation est presque abandonnée (24).

7) Campagne d'information de 2012

Afin de sensibiliser tous les médecins sur la nécessité de mieux traiter et de mieux contrôler les hypertendus, une **campagne d'information** a été menée en 2012 auprès des médecins généralistes, supervisée conjointement par la CFLHTA, la SFHTA, la Société Française de NeuroVasculaire (SFNV) et la Direction Générale de la Santé (DGS).

Le but était de faire du contrôle tensionnel un objectif pour améliorer l'état sanitaire de la population par une diminution des accidents vasculaires cérébraux et de la dépendance, en atteignant 70 % des hypertendus contrôlés et traités d'ici 2015 (1).

Un livret-guide expliquant le rationnel de la campagne et les moyens pratiques d'y parvenir a été diffusé en janvier 2012 à plus de 55 000 médecins généralistes et 4 000 médecins spécialistes impliqués dans la prise en charge de l'HTA. Réalisé par les experts de l'hypertension artérielle, ce livret proposait sept conseils identifiés pour apporter aux praticiens une synthèse des moyens thérapeutiques actuels pouvant conduire à améliorer la prévention des AVC (voir annexes 3).

8) Programme mis en place par la sécurité sociale en 2013

En juillet 2013, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a mis en place un nouveau dispositif : un appareil de mesure tensionnelle à disposition de chaque médecin généraliste français (60000 médecins) afin de faciliter la mise en place de l'automesure tensionnelle, conformément aux nouvelles recommandations.

Ce dispositif a été élaboré avec le soutien du Collège de Médecine Générale, de la SFHTA et du Syndicat National des Médecins Spécialistes en Cardiologie et Médecine Vasculaire.

Une étude avait été réalisée auparavant dans l'Aude, concluante : 97 % des confrères interrogés recommandaient l'appareil à AMT ; en moyenne quatre patients sur dix à qui l'appareil avait été prêté étaient concernés par l'effet blouse blanche ; face à ces patients, un confrère sur dix a instauré un médicament anti hypertenseur (25). Dans la mesure où cette étude était plutôt concluante, le dispositif a été mis en place au niveau national.

Lors du lancement du dispositif sur le plan national, la CNAM comptait sur l'adhésion d'un tiers des médecins la première année, trois quarts la seconde année et 100% en 2016.

Le modèle de tensiomètre choisi est le BPA 200 du fournisseur Microlife et porte le logo de l'Assurance Maladie. Cet appareil, haut de gamme, répond à tous les critères des recommandations de bonnes pratiques : valide, brassard huméral, adapté à toutes les tailles, un seul bouton à appuyer, et une fonction de mémorisation des données. De plus, l'appareil possède une option avec câble USB et un logiciel permettant une lecture simplifiée des résultats de la série de mesures de chaque patient, permettant un gain de temps pour le médecin.

La demande d'appareil se fait encore actuellement, en ligne, sur l'espace professionnel. La démarche administrative pour recevoir l'appareil est simple et rapide à réaliser.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie est en cours de réalisation de travaux d'évaluation de l'AMT et n'est pas encore en mesure de nous communiquer le nombre de médecins ayant commandé jusqu'à ce jour un tensiomètre.

9) AMT et économies de santé

Bien que l'AMT soit largement répandue et étudiée dans de nombreux pays, peu d'études portent sur les éventuelles économies de santé liées à cet outil.

Les économies de santé pourraient être liées à plusieurs facteurs :

- Une diminution de prescription de traitements antihypertenseurs, chez des patients n'en ayant pas réellement besoin (présentant une HTA blouse blanche)
- Une diminution des complications liées à l'HTA, par un meilleur contrôle tensionnel, que ce soit chez les patients hypertendus traités ou les hypertendus non traités
- Une possible diminution de la fréquence des consultations chez le médecin traitant si la TA semble bien équilibrée au domicile.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie est en cours de réalisation de travaux d'évaluation de l'AMT ; elle n'est pas encore en mesure de nous communiquer les économies de santé réalisées.

Une étude a été réalisée en 2004, en Belgique et en Irlande. Il s'agissait d'un essai clinique randomisé d'une durée de 1 an. L'ajustement du traitement antihypertenseur basé sur la TA au domicile au lieu de la TA mesurée au cabinet médical a conduit à un traitement médicamenteux moins intensif et à des coûts légèrement inférieurs (3875 euros VS 3522 euros, $p=0.04$) (26).

10) Etudes déjà réalisées sur l'utilisation de l'AMT

L'intérêt de l'AMT n'est plus à démontrer ; de nombreuses études ont confirmé les avantages de l'utilisation combinée à la mesure conventionnelle, si bien qu'elle fait partie intégrante de la prise en charge de l'hypertension artérielle chez l'adulte. Les recommandations sont régulièrement confirmées par l'HAS, l'ESH, l'ESC, et la SFHTA.

Plusieurs études ont déjà été réalisées en France sur le sujet depuis quelques années, notamment depuis la mise à disposition d'un appareil à automesure pour chaque médecin généraliste par la Sécurité Sociale.

Nous avons fait une revue de la littérature par l'intermédiaire du catalogue SUDOC des thèses descriptives portant sur la pratique de l'AMT en France, sur les quinze dernières années. Uniquement les thèses quantitatives sont détaillées, dans la mesure où leurs résultats peuvent être confrontés aux nôtres.

Etude MEGAMET de Sylvain Rousseau en 2004 (27)

MEGAMET de S. ROUSSEAU est une enquête téléphonique nationale auprès de 546 médecins généralistes de mai à août 2004, qui avait pour objectif d'estimer le nombre de médecins qui utilisent l'automesure en pratique courante et selon quelles modalités en comparaison aux recommandations officielles. Dans cette étude, il est retrouvé que 64 % des médecins disent ne jamais l'utiliser (30%) ou l'utiliser rarement (34%) ; 36% disent l'utiliser régulièrement (22%) ou aussi souvent que possible (14%).

Parmi les médecins n'utilisant jamais à aussi souvent que possible l'AMT, 47% l'utilisent pour le suivi seulement, 44 % pour le diagnostic et le suivi, et 9 % ne l'utilisent que pour le diagnostic.

48 % recommandent l'achat d'un appareil, 23% le prêt et 27% recommandent les deux ; 52% conseillent un brassard huméral, 30% un brassard radial.

67 % des médecins n'utilisant pas l'AMT donnaient comme limite le caractère anxiogène de l'AMT.

Thèse de Gaétan ANNE en 2007 (28)

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'usage de l'AMT par les médecins généralistes de Maine et Loire, en 2007. Il s'agissait d'une enquête quantitative par envoi postal, après échantillonnage. Les résultats retrouvent que 27 % des médecins prescrivent souvent l'AMT ; 37 % quelquefois, 18.5 % rarement, et 17.3% des médecins ne réalisent pas d'AMT. Pour les médecins ne réalisant pas d'AMT, les raisons sont les suivantes: les médecins préfèrent adresser au cardiologue (54.5%), difficultés pour le patient face à la technique de l'AMT (50%), pas de tensiomètres à disposition (41%), risque d'angoisse du patient (32%), réalisation directement d'une MAPA (32%), manque de fiabilité des tensiomètres (14%), limites et contre-indications trop fréquentes de l'AMT (arythmie, obésité...) (14%), les médecins ne se sentent pas suffisamment informés sur cet outil (9%), ou ils craignent que les patients s'automédiquent (9%).

Parmi les médecins pratiquant l'AMT, 51 % pensent que certains patients ont des difficultés à respecter la technique, 50 % des médecins disent ne pas avoir suffisamment de tensiomètres, 41 % pensent que l'AMT angoisse certains des patients, 14 % ont des difficultés concernant les appareils eux-mêmes, seulement 7 % des médecins disent manquer de temps, le coût de l'appareil est un problème pour 4 % des médecins, difficultés à récupérer les appareils pour moins de 3 % des médecins. 52% des médecins prêtent un appareil à AMT. 66% des médecins disent enseigner systématiquement la méthode de mesure.

Thèse de Jérôme MICHENAUD en 2008 (29)

MICHENAUD a étudié la pratique de l'AMT auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée. 72% conseillaient l'achat d'appareils à leur patient hypertendus, 53 % prêtaient un appareil dont 42% donnaient un protocole validé. Les non utilisateurs invoquaient comme raison le fait de ne pas en avoir à disposition (70%), 57 % des médecins sont contre le fait d'acheter des appareils de prêt pour les patients. La location ou le prêt d'appareils en pharmacie est retenu par 47 % d'entre eux comme solution alternative.

Etude MEGAMET 2 de Tzu-Jen TSOU-GAILLET en 2009 (30)

MEGAMET 2 de T. TSOU-GAILLET poursuit l'enquête de Rousseau, en évaluant l'utilisation de l'automesure par les médecins généralistes en 2009. L'objectif était de savoir si les recommandations de l'HAS 2005, confirmant l'intérêt de l'utilisation de l'AMT dans la prise en charge diagnostique de l'HTA, avaient modifié la pratique des médecins généralistes. 92 % des médecins interrogés déclarent utiliser l'AMT ; 79 % sont des utilisateurs occasionnels et 21 % l'utilisent chez la plupart des patients. Les raisons de non utilisation résident essentiellement sur le manque de fiabilité des appareils (47%), puis l'anxiété éventuelle induite chez les patients (29%).

66% des médecins utilisateurs désignent l'AMT comme méthode de mesure de référence ; les limites pour eux sont essentiellement : anxiété pour le patient (29%), manque de confiance vis-à-vis du patient puis de l'appareil. L'intérêt principal de l'AMT apparaît surtout comme étant le dépistage de l'effet blouse blanche (70%), puis l'aide au suivi et à l'adaptation thérapeutique (36%) et enfin l'aide au diagnostic (25%). La détection de l'hypertension masquée et l'intérêt pronostique de l'AMT restent peu connus des médecins. Ils sont 9 % uniquement à utiliser l'AMT à la fois pour l'aide au diagnostic et l'aide au suivi. 87% des médecins recommandent l'achat, et 45% le prêt d'appareils. 45% recommandent un brassard huméral et 27% un brassard radial.

Thèse de David CARRON de 2009 (31)

L'objectif était d'identifier les facteurs limitants de la médicalisation de l'AMT en médecine générale, dans les Bouches-du-Rhône. Les facteurs limitants retrouvés sont : les contre-indications de l'AMT (pour 28% des médecins) ; Education Thérapeutique du Patient (ETP) difficilement réalisable pour 19% des médecins : par manque de temps, difficultés liées au patient (niveau socio-culturel, anxiété, fiabilité) ou difficultés liées à l'appareil (fiabilité, choix).

Thèse de Thibault SPIRE en 2010 (32)

SPIRE a réalisé une thèse portant également sur la pratique de l'AMT par les médecins généralistes en Ile de France. 55 questionnaires ont été exploités. Moins de 2% des médecins disent toujours la proposer à leurs patients, 22 % très souvent, 50 % régulièrement, et 25% rarement. L'intérêt de l'AMT : diagnostic de l'HTA blouse blanche (93%), surveillance de l'efficacité du traitement (80%), suivi du patient (65%), adaptation du traitement (62%), amélioration de l'observance thérapeutique (42%), diagnostic de l'HTA masquée (31%)

Thèse de Charlotte Sice-Labruno en 2013 (33)

Elle avait pour objectif d'évaluer la pratique de l'AMT à Pau du point de vue des patients et des médecins. 70% des médecins utilisent l'AMT pour contrôler l'efficacité du traitement, 45% pour dépister une HTA masquée, 34% l'utilisent pour toute découverte d'une HTA au cabinet, pour 14 % des médecins, il n'y a aucune indication. 57% des médecins prêtent un tensiomètre, 7 % ne pratiquent l'AMT que si les patients en possèdent un, 57 % conseillent d'acheter un tensiomètre. Plus d'un quart des médecins ne possèdent aucun appareil, la moitié en possède un ou deux. 41% des médecins ne donnent aucun conseil aux patients pour la pratique de l'AMT ou donnent des conseils non conformes aux recommandations.

Thèse de Jean-Marc BOIVIN en 2013 (34)

JM. BOIVIN a étudié en 2013 l'implémentation de l'automesure tensionnelle en médecine générale. En s'appuyant sur les thèses de ROUSSEAU et TSOU-GAILLET, il a montré que l'implémentation de l'AMT parmi les Médecins Généralistes Français, en 2009, était médiocre, avec un rare respect des recommandations, une sous-utilisation de l'AMT, et une méconnaissance de ses intérêts diagnostiques (HTA masquée) et pronostiques.

Thèse de Yohann SASPORTES en 2013 (28)

Dans sa thèse : « Utilisation de l'automesure tensionnelle : connaissances et pratiques des médecins généralistes de l'Oise en 2013 », SASPORTES réalise une enquête épidémiologique quantitative descriptive auprès de 217 médecins généralistes libéraux de l'Oise. Il retrouve que 58,7 % des médecins l'utilisent régulièrement, principalement à visée diagnostique (HTA blouse blanche pour 88,7 % des médecins ; HTA masquée pour 31 %) ; et le suivi des patients sous traitement (32,7%). Les raisons principales de la non utilisation de l'AMT sont : le manque d'appareils (25%), le risque anxiogène pour le patient (24%) et le manque de confiance au patient (19,8%). Seuls 5% des médecins disent toujours enseigner la technique de l'AMT aux patients, 70% disent le faire souvent.

Thèse de Hugues DEBILLY en 2016 (35)

La thèse de Hugues DEBILLY, réalisée en 2016 a pour objectif d'évaluer l'utilisation de l'AMT par les médecins généralistes d'Aveyron, six mois après la diffusion d'appareils par l'Assurance Maladie. Le questionnaire était uniquement adressé aux médecins généralistes ayant commandé l'appareil à la CPAM. 75 % des médecins utilisaient déjà l'AMT auparavant.

Thèse de Aurélie AHERFI en 2017 (36)

AHERFI a réalisé une thèse en 2017 sur la pratique de l'automesure tensionnelle par les médecins généralistes installés en Rhône-Alpes-Auvergne, et les facteurs limitants. L'AMT est utilisée comme méthode de référence par 49% des médecins généralistes. Les principales indications sont le dépistage d'un effet blouse blanche (86%), diagnostic d'une HTA (75%), suivi (59%). 76% des médecins généralistes donnent un protocole de mesure ; 53 % utilisent 135/85 mmHg comme valeur seuil. Les principaux facteurs limitants sont l'anxiété liée au patient (53%), le risque de mesures trop fréquentes (48%), et la réticence du patient à réaliser l'AMT (47%).

III) MATERIEL ET METHODE

1) Justification de l'étude et objectifs

Comme nous l'avons vu précédemment, la prise en charge de l'HTA représente une dépense de santé très importante. Mais jusque 30 % des patients sont traités inutilement car présentent en réalité une HTA blanche et donc prennent des traitements quotidiens avec de potentiels effets secondaires.

A l'inverse, certains patients ne sont pas diagnostiqués car présentent une HTA masquée et donc présentent un risque de complications avec toutes les dépenses de santé qui en découlent.

Le risque de morbidité et de mortalité est donc important et l'enjeu économique est considérable.

Il est donc essentiel de détecter les patients présentant une vraie HTA, les vrais positifs ainsi que les faux négatifs et ce, grâce aux mesures ambulatoires.

Notre question de recherche est la suivante :

Quelle est la pratique des médecins généralistes concernant le diagnostic de l'HTA en soins primaires ?

Notre hypothèse est que l'AMT est une technique de mesure faisant partie intégrante de la prise en charge de la tension artérielle, dont l'intérêt diagnostique n'est plus à démontrer, mais dont l'utilisation reste insuffisante par les médecins généralistes, et ce malgré la mise à disposition par la Sécurité Sociale d'un appareil à AMT depuis 2013.

L'étude MEGAMET, réalisée en 2004 puis MEGAMET 2, réalisée en 2009 sont les seules études réalisées sur toute la France. Il n'y a, à ce jour, aucune étude réalisée précisément sur la Gironde.

L'enquête EPATEMed (Etude de la Pratique de l'Automesure Tensionnelle En Médecine générale) est une **étude observationnelle descriptive quantitative transversale**. Elle a pour objectif principal d'estimer la fréquence d'utilisation de l'automesure tensionnelle, par les médecins généralistes de Gironde. Les objectifs secondaires sont de déterminer **la place des tensiomètres** mis à disposition par la Sécurité Sociale, **l'intérêt** de l'automesure tensionnelle perçu par les médecins généralistes et **les freins** à sa réalisation.

2) Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir d'une recherche bibliographique, à partir de Pub Med, site de l'HAS, Science direct, moteur de recherche Google, ainsi que sur les thèses sur l'AMT déjà réalisées.

Le questionnaire a été réalisé sur google Forms, programme d'enquête inclus dans la suite bureautique de Google.

Il se compose en deux parties :

- caractéristiques socio démographiques (question 1 à question 6)
- connaissances et pratique des médecins généralistes dans la prise en charge de l'HTA (question 7 à question 22)

Il a été réalisé puis envoyé dans un premier temps début janvier 2018 à six confrères choisis, pour tester le questionnaire et pour apporter d'éventuelles modifications. Leurs réponses n'ont bien sûr pas été intégrées aux résultats, étant donné qu'il leur a été renvoyé par la suite. Cinq médecins ont répondu à ce questionnaire test ; et aucun commentaire, qu'il soit positif ou négatif, n'a été associé à leur réponse.

Le questionnaire était précédé d'un intitulé présentant l'étude :

« Chère consœur, cher confrère,

Je suis actuellement médecin généraliste remplaçante et je prépare ma thèse sur la pratique de l'automesure tensionnelle (AMT) en soins primaires, sous la direction de Dr Pascal ROGER, maître de stage à Floirac.

L'enquête EPATEMed, étude descriptive quantitative transversale, a pour objectif principal d'estimer la fréquence d'utilisation de l'automesure tensionnelle. Les objectifs secondaires sont de déterminer l'intérêt de l'automesure tensionnelle et les freins à sa réalisation.

Afin de réaliser ce travail, il est nécessaire qu'un maximum d'entre vous remplisse ce questionnaire, dont les résultats sont anonymes. Ce questionnaire contient une vingtaine de questions, et prend moins de 5 minutes à compléter.

En vous remerciant par avance et vous souhaitant une très bonne année 2018,

Bien confraternellement,

Lucile JENCK »

Le questionnaire a ensuite été envoyé via le conseil de l'Ordre des Médecins de Gironde le 26 janvier 2018, **par mail**, à **tous les médecins généralistes de Gironde** dont il possédait l'adresse mail, soit 3209 envois au total.

Une relance a été demandée au Conseil de l'Ordre afin d'optimiser le nombre de réponses mais malheureusement celle-ci a été refusée afin de ne pas saturer la boîte mail des médecins.

3) Critères d'inclusion

Tous les médecins généralistes de Gironde, dont l'adresse mail est enregistrée auprès du conseil de l'Ordre des Médecins de Gironde.

4) Critères d'exclusion

Les médecins généralistes retraités et ceux pratiquant uniquement un Mode d'Exercice Particulier.

5) Modalités de recueil

Les réponses, **anonymes**, étaient directement envoyées en ligne sur google Forms. Toutes les réponses étaient obligatoires.

Les réponses ont été recueillies entre le 26 janvier 2018 et le 28 avril 2018.

6) Méthode d'analyse et outils statistiques

Toutes les réponses ont été collectées pour analyse sur un tableau Excel version 2018.

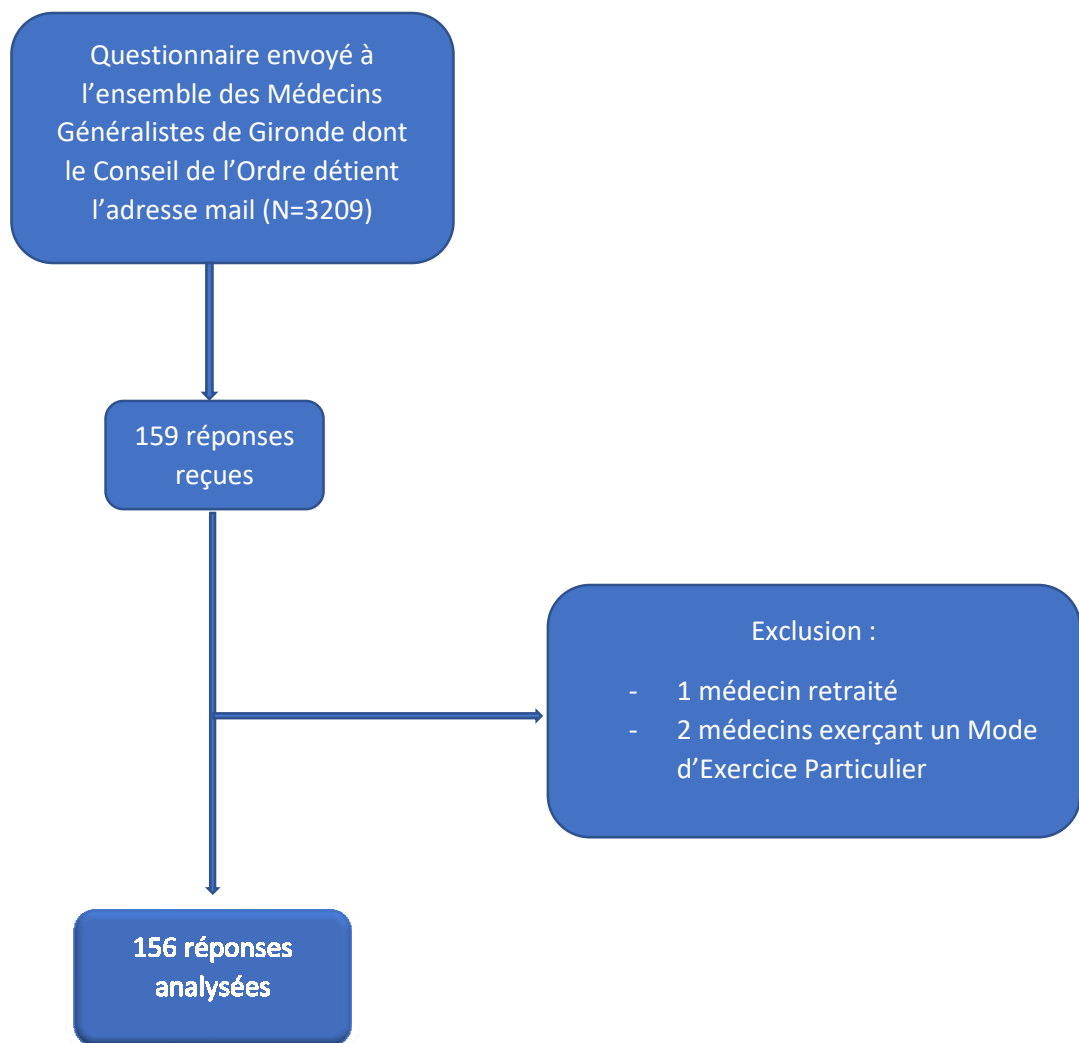
Elles ont été analysées en univariée, puis, en multivariée, puis réalisation de test bilatéral du Chi-deux à la recherche de différences statistiquement significatives avec une valeur de seuil de significativité du test fixée à 0,05. Nous avons nous-même effectuer les calculs statistiques.

7) Aspect règlementaire

Notre analyse portant hors du champ des dispositions régissant la recherche biomédicale et les soins courants, nous n'avons pas soumis notre protocole de recherche à un CPP.

8) Flow chart

Figure 1 : flow chart



Taux de réponses analysées sur l'ensemble des questionnaires envoyés : 5 %

IV) RESULTATS

1) Description de la population

Tableau II : Caractéristiques socio démographiques de la population (N=156)

	Médecins généralistes	
	%	n
Age		
Moins de 35 ans	19,9%	31
Entre 35 et 45 ans	29,5%	46
Entre 45 et 55 ans	21,8%	34
Plus de 55 ans	28,8%	45
Sexe		
Un homme	44,9%	70
Une femme	55,1%	86
Mode d'exercice		
Ambulatoire stricte	94,9%	148
Mixte (hospitalier...)	3,8%	6
Salarié clinique privée	0,6%	1
Généraliste en ville et Régulateur au 15	0,6%	1
Mode d'installation		
En cabinet de groupe	67,9%	106
En cabinet, seul	22,4%	35
HAD	0,6%	1
Maison de santé	1,3%	2
Remplaçant	7,1%	11
Salarié clinique privée	0,6%	1
Type d'activité		
Mixte (généraliste et MEP)	6,4%	10
Généraliste	93,6%	146
Lieu d'exercice		
En milieu rural	10,9%	17
En milieu semi rural	35,3%	55
En milieu urbain	52,6%	82
En milieu rural et semi rural	0,6%	1
En milieu urbain et semi rural	0,6%	1

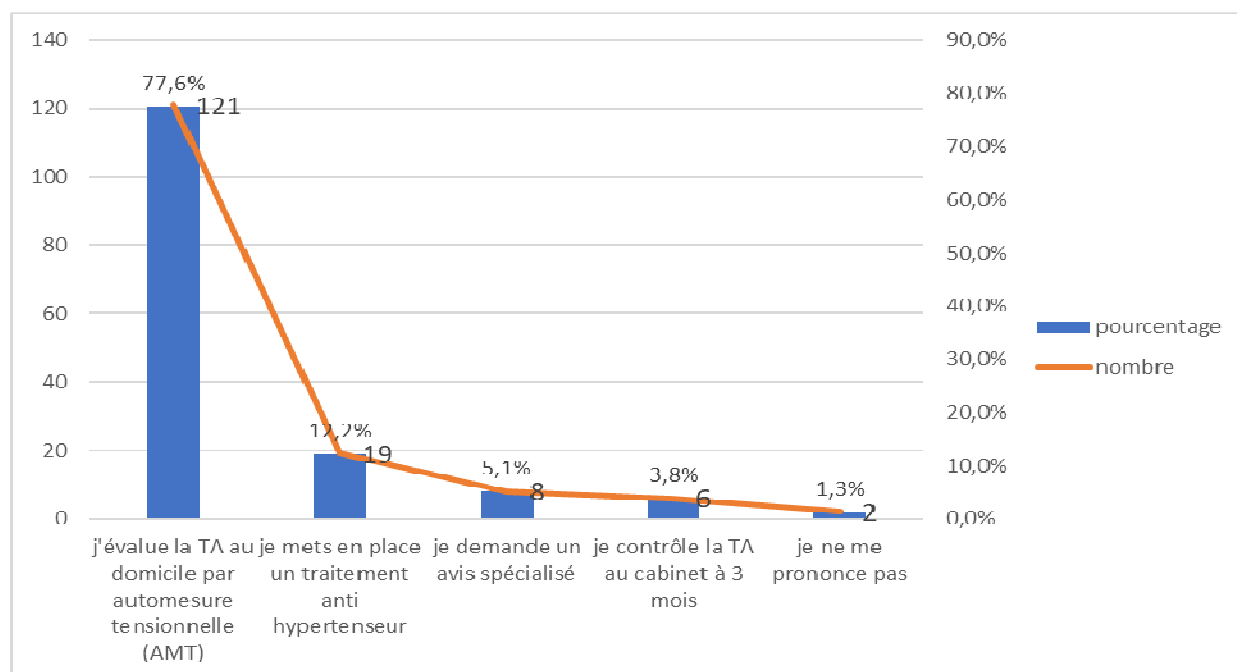
2) Evaluation des connaissances et des pratiques

a. Médecins généralistes et prise en charge de l'HTA

Question 7 : « Quelle est votre prise en charge devant une TA entre 140-179/90-109, au cours de plusieurs consultations chez un patient asymptomatique, sans facteurs de risques cardiovasculaires ? »

Tableau III et graphique associé : Prise en charge par les médecins généralistes devant un patient présentant une TA élevée au cours de plusieurs consultations

	Médecins généralistes	
	%	n
J'évalue la TA au domicile par automesure tensionnelle (AMT)	77,6%	121
Je mets en place un traitement anti hypertenseur	12,2%	19
Je demande un avis spécialisé	5,1%	8
Je contrôle la TA au cabinet à 3 mois	3,8%	6
Je ne me prononce pas	1,3%	2
Total	100,0%	156



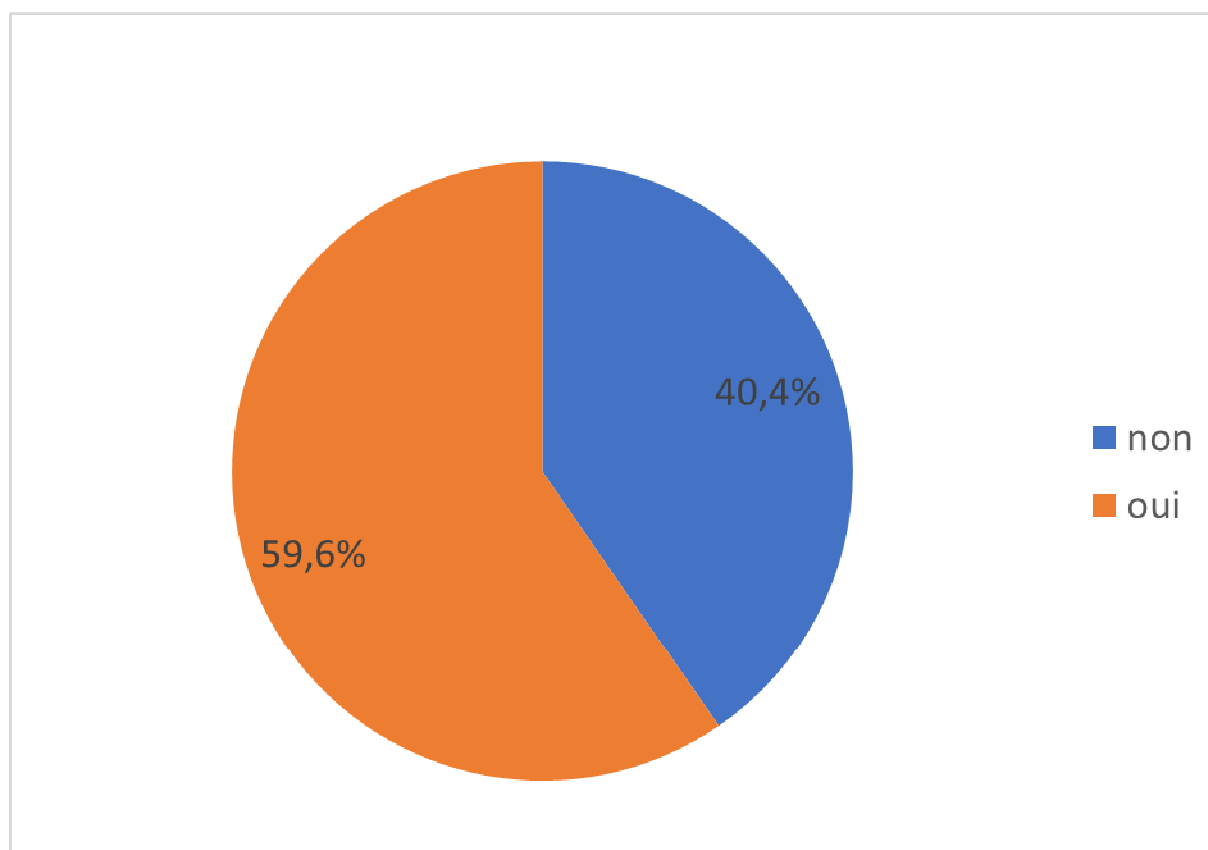
Près de 78 % des médecins (n=121) déclarent donc qu'ils réalisent une AMT dans la prise en charge diagnostique de l'HTA, en 1^{er} intention ; 12,2 % (n=19) mettent directement en place un traitement antihypertenseur ; 5 % (N=8) demandent un avis spécialisé ; et 4 % des médecins (n=6) contrôlent la TA au cabinet à 3 mois.

b. Médecins généralistes et réflexion sur éventuels traitements excessifs des patients

Question 8 : « Pensez-vous que certains de vos patients soient traités de façon excessive pour l'HTA ? »

Tableau IV et graphique associé : Médecins généralistes et proportion de médecins qui pensent traiter certains de leurs patients de façon excessive

	Médecins généralistes	
	%	n
Non	40,4%	63
Oui	59,6%	93
Total	100,0%	156



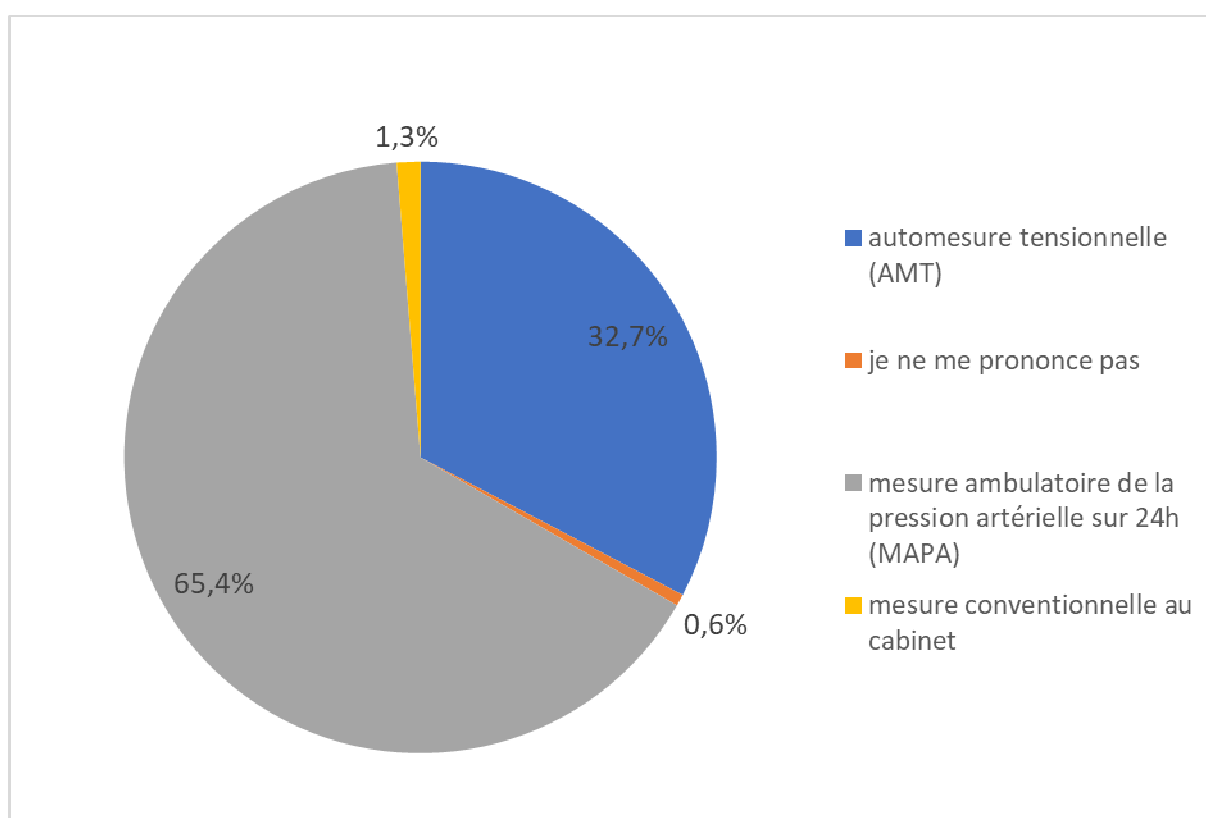
Nous avons obtenu un résultat intéressant : près de 60 % des médecins (n=93) pensent que leurs patients sont traités de façon excessive.

c. Médecins généralistes et connaissances sur les recommandations

Question 10 : Quelle est, selon vous, la méthode la plus fiable pour diagnostiquer l'HTA ?

Tableau V et graphique associé : Médecins généralistes et connaissances sur la méthode de mesure de la tension artérielle la plus fiable

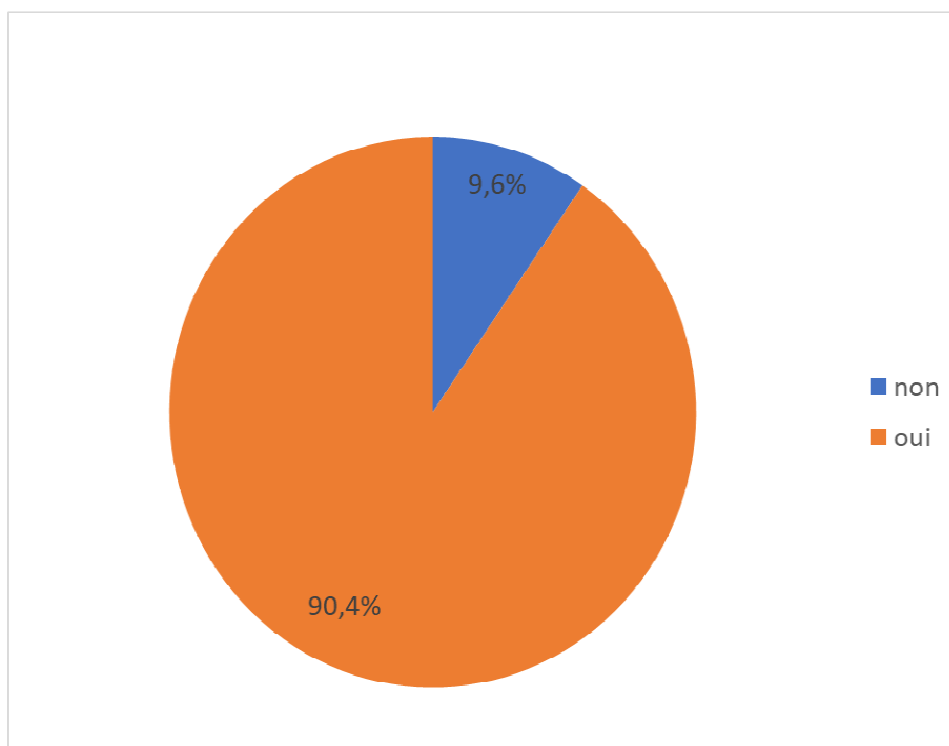
	Médecins généralistes	
	%	n
Automesure tensionnelle (AMT)	32,7%	51
Je ne me prononce pas	0,6%	1
Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle sur 24h (MAPA)	65,4%	102
Mesure conventionnelle au cabinet	1,3%	2
Total	100,0%	156



Question 11 : Selon vous, l'AMT est-elle recommandée par l'HAS ?

Tableau VI et graphique associé : Médecins généralistes et connaissances sur l'existence des recommandations de l'HAS concernant l'Automesure Tensionnelle

	Médecins généralistes	
	%	n
Non	9,6%	15
Oui	90,4%	141
Total	100,0%	156



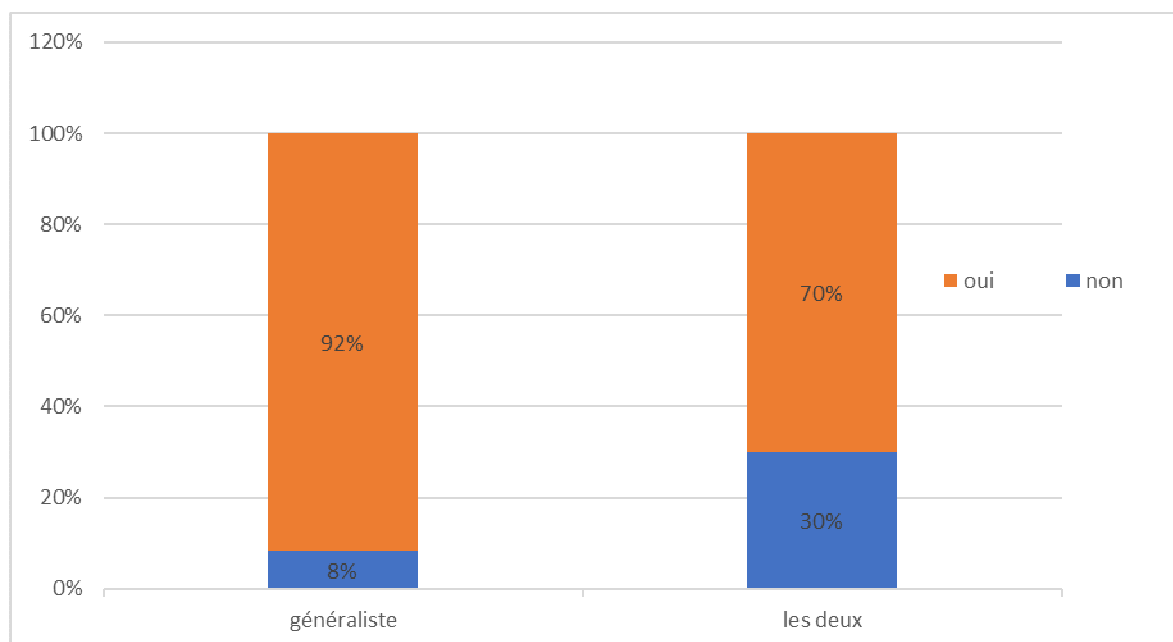
Nous pouvons constater que près de 10 % des médecins (n=15) ignorent que l'AMT est recommandée par l'HAS et qu'elle fait partie intégrante de la prise en charge de l'HTA en soins primaires.

Tableau VII et graphique associé : Tableau comparatif des connaissances sur les recommandations de l'HAS en fonction du type d'activité

	Connaissances sur les recommandations de l'HAS				Total
	non		oui		
	n	%	n	%	
Généralistes	12	8,2%	134	91,8%	146
Généralistes + MEP	3	30,0%	7	70,0%	10

Avec $P < 0,05$.

Il existe une différence significative des connaissances sur les recommandations de l'HAS en fonction du type d'activité.

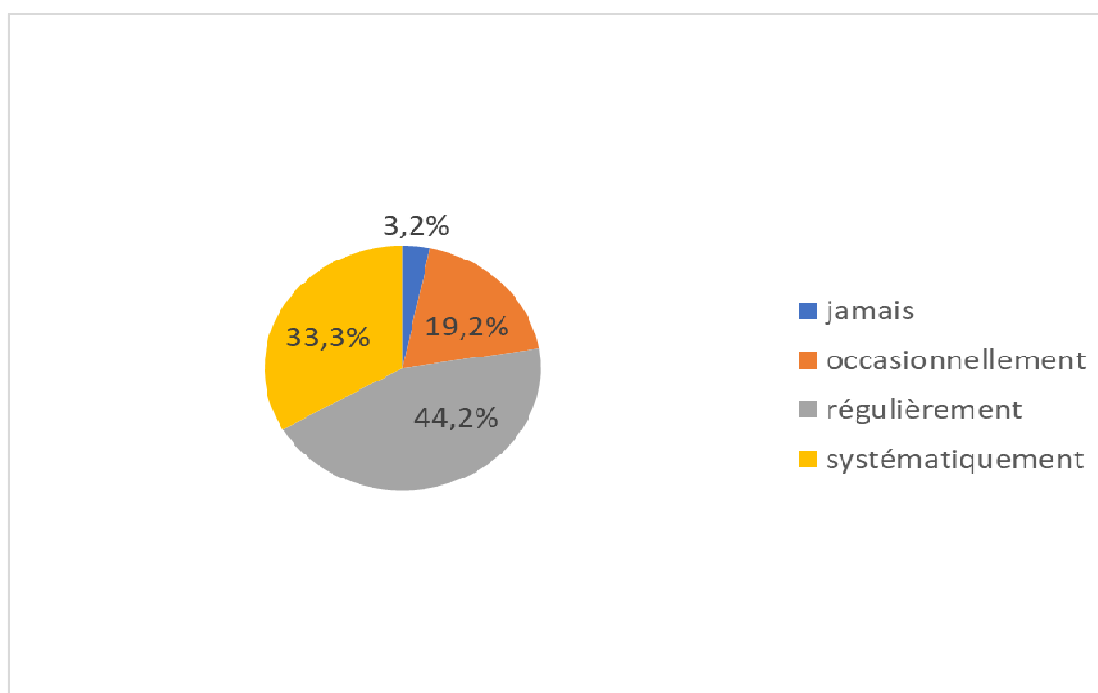


d. Médecins généralistes et pratiques professionnelles

Question 12 : Utilisez-vous dans votre pratique professionnelle l'AMT avant initiation de traitement antihypertenseur ?

Tableau VIII et graphique associé : Médecins généralistes et fréquence d'utilisation de l'Automesure Tensionnelle avant initiation de traitement anti hypertenseur

	Médecins généralistes	
	%	n
Jamais	3,2%	5
Occasionnellement	19,2%	30
Régulièrement	44,2%	69
Systématiquement	33,3%	52
Total	100,0%	156



Nous pouvons constater que :

- 33,3 % des médecins (n=52) indiquent utiliser l'AMT systématiquement
- 44,2 % des médecins (n=69) indiquent utiliser l'AMT régulièrement

Donc 77,5 % des médecins (n=121) utilisent donc l'AMT régulièrement ou systématiquement.

- 19,2% des médecins (n=30) indiquent utiliser l'AMT occasionnellement
- 3,2% des médecins (n=5) indiquent ne jamais utiliser l'AMT.

Donc 22,4 % des médecins (n=35) déclarent utiliser l'AMT occasionnellement ou jamais.

Tableau IX : Tableau comparatif des données sociodémographiques entre les médecins réalisant l'Automesure Tensionnelle systématiquement, régulièrement, occasionnellement et jamais.

	Fréquence d'utilisation de l'AMT				P
	Systématiquement	Régulièrement	Occasionnellement	Jamais	
	N=52 n (%)	N=69 n (%)	N=30 n (%)	N=5 n (%)	
Age					
Moins de 35 ans	10(19,3)	15(21,7)	6(20)	0(0)	0,77
Entre 35 et 45 ans	17(32,7)	21(30,5)	8(26,7)	0(0)	0,62
Entre 45 et 55 ans	10(19,2)	15(21,7)	6(20)	3(60)	0,32
Plus de 55 ans	15(28,8)	18(26,1)	10(33,3)	2(40)	0,89
Sexe					
Homme	21(40,3)	29(42)	17(56,7)	3(60)	0,66
Femme	31(59,7)	40(58)	13(43,3)	2(40)	0,74
Mode d'Exercice					
Ambulatoire strict	51(98)	65(94,2)	28(93,3)	4(80)	0,98
Mixte (hospitalier...)	1(2)	3(4,3)	2(6,7)	0(0)	0,71
Salarié clinique privée	0(0)	1(1,4)	0(0)	0(0)	0,74
Généraliste et régulateur au 15	0(0)	0(0)	0(0)	1(20)	0,00
Mode d'installation					
En cabinet de groupe	38(73,1)	46(66,7)	20(66,7)	2(40)	0,84
En cabinet seul	10(19,2)	17(24,5)	6(20)	2(40)	0,77
HAD	0(0)	0(0)	1(3,3)	0(0)	0,24
Maison de santé	1(1,9)	0(0)	0(0)	1(20)	0,00
Remplaçant	3(5,8)	5(7,2)	3(10)	0(0)	0,83
Salarié clinique privée	0(0)	1(1,5)	0(0)	0(0)	0,74
Type d'activité					
Mixte (généraliste et MEP)	2(3,8)	4(5,8)	2(6,7)	2(40)	0,02
Généraliste	50(96,2)	65(94,2)	28(93,3)	3(60)	0,88
Lieu d'Exercice					
En milieu rural	6(11,5)	10(14,5)	1(3,3)	0(0)	0,40
En milieu semi rural	19(36,5)	24(34,8)	12(40)	0(0)	0,57
En milieu urbain	26(50)	35(50,7)	16(53,3)	5(100)	0,52
En milieu rural et semi rural	0(0)	0(0)	1(3,4)	0(0)	0,24
En milieu urbain et semi rural	1(2)	0(0)	0(0)	0(0)	0,57

NB : les pourcentages se lisent en colonne

Tableau X et graphique associé : Tableau comparatif du type d'activité des médecins généralistes entre les médecins réalisant l'Automesure Tensionnelle systématiquement, régulièrement, occasionnellement et jamais.

	Type d'activité			
	Généraliste		Généraliste et MEP	
	n	%	n	%
Jamais	3	2%	2	20%
Occasionnellement	28	19%	2	20%
Régulièrement	65	45%	4	40%
Systématiquement	50	34%	2	20%
Total	146	100%	10	100%

Avec $p < 0.0001$

Il apparaît une différence significative de la fréquence d'utilisation de l'AMT en fonction du type d'activité.

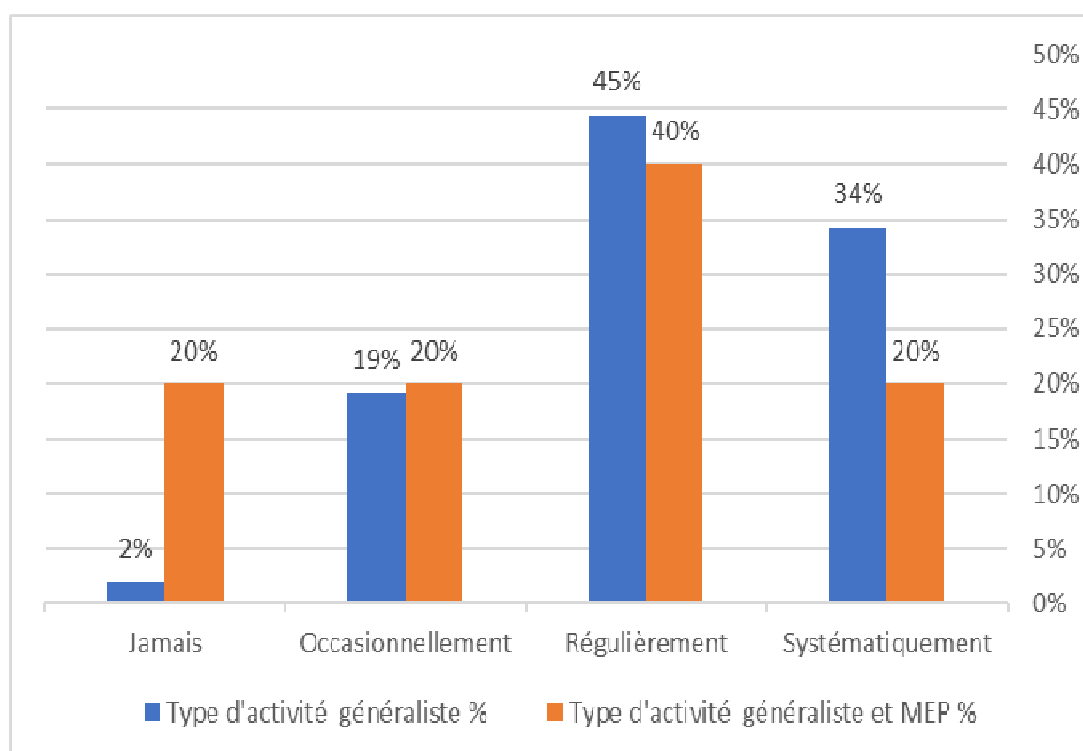


Tableau XI et graphique associé : tableau comparatif de la proportion de médecins qui pensent traiter certains de leurs patients de façon excessive entre les médecins réalisant l'AMT systématiquement, régulièrement, occasionnellement et jamais.

	Traitement excessif			
	Non		Oui	
	n	%	n	%
Jamais	4	6,3%	1	1,1%
Occasionnellement	19	30,2%	11	11,8%
Régulièrement	22	34,9%	47	50,5%
Systématiquement	18	28,6%	34	36,6%
Total	63	100,0%	93	100,0%

Avec $p=0.005$

Nous pouvons constater qu'il apparait une différence significative de l'impression de traiter certains patients de façon excessive en fonction de la fréquence d'utilisation de l'AMT.

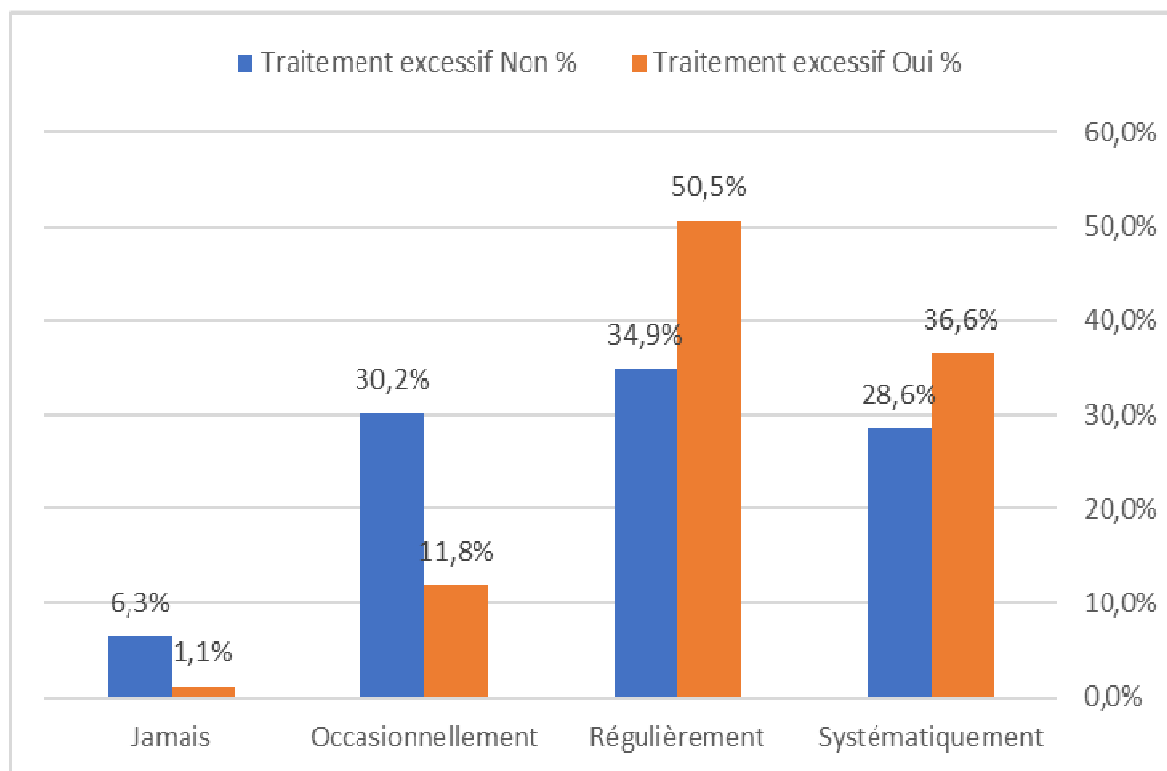
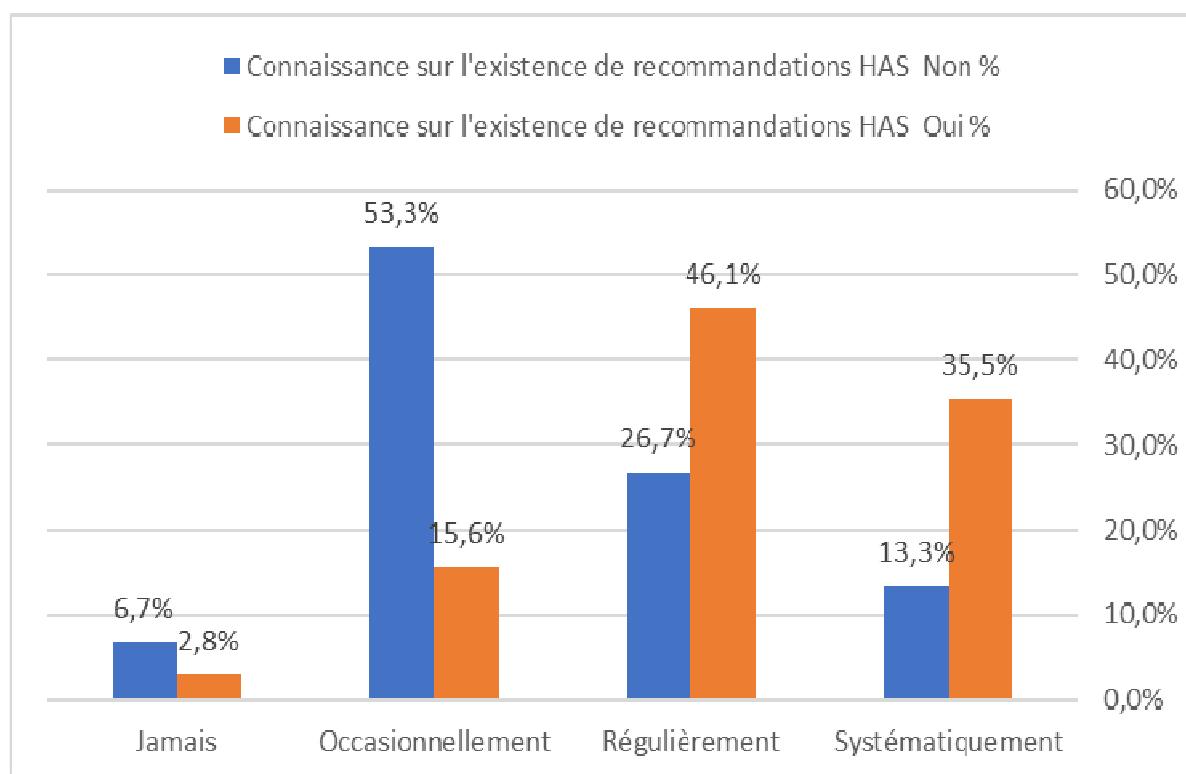


Tableau XII et graphique associé : Tableau comparatif de la connaissance des recommandations HAS concernant l'AMT entre les différentes fréquences de réalisation de l'AMT.

	Connaissance sur l'existence de recommandations HAS			
	Non		Oui	
	n	%	n	%
Jamais	1	6,7%	4	2,8%
Occasionnellement	8	53,3%	22	15,6%
Régulièrement	4	26,7%	65	46,1%
Systematiquement	2	13,3%	50	35,5%
Total	15	100,0%	141	100,0%

Avec $p=0,003$

Nous pouvons constater qu'il existe une différence significative de la connaissance sur l'existence de recommandations de l'HAS en fonction de la fréquence d'utilisation.

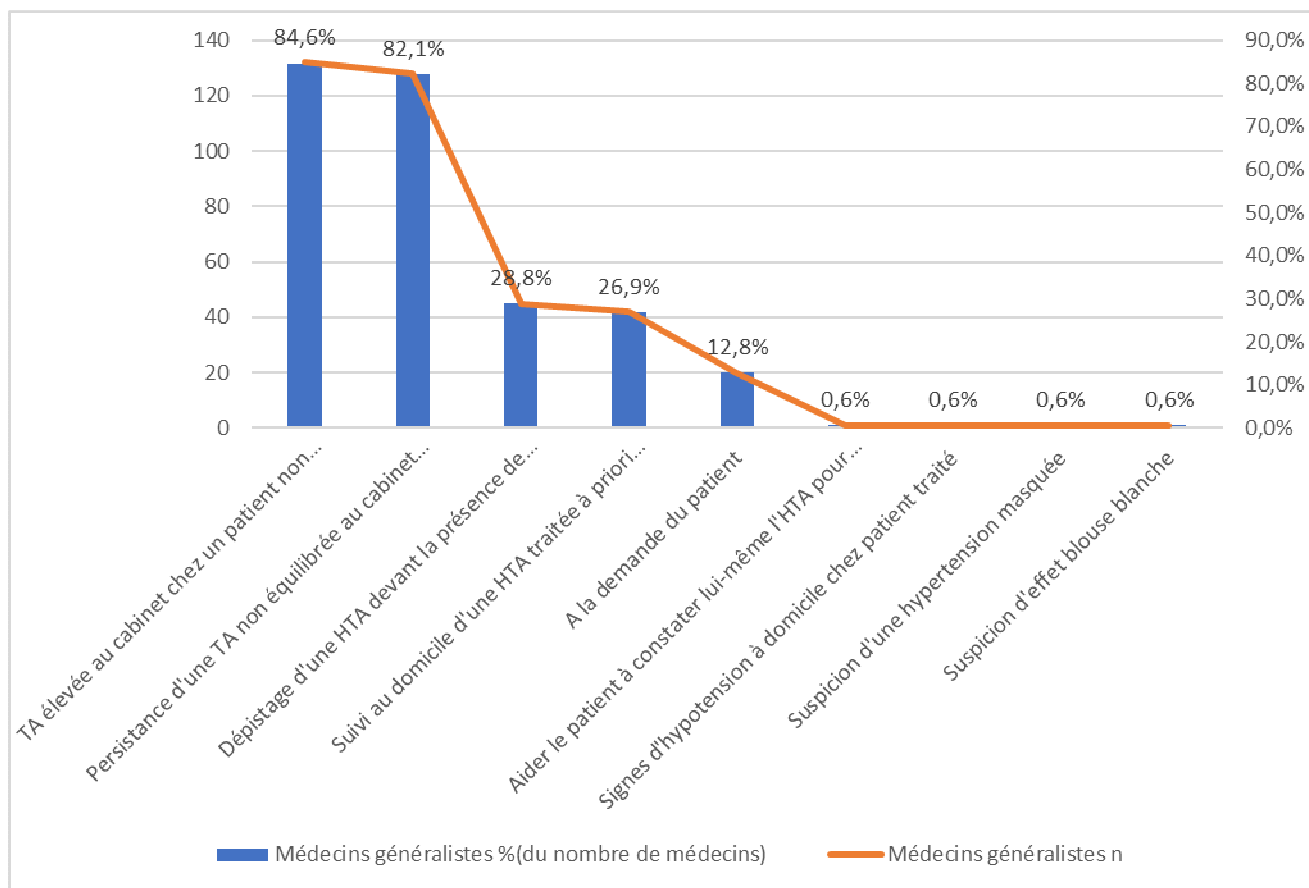


e. Médecins généralistes et intérêt d'utilisation de l'AMT

Question 12D : Si vous utilisez l'AMT, pour quel type de patient l'utilisez-vous ?

Tableau XIII et graphique associé : Médecins généralistes et circonstances d'utilisation de l'Automesure Tensionnelle

	Médecins généralistes		
	%(du nombre de médecins)	n	%(du nombre de réponses)
TA élevée au cabinet chez un patient non diagnostiqué hypertendu	84,6%	132	35,6%
Persistance d'une TA non équilibrée au cabinet chez un patient traité	82,1%	128	34,5%
Dépistage d'une HTA devant la présence de plusieurs FRCVR autres	28,8%	45	12,1%
Suivi au domicile d'une HTA traitée à priori équilibrée	26,9%	42	11,3%
A la demande du patient	12,8%	20	5,4%
Aider le patient à constater lui-même l'HTA pour meilleure adhésion	0,6%	1	0,3%
Signes d'hypotension à domicile chez patient traité	0,6%	1	0,3%
Suspicion d'une hypertension masquée	0,6%	1	0,3%
Suspicion d'effet blouse blanche	0,6%	1	0,3%
Total		371	100,0%



Les médecins ayant répondu « jamais » à la question 12 n'avaient pas accès à cette question.

A noter que les réponses :

- « Aider le patient à constater lui-même l'HTA pour meilleure adhésion »
- « Signes d'hypotension à domicile chez un patient traité »
- « Suspicion d'une hypertension masquée »
- « Suspicion d'un effet blouse blanche »

Étaient des réponses libres.

La réponse « à la demande du patient » n'est pas incluse dans les indications officielles des recommandations.

En combinant le nombre de médecins ayant répondu

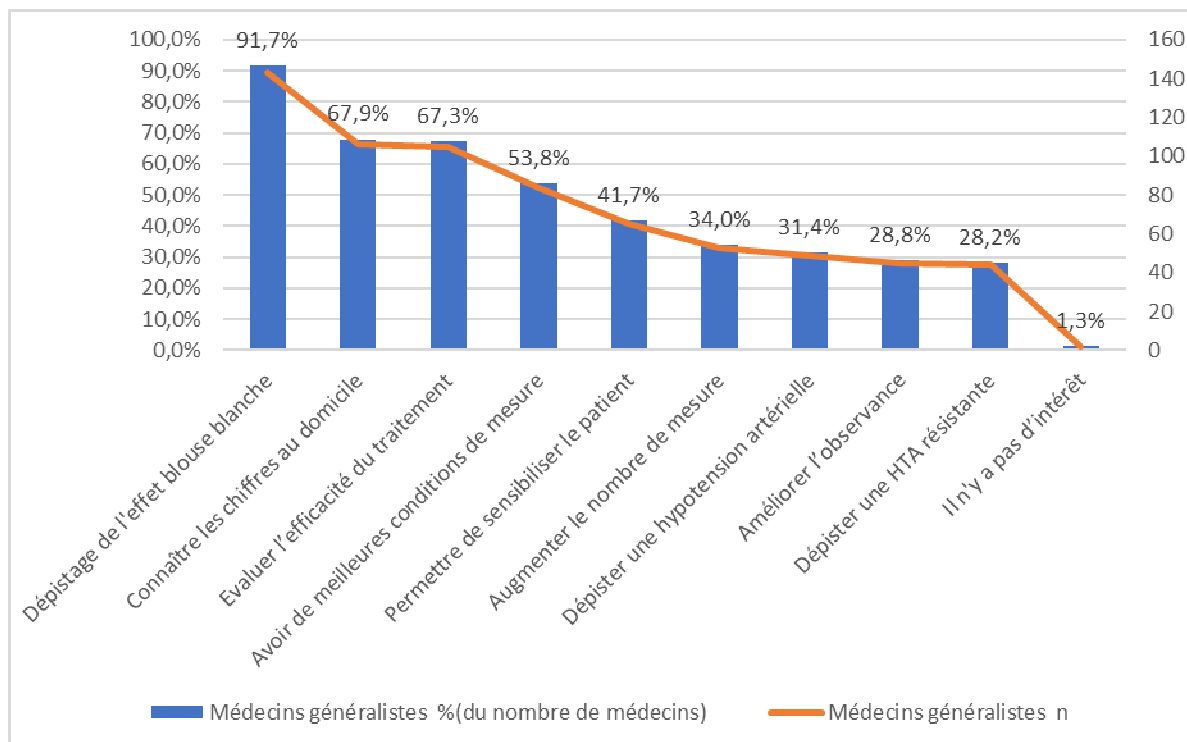
- « TA élevée au cabinet chez un patient non diagnostiqué hypertendu »,
- « Persistance d'une TA non équilibrée au cabinet chez un patient traité »,
- « dépistage d'une HTA devant la présence de plusieurs FRCVR autres » Et
- « Suivi au domicile d'une HTA traitée à priori équilibrée »,

Nous retrouvons que seulement 11 praticiens (7%) réalisent l'AMT dans ses principales indications.

Question 14 : Quel est, selon vous, l'intérêt de l'utilisation de l'AMT ? (Quatre réponses maximum)

Tableau XIV et graphique associé : Médecins généralistes et intérêts exprimés de l'utilisation de l'Automesure Tensionnelle

	Médecins généralistes		
	%(du nombre de médecins)	n	%(du nombre de réponses)
Dépistage de l'effet blouse blanche	91,7%	143	20,5%
Connaître les chiffres au domicile	67,9%	106	15,2%
Evaluer l'efficacité du traitement	67,3%	105	15,1%
Avoir de meilleures conditions de mesure	53,8%	84	12,1%
Permettre de sensibiliser le patient	41,7%	65	9,3%
Augmenter le nombre de mesure	34,0%	53	7,6%
Dépister une hypotension artérielle	31,4%	49	7,0%
Améliorer l'observance	28,8%	45	6,5%
Dépister une HTA résistante	28,2%	44	6,3%
Il n'y a pas d'intérêt	1,3%	2	0,3%
Total		696	100,0%



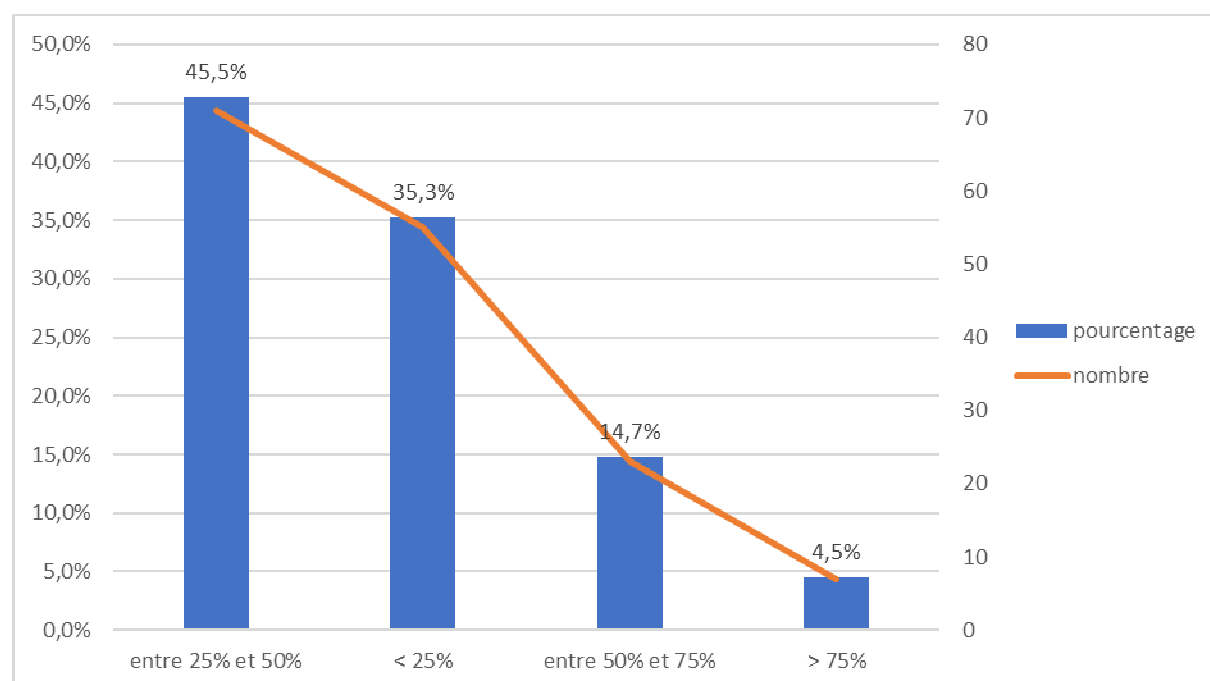
Les principaux intérêts à l'utilisation de l'automesure sont : le dépistage de l'effet blouse blanche (91,7%), connaître les chiffres au domicile (67,9%), évaluer l'efficacité des traitements (67,3%) et avoir de meilleures conditions de mesure (53,8%).

Le nombre de réponses par médecins et en moyenne de 4.5 ; la consigne de quatre réponses au maximum n'a donc pas été respectée.

Question 13 : A combien évalueriez-vous la proportion de vos patients diagnostiqués hypertendus à la suite d'une AMT ou MAPA ?

Tableau XV et graphique associé : Médecins généralistes et proportion de patients ayant été diagnostiqués à la suite d'une mesure ambulatoire de la tension artérielle par AMT ou MAPA.

	Médecins généralistes	
	%	n
Entre 25% et 50%	45,5%	71
< 25%	35,3%	55
Entre 50% et 75%	14,7%	23
> 75%	4,5%	7
Total	100,0%	156



f. Médecins généralistes et freins à la réalisation systématique de l'AMT

Tableau XVI : Tableau comparatif des freins en fonction de la fréquence d'utilisation de l'Automesure Tensionnelle

	Fréquence d'utilisation de l'AMT			Total	p
	régulièrement	occasionnellement	jamais		
	N=69 n(%)	N=30 n(%)	N=5 n(%)		
Je n'ai pas suffisamment de tensiomètres	32(46,4)	13(43,3)	1(20)	44,2%	0,69
Je ne me prononce pas	12(17,4)	0(0)	0(0)	11,5%	0,04
Cette méthode inquiète inutilement les patients	5(7,2)	2(6,7)	0(0)	6,7%	0,83
Je ne suis pas précisément informé(e) sur cette recommandation	2(2,9)	4(13,3)	0(0)	5,8%	0,11
Je manque de temps	4(5,8)	1(3,3)	1(20)	5,8%	0,36
Je n'y pense pas	3(4,3)	3(10)	0(0)	5,8%	0,48
Je n'ai pas confiance dans les résultats fournis	1(1,4)	3(10)	1(20)	4,8%	0,06
Difficulté de compréhension de certains patients	4(5,8)	0(0)	0(0)	3,8%	0,36
Il n'y a pas d'intérêt	2(2,9)	0(0)	1(20)	2,9%	0,05
Problème de coopération des patients	1(1,4)	1(3,3)	0(0)	1,9%	0,78
Recours au spécialiste	1(1,4)	0(0)	0(0)	1,0%	0,78
Il faut que le patient achète un tensiomètre (milieu défavorisé)	1(1,4)	0(0)	0(0)	1,0%	0,78
Cette méthode est peu fiable	1(1,4)	0(0)	1(20)	1,9%	0,01
Je le propose en fonction du profil du patient	0(0)	1(3,3)	0(0)	1,0%	0,29
Je ne prête pas d'appareils car trop de casse	0(0)	1(3,3)	0(0)	1,0%	0,29
Je l'utilise en cas de doute HTA	0(0)	1(3,3)	0(0)	1,0%	0,29

NB : les pourcentages se lisent en colonne

Les réponses :

- « Problème de coopération des patients »
- « Difficulté de compréhension de certains patients »
- « Recours au spécialiste »
- « Il faut que le patient achète un tensiomètre (milieu défavorisé) »
- « Je le propose en fonction du profil du patient »
- « Je ne prête pas d'appareils car trop de casse »
- « Je l'utilise en cas de doute sur une HTA »

étaient des réponses libres.

Les freins principaux à la non utilisation systématique de l'AMT sont le manque de tensiomètre (44% des réponses), puis la crainte d'anxiété secondaire du patient (7% des réponses), puis le manque d'informations sur la recommandation (6% des réponses).

17,4% (n=12) des médecins pratiquant l'AMT régulièrement ne se sont pas prononcés concernant cette question.

A noter qu'il est étonnant que certains médecins utilisant régulièrement l'AMT aient répondu « il n'y a pas d'intérêt » et « cette méthode est peu fiable ». Cela signifie-t-il qu'ils suivent quand même les recommandations sans conviction de l'intérêt de cette mesure ?

Aucune réponse « il n'y a pas d'intérêt » et « cette méthode est peu fiable » n'ont été cochées parmi les médecins utilisant occasionnellement l'AMT.

Nous pouvons remarquer que les médecins n'utilisant jamais l'AMT ont chacun donné une réponse différente.

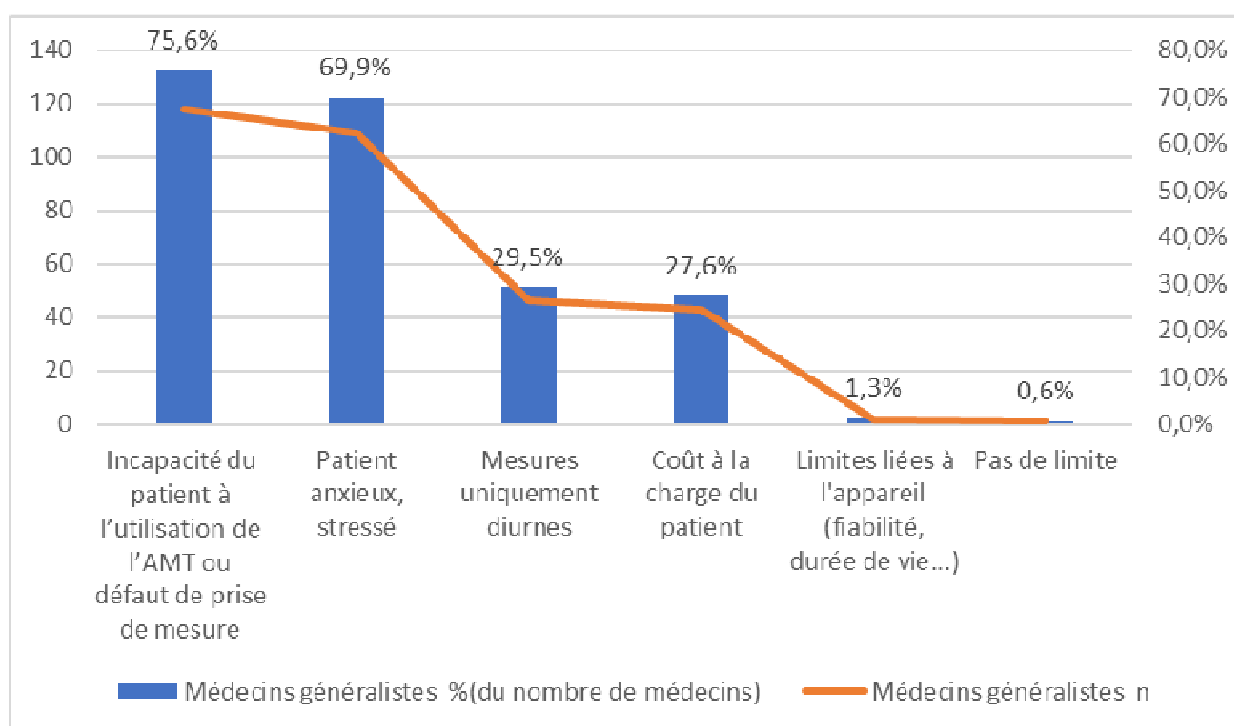
Enfin, nous pouvons constater qu'il existe une différence significative concernant les réponses « il n'y a pas d'intérêt » et « méthode peu fiable », à interpréter très prudemment en raison du très petit nombre d'effectifs.

g. Médecins généralistes et limites de l'AMT

Question 15 : Quelles sont, selon vous, les limites pour le patient à l'utilisation de l'AMT (plusieurs réponses possibles) ?

Tableau XVII et graphique associé : Médecins généralistes et limites exprimées à l'utilisation de l'Automesure Tensionnelle

	Médecins généralistes		
	%(de réponses totales)	n	%(du nombre de médecins)
Incapacité du patient à l'utilisation de l'AMT ou défaut de prise de mesure	37,0%	118	75,6%
Patient anxieux, stressé	34,2%	109	69,9%
Mesures uniquement diurnes	14,4%	46	29,5%
Coût à la charge du patient	13,5%	43	27,6%
Limites liées à l'appareil (fiabilité, durée de vie...)	0,6%	2	1,3%
Pas de limite	0,3%	1	0,6%
Total	100,0%	319	



A noter que plusieurs réponses étaient possibles, d'où le nombre important de réponses (taux moyen de réponses : 2 réponses par médecin).

Les principales limites signalées par les médecins sont : l'incapacité du patient (37%), le risque d'anxiété secondaire (34%), une prise de mesures uniquement diurnes (14%) et le coût à la charge du patient (13%).

h. Médecins généralistes et mise à disposition de tensiomètres pour les patients

Question 9 : « Mettez-vous un tensiomètre à disposition de vos patients ? »

Tableau XVIII et graphique associé : Médecins généralistes et mise à disposition de tensiomètres pour leurs patients

	Médecins généralistes	
	%	n
Non	33,3%	52
Oui	66,7%	104
Total	100,0%	156

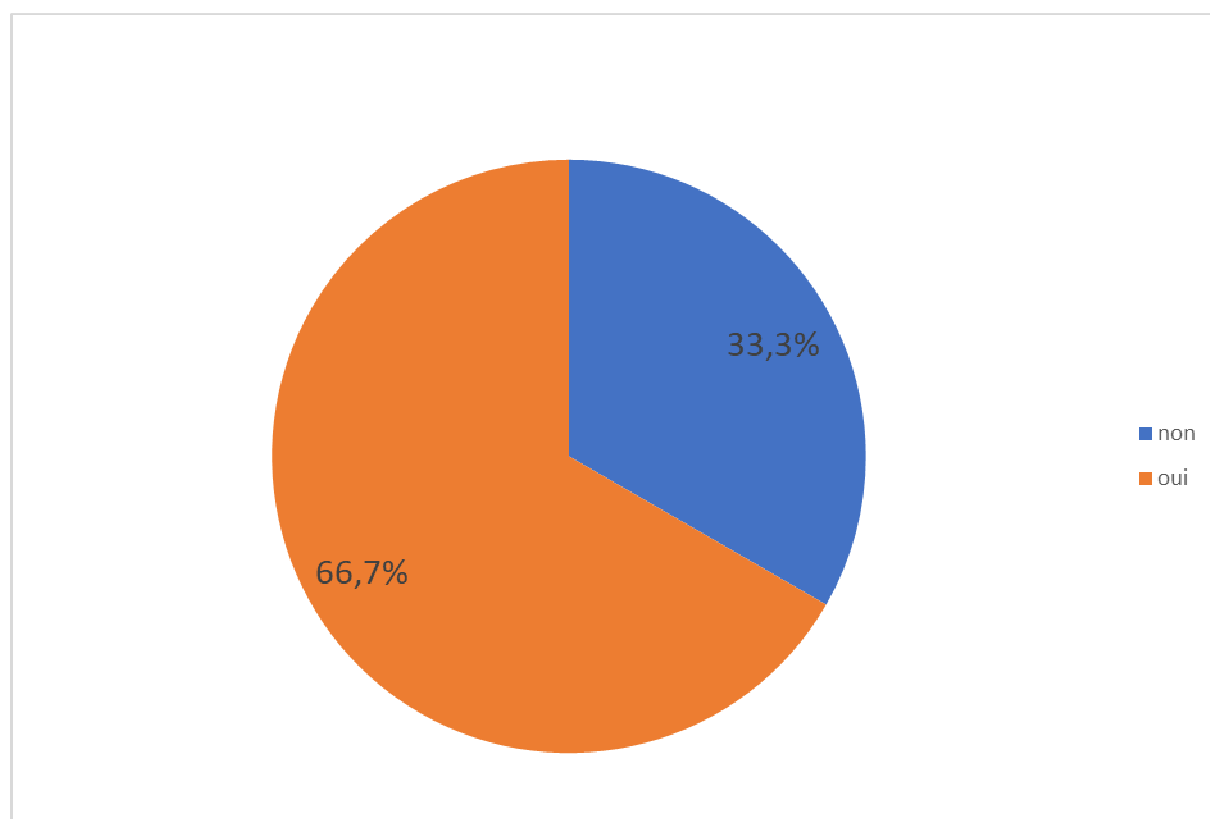
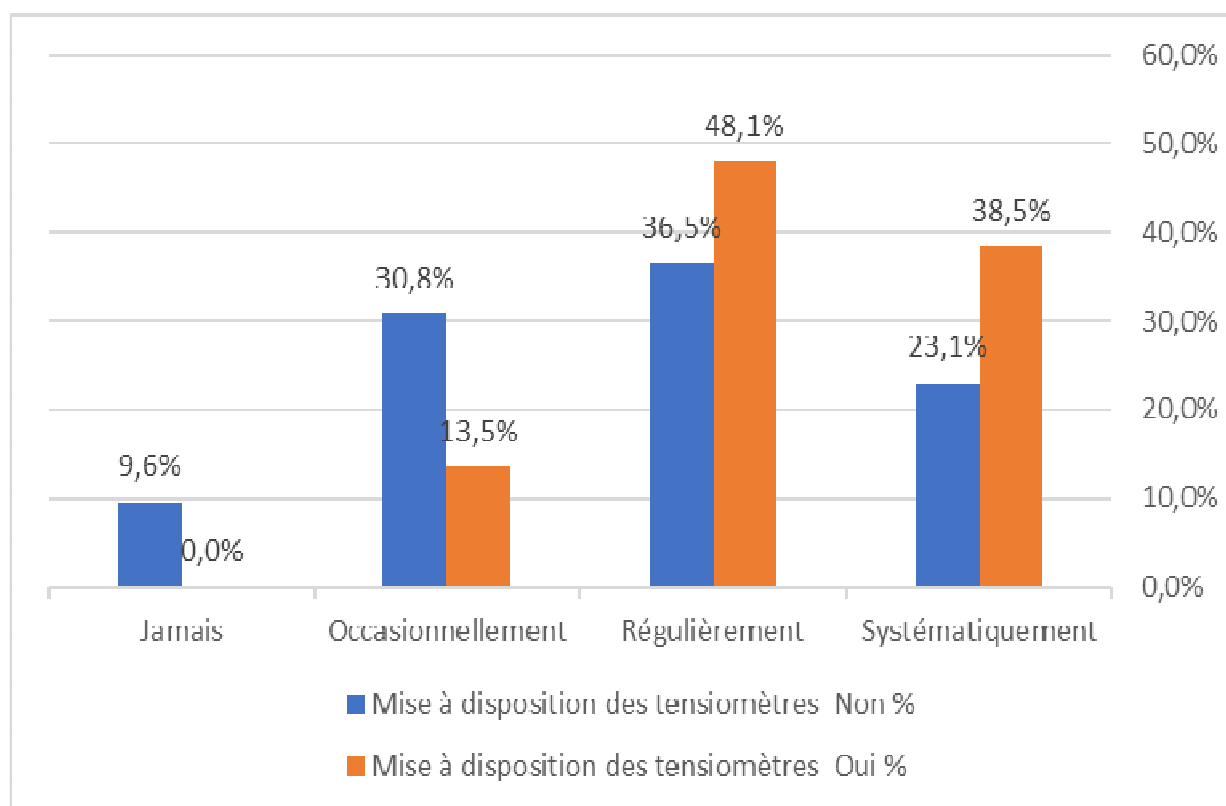


Tableau XIX et graphique associé : Tableau comparatif de la mise à disposition de tensiomètres pour les patients en fonction des différentes fréquences d'utilisation de l'Automesure Tensionnelle

	Mise à disposition des tensiomètres			
	Non		Oui	
	n	%	n	%
Jamais	5	9,6%	0	0,0%
Occasionnellement	16	30,8%	14	13,5%
Régulièrement	19	36,5%	50	48,1%
Systématiquement	12	23,1%	40	38,5%
Total	52	100,0%	104	100,0%

Avec $p=0.001$

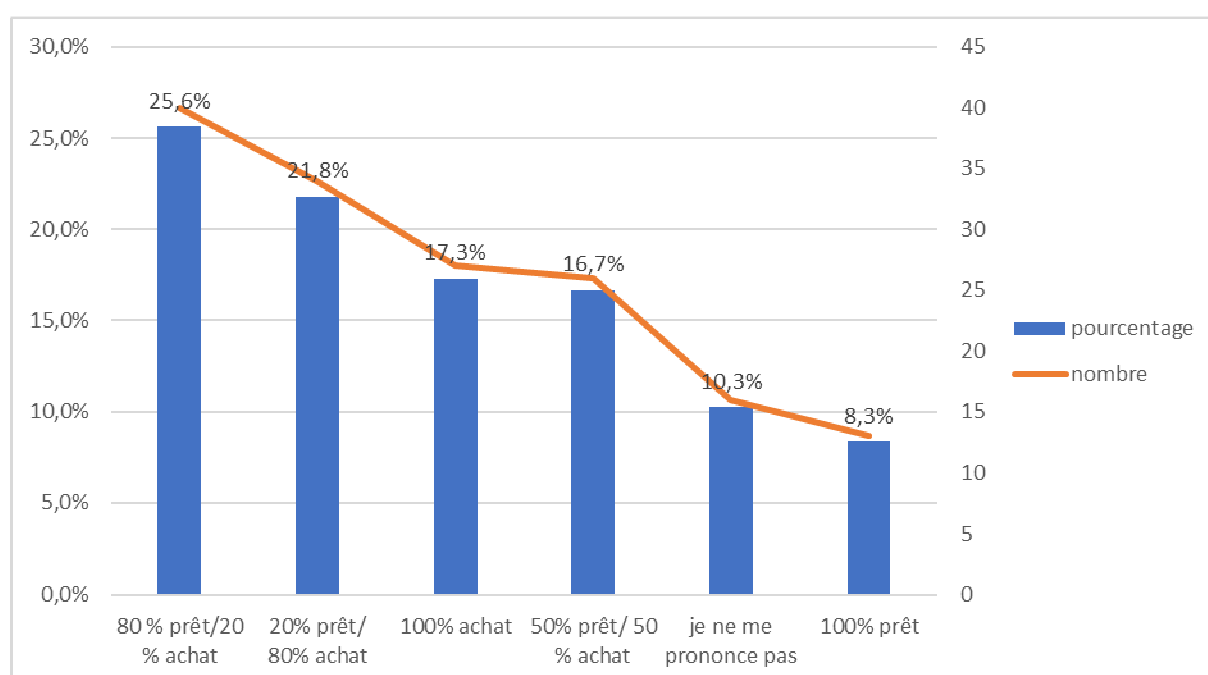
Nous pouvons constater qu'il existe une différence significative de la mise à disposition de tensiomètres en fonction de la fréquence d'utilisation de l'AMT.



Question 16 : « Parmi les patients ayant bénéficié d'une AMT, quelle est la proportion de prêt par vous-même par rapport à un achat d'un appareil par le patient ? »

Tableau XX et graphique associé : Médecins généralistes et proportion de prêt de tensiomètre par le médecin ou d'achat de tensiomètre par le patient lui-même.

	Médecins généralistes	
	%	n
80 % prêt/20 % achat	25,6%	40
20% prêt/ 80% achat	21,8%	34
100% achat	17,3%	27
50% prêt/ 50 % achat	16,7%	26
Je ne me prononce pas	10,3%	16
100% prêt	8,3%	13
Total	100,0%	156



Nous pouvons constater que 17,3% des médecins (n=27) ne prêtent pas d'appareils, et recommandent uniquement l'achat d'un tensiomètre. Ce taux important montre qu'il y a un problème avec le concept de prêt des tensiomètres.

Tableau XXI : Tableau comparatif de la proportion de prêt de tensiomètre par le médecin ou d'achat de tensiomètre par le patient lui-même en fonction des différentes fréquences d'utilisation de l'Automesure tensionnelle

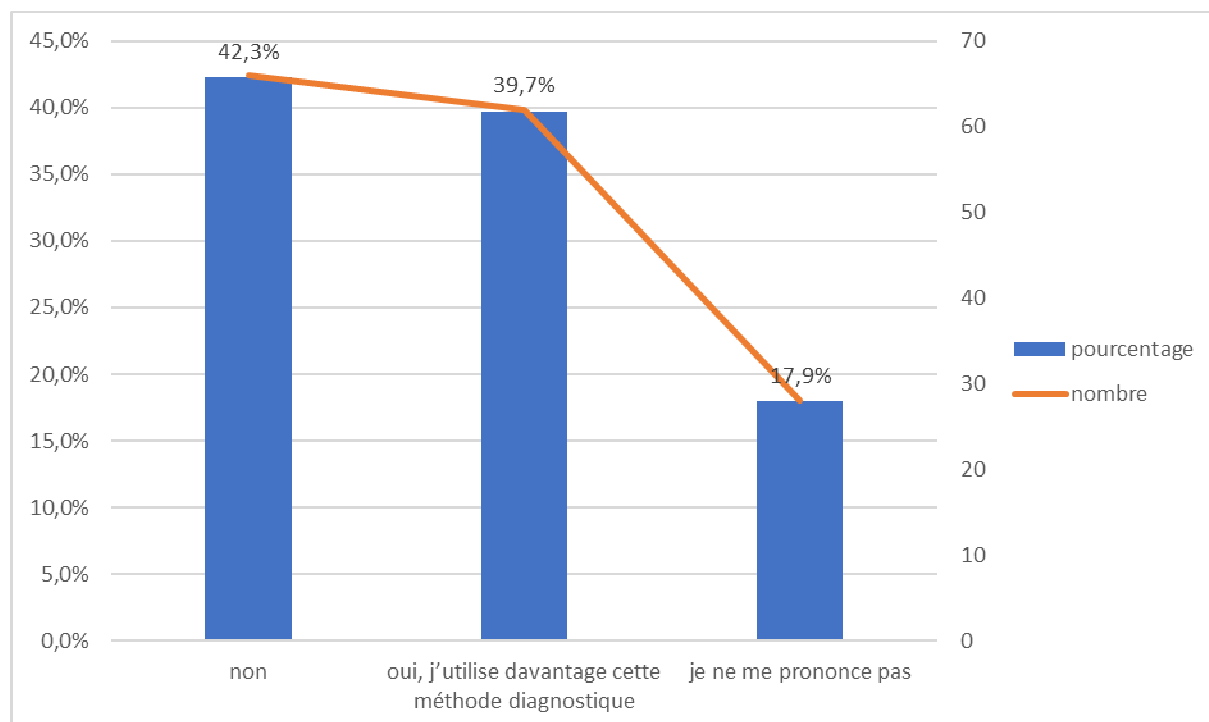
	Fréquence d'utilisation					p
	jamais	occasionnellement	régulièrement	systématiquement	Total général	
	N=5 n(%)	N=30 n(%)	N=69 n(%)	N=52 n(%)	156 n(%)	
100% achat	2(40)	8(27)	9(13)	8(15)	27(17)	0,28
100% prêt	0(0)	4(13)	2(3)	7(13)	13(8)	0,17
20% prêt/ 80% achat	0(0)	8(27)	16(23)	10(19)	34(22)	0,91
50% prêt/ 50% achat	0(0)	6(20)	13(19)	7(13)	26(17)	0,87
80 % prêt/20 % achat	0(0)	2(7)	23(33)	15(29)	40(26)	0,11
Je ne me prononce pas	3(60)	2(7)	6(9)	5(10)	16(10)	0,01

NB : les pourcentages se lisent en colonne

Question 17 : « Est-ce que le fait que la CPAM mette un appareil à AMT à disposition des médecins généralistes depuis 2013 a changé votre prise en charge de l'HTA ? »

Tableau XXII et graphique associé : Médecins généralistes et modification de la prise en charge de l'HTA depuis la mise à disposition d'un tensiomètre par l'Assurance Maladie en 2013

	Médecins généralistes	
	%	n
Non	42,3%	66
Oui, j'utilise davantage cette méthode diagnostique	39,7%	62
Je ne me prononce pas	17,9%	28
Total	100,0%	156



Nous pouvons constater que presque 18 % des médecins (n=28) ne se sont pas prononcés pour cette question. Nous pouvons nous demander si elle ne posait pas un problème de compréhension.

Le dispositif mis en place par l'Assurance Maladie a modifié la pratique de 62 médecins (48% des médecins ayant répondu à cette question).

Tableau XXIII : Tableau comparatif de la proportion de prêt de tensiomètre par le médecin ou d'achat de tensiomètre par le patient lui-même, entre les médecins reconnaissant un impact de l'action de la CNAM en 2013 et ceux n'ayant pas été impactés

	Impact de l'action de la CNAM					
	Je ne me prononce pas		Non		Oui	
	n	%	n	%	n	%
100% achat	7	25,0%	20	30,3%		0,0%
100% prêt	1	3,6%		0,0%	12	19,4%
20% prêt/ 80% achat	10	35,7%	14	21,2%	10	16,1%
50% prêt/ 50 % achat	3	10,7%	11	16,7%	12	19,4%
80 % prêt/20 % achat	3	10,7%	11	16,7%	26	41,9%
je ne me prononce pas	4	14,3%	10	15,2%	2	3,2%
Total général	28	100,0%	66	100,0%	62	100,0%

Avec $p=0.00$

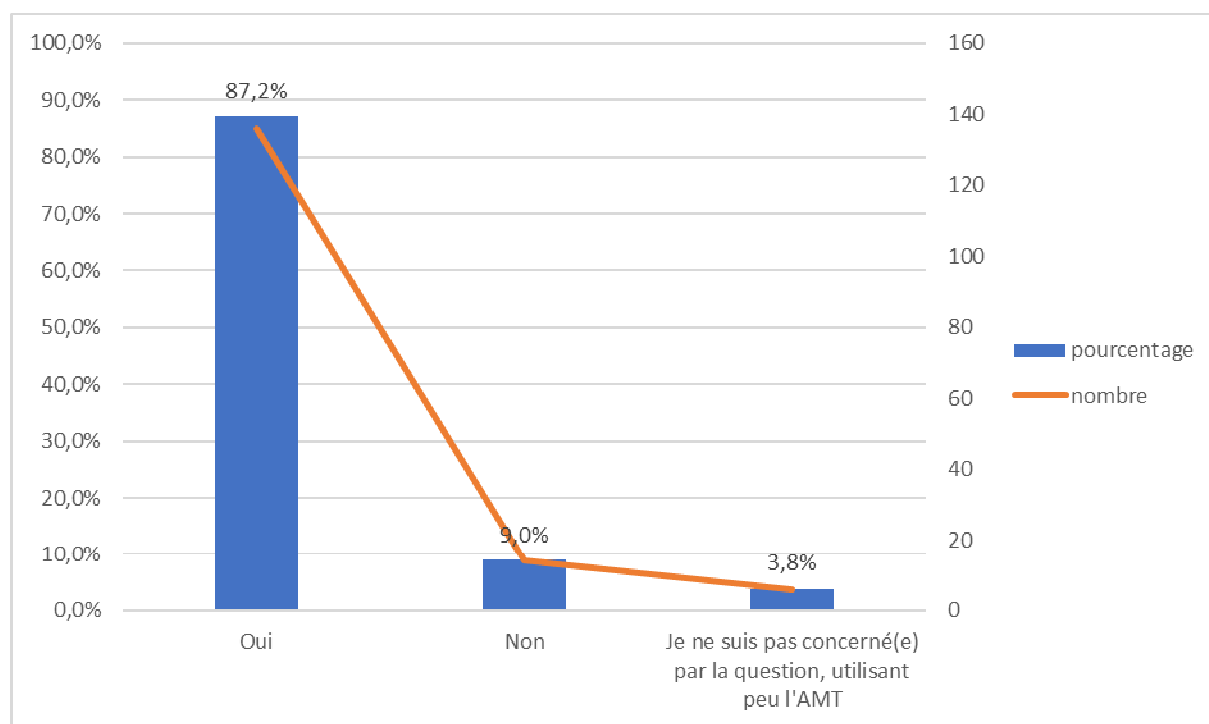
Nous pouvons constater qu'il existe une différence significative de la proportion de prêt/ achat en fonction de l'impact de l'action de la CNAM.

i. Médecins généralistes et éducation du patient

Question 18 : « Faites-vous l'éducation en expliquant systématiquement et précisément les conditions de réalisation (position assise > 5 minutes, 3 mesures consécutives matin et soir sur 3 jours, sans consommation de tabac, café, ni repas auparavant) ? »

Tableau XXIV et graphique associé : Médecins généralistes et réalisation d'une éducation précise du patient

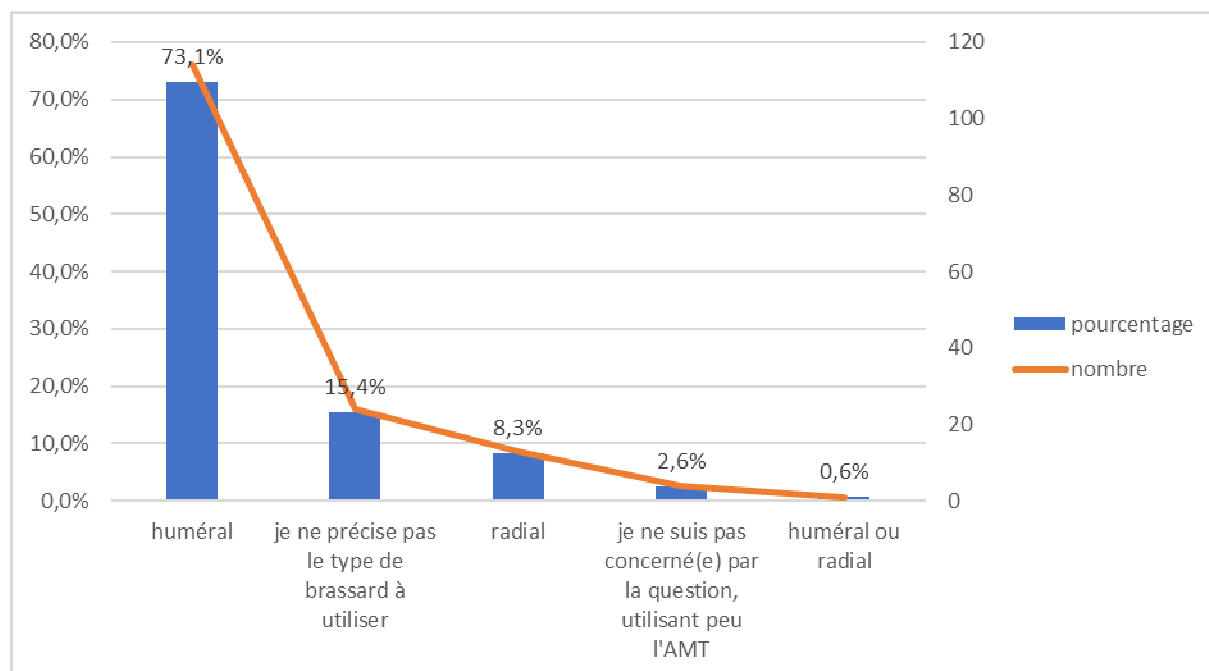
	Médecins généralistes	
	%	n
Oui	87,2%	136
Non	9,0%	14
Je ne suis pas concerné(e) par la question, utilisant peu l'AMT	3,8%	6
Total	100,0%	156



Question 19 : « Quel type de brassard recommandez-vous ? »

Tableau XXV et graphique associé : Médecins généralistes et recommandations du type de brassard au patient

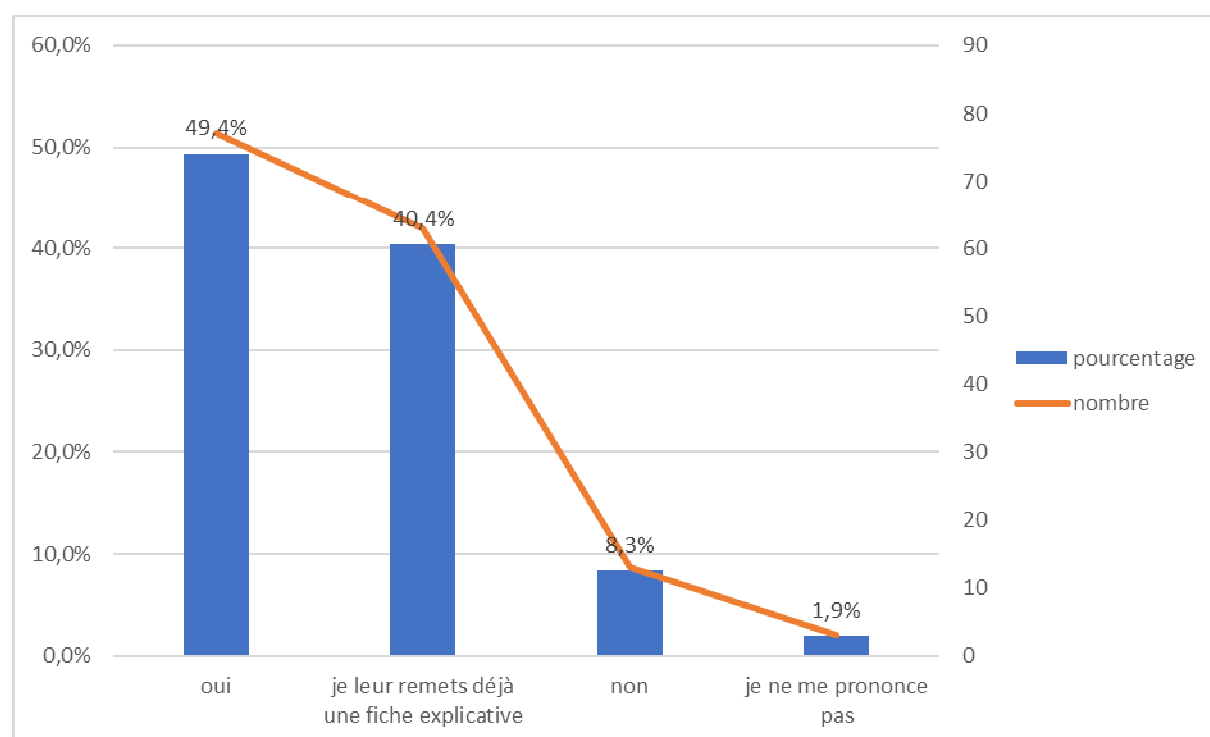
	Médecins généralistes	
	%	n
Huméral	73,1%	114
Je ne précise pas le type de brassard à utiliser	15,4%	24
Radial	8,3%	13
Je ne suis pas concerné(e) par la question, utilisant peu l'AMT	2,6%	4
Huméral ou radial	0,6%	1
Total	100,0%	156



Question 20 : « Serait-il pertinent qu'une fiche explicative officielle soit remise au patient pour expliquer les conditions, réalisation/recueil des données ? »

Tableau XXVI et graphique associé : Médecins généralistes et intérêt selon eux à remettre une fiche explicative aux patients

	Médecins généralistes	
	%	n
Oui	49,4%	77
Je leur remets déjà une fiche explicative	40,4%	63
Non	8,3%	13
Je ne me prononce pas	1,9%	3
Total	100,0%	156



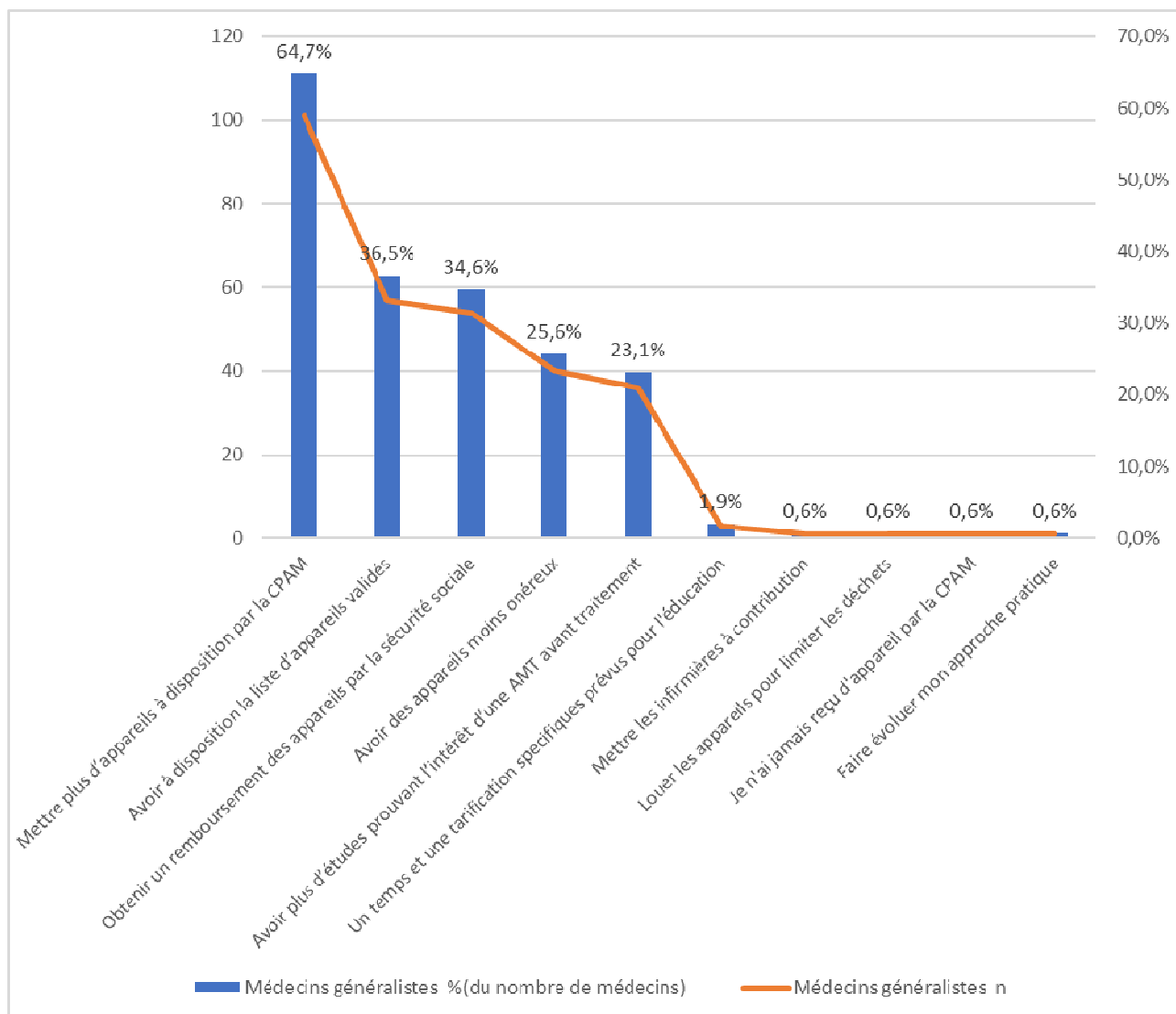
3) Comment améliorer la fréquence d'utilisation de l'AMT ?

Question 21 : « Quelles serai(en)t la ou les solutions pour que vous ayez recours systématiquement à l'AMT ? »

Tableau XXVII et graphique associé : Médecins généralistes et solutions éventuelles afin d'augmenter la fréquence d'utilisation de l'Automesure Tensionnelle.

	Médecins généralistes		
	%(du nombre de réponses)	n	%(du nombre de médecins)
Mettre plus d'appareils à disposition par la CPAM	34,2%	101	64,7%
Avoir à disposition la liste d'appareils validés	19,3%	57	36,5%
Obtenir un remboursement des appareils par la Sécurité Sociale	18,3%	54	34,6%
Avoir des appareils moins onéreux	13,6%	40	25,6%
Avoir plus d'études prouvant l'intérêt d'une AMT avant traitement	12,2%	36	23,1%
Un temps et une tarification spécifique prévus pour l'éducation	1,0%	3	1,9%
Mettre les infirmières à contribution	0,3%	1	0,6%
Louer les appareils pour limiter les déchets	0,3%	1	0,6%
Je n'ai jamais reçu d'appareil par la CPAM	0,3%	1	0,6%
Faire évoluer mon approche pratique	0,3%	1	0,6%
Total	100,0%	295	

A noter que plusieurs réponses étaient possibles, d'où le nombre important de réponses (taux moyen de réponses : 1,9 réponses par médecin).

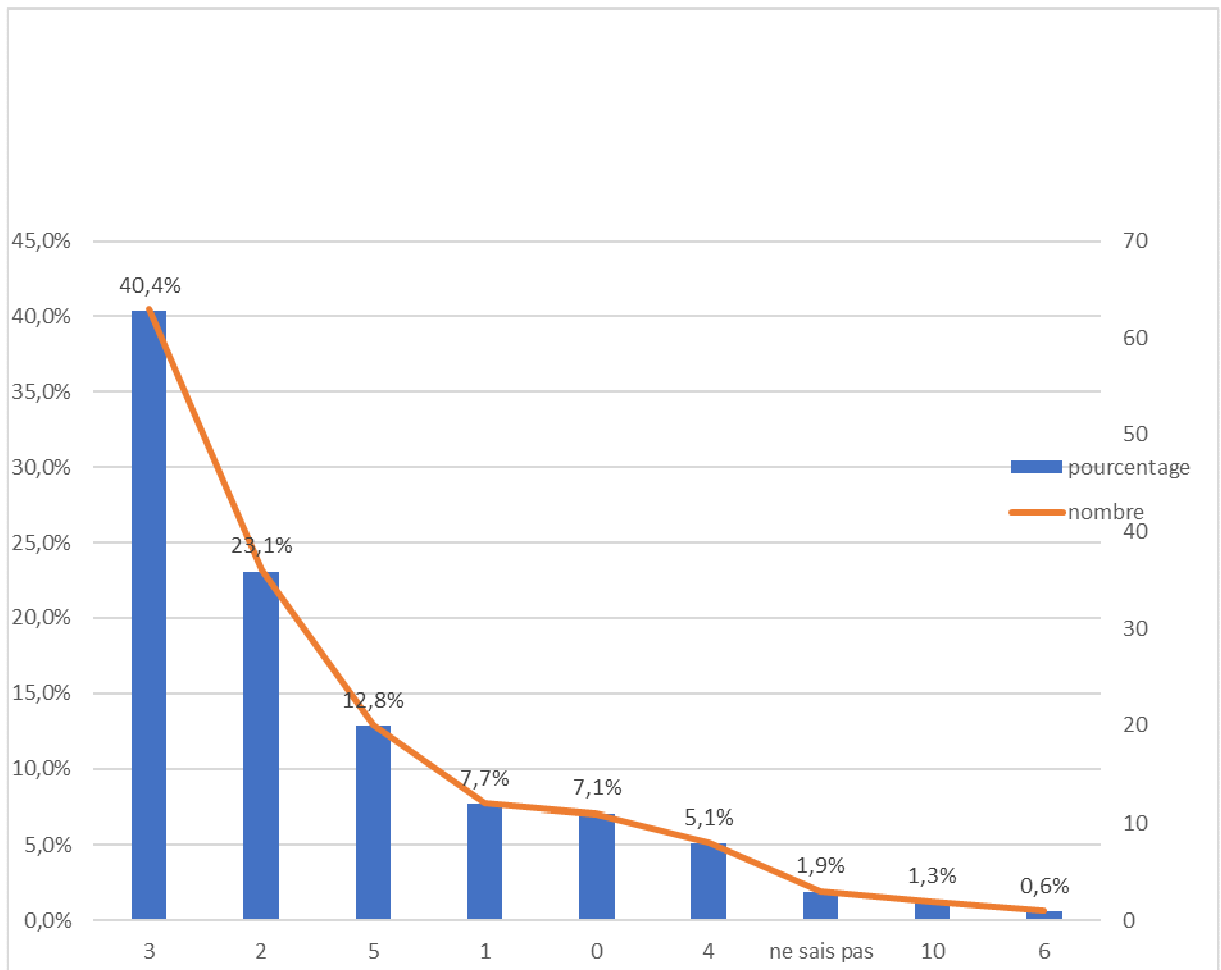


Question 22 : « Combien d'appareils offerts par la sécurité sociale seraient nécessaires à chaque médecin pour permettre de le prêter aux patients à visée diagnostic ? »

Tableau XXVIII et graphique associé : Médecins généralistes et nombre de tensiomètres que la Sécurité Sociale devrait mettre à leur disposition afin d'optimiser le prêt aux patients.

	Médecins généralistes	
	%	n
3 appareils	40,4%	63
2 appareils	23,1%	36
5 appareils	12,8%	20
1 appareil	7,7%	12
0 appareil	7,1%	11
4 appareils	5,1%	8
Je ne sais pas	1,9%	3
10 appareils	1,3%	2
6 appareils	0,6%	1
Total	100,0%	156

Pour 40% des médecins, 3 appareils seraient nécessaires pour un prêt optimal pour les patients.



V) DISCUSSION

1) Intérêt du sujet

Comme nous l'avons précisé précédemment, cette étude présente un intérêt étant donné l'évolution des recommandations ces dernières années, concernant le diagnostic et le suivi de l'HTA.

Il est important d'évaluer la pratique des médecins généralistes de Gironde, depuis l'apparition de ces nouvelles recommandations ; de savoir s'ils y ont adhéré et si tel n'est pas le cas, quelles en sont les causes. En effet, l'enjeu est primordial concernant le diagnostic de l'HTA car cette pathologie est présente chez environ 20 % de la population adulte en France.

Plusieurs études de pratique ont déjà été réalisées concernant l'AMT en France mais jamais en Gironde. Ces études ont retrouvé principalement un **défaut d'adhésion** des médecins généralistes vis-à-vis de l'AMT, malgré une amélioration. Il persiste pour autant des difficultés, et ce, pour de multiples raisons : pratique chronophage, réticences liées au patient, caractère anxigène, manque de fiabilité de certains appareils, coût lié à l'achat d'un appareil.

Certains moyens ont déjà été mis en place afin d'améliorer l'adhésion des médecins à l'AMT notamment par la mise à disposition gratuite d'un appareil à tension à tous les médecins généralistes par la CNAM depuis 2013. Ce prêt permet d'éliminer une des causes de non adhésion à l'AMT, c'est à dire le coût de l'achat d'un appareil par le patient ou le praticien.

Cette enquête nous permet de dresser un état des lieux de l'utilisation de l'AMT en Gironde et de déterminer si l'intervention de la CNAM a eu un impact sur la pratique des médecins généralistes.

2) Discussion de la méthode : forces et limites de l'étude

A. Forces

a. Liées à l'étude quantitative

Il s'agissait d'une étude **descriptive quantitative transversale** afin d'évaluer à l'instant T la pratique de l'utilisation de l'AMT par les médecins généralistes ainsi que les difficultés rencontrées lors de sa mise en place.

Ce questionnaire, comme dans toute étude quantitative, a permis d'obtenir rapidement, des données facilement compréhensibles et analysables et donc de collecter des données pouvant être exploitées statistiquement.

Ce sujet ayant déjà été traité dans la littérature, l'étude quantitative s'appuie sur les données déjà existantes pour mettre en valeur des données inconnues.

Nous avons pu, grâce aux réponses du questionnaire, faire une analyse multivariée des résultats afin de rechercher si certains paramètres étaient liés.

b. Liées à la méthodologie pour la réalisation du questionnaire

Il s'agissait d'un questionnaire rédigé à partir d'une revue de la littérature, et d'une étude des différentes enquêtes quantitatives déjà réalisées sur le même thème.

Les questions étaient **claires et compréhensibles** par les médecins généralistes. En effet, le questionnaire a été testé auparavant auprès de confrères médecins généralistes pour détecter et éventuellement corriger les questions susceptibles de poser par la suite des problèmes de compréhension ou d'interprétation. Il a été envoyé à six confrères choisis ; cinq médecins ont répondu sans commentaires, confirmant la faisabilité du questionnaire.

Le nombre de questions a été **limité** afin de réduire le temps de réponse.

Le questionnaire a été envoyé par **mail**, ce qui constitue un gain de temps et d'argent.

Les réponses étaient toutes **obligatoires**, ce qui évite des données manquantes.

Le questionnaire était essentiellement constitué de **questions à réponses fermées**, avec présence dans sept questions d'une mention « autre », permettant au répondant de s'exprimer s'il le souhaitait afin de ne pas le contraindre à donner une réponse ne reflétant pas exactement son retour.

De même, sept questions avaient la mention « ne me prononce pas » afin de ne pas contraindre le répondant à cocher une autre réponse s'il ne le souhaitait pas.

Enfin, les réponses étaient **anonymes** permettant de limiter le biais de déclaration.

c. Liées à la population cible

Le questionnaire ayant été envoyé à **tous les médecins généralistes de Gironde** dont le mail était connu par le Conseil de l'Ordre, il n'y a pas eu d'échantillonnage au préalable donc nous avons pu limiter le biais de sélection.

Il y a eu 3209 questionnaires envoyés dans l'espoir d'avoir un maximum de réponses et donc de données à traiter pour augmenter la représentativité de notre échantillon.

d. Liées au sujet même de l'étude

Aucune étude sur ce sujet n'a encore été réalisée en Gironde.

B. Limites :

La première faiblesse de cette enquête est liée à son type d'étude observationnelle, transversale, et sans suivi prospectif, ce qui engendre des biais de sélection, de confusion et d'information inhérents à ce type d'étude, à **faible niveau de preuve scientifique** (37).

a. Biais de sélection

Biais de volontariat et de non réponses :

Seuls les médecins volontaires pour participer à l'enquête ont répondu et les caractéristiques de ces personnes peuvent être différentes de celles n'ayant pas répondues. En effet les participants étaient probablement plus intéressés par l'AMT et donc plus enclins à la pratiquer que les non participants.

Seulement 5 % des médecins généralistes interrogés ont participé à l'enquête (159 réponses pour 3209 envois), ce qui constitue un **échantillon de faible effectif**.

Ceci peut être lié à plusieurs facteurs :

- Envoi par mail : tout le monde ne consulte pas forcément sa boîte de réception, notamment celle correspondant à l'adresse mail donnée au Conseil de l'Ordre.
- Pas de relance possible auprès des médecins, ce qui aurait pu permettre d'accroître le taux de réponse.
- Surcharge de travail des médecins généralistes, n'ayant que très peu de temps pour participer aux études. Le questionnaire a été envoyé fin janvier, ce qui peut correspondre à une période de forte activité médicale.
- Manque d'intérêt concernant le sujet de l'enquête de la part des médecins généralistes.

Nous n'avons pas à notre disposition les adresses mails des médecins généralistes de Gironde, et la seule possibilité de tous les contacter de façon rapide était via le Conseil de l'Ordre des Médecins de Gironde, après l'accord du Président du conseil de l'Ordre, Dr ROCHE.

Il n'est pas exclu que certaines adresses mails soient erronées ou en double.

Certaines études portant sur le même sujet ont été réalisées par contact téléphonique ou envoi postal avec enveloppes préimprimées permettant un taux de réponse plus important. Mais cette méthode est beaucoup plus longue à mettre en place et plus coûteuse.

Nous avons bien conscience que ce faible taux de réponse interfère avec la **représentativité** de notre échantillon.

Dans notre enquête, 49 % des médecins ont moins de 45 ans et 51 % des médecins ont plus de 45 ans, avec au sein de cet échantillon, 55 % de femmes.

La tranche d'âge la plus représentée dans notre population est celle des médecins âgés de 35 à 45ans (29,5%). Ils ont à priori passé leur thèse plus récemment et donc sont possiblement plus impliqués, plus enclins à participer à des enquêtes pour augmenter l'échantillon de l'étude, par esprit de solidarité avec le thésard.

La tranche d'âge la moins représentée est celle des moins de 35 ans (19,9%) mais ceci peut être expliqué par le fait qu'ils sont moins installés, ayant surtout une activité de remplacement, donc moins de suivi d'hypertendus.

La proportion de femmes ayant participé à l'enquête est plus importante en comparaison avec le pourcentage de femmes exerçant en 2015. Mais ceci ne semble pas être un biais de sélection puisque davantage de femmes se sont effectivement installées en secteur libéral ces trois dernières années.

95% des médecins de notre étude avaient une activité libérale stricte ce qui ne correspond pas exactement aux caractéristiques sociodémographiques de l'ensemble des médecins généralistes de Gironde en 2015 selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (59,8% des médecins exercent une activité libérale stricte, 7,9% ont une activité mixte et 32,3% ont une activité salariée) (38).

Il y a très peu de médecins salariés qui ont participé à l'enquête (1 seul médecin salarié et 6 médecins ayant une activité mixte, sur les 156 réponses) ; ceci peut être expliqué par le fait que les médecins salariés ont une activité non ambulatoire, sans suivi médical comme le médecin traitant ; ils sont par conséquent peu concernés par le diagnostic ou le suivi de l'HTA en ambulatoire par l'AMT.

Le secteur géographique de l'enquête est limité à la Gironde donc la population est non représentative de la population générale française.

b. Biais de mesure

Biais de rédaction du questionnaire :

L'inconvénient d'un questionnaire à réponses fermées est qu'il **guide le répondant dans ses réponses**, tout en limitant ses possibilités d'expression.

La question 12 :

« Utilisez-vous dans votre pratique professionnelle l'AMT avant initiation de traitement anti HTA ? » offrait comme possibilités de réponse « systématiquement », « régulièrement », « occasionnellement » ou « jamais ». Cela relève de l'appréciation personnelle du répondant, et donc peut varier d'une personne à l'autre.

Par suite d'un défaut de fonctionnement du questionnaire sur Google Forms, les questions 12A, 12B et 12C : « Si vous n'utilisez que régulièrement/occasionnellement/jamais l'AMT, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles) » n'offraient en réalité qu'une seule réponse possible. Cela a donc limité les possibilités de réponses. En contrepartie, cela a permis de mettre en valeur la cause principale pour chaque médecin.

Il en est de même pour la question 12D : « Si vous utilisez l'AMT, pour quel type de patient l'utilisez-vous ? ».

Biais de questionnement :

Ce biais pousse le répondant à percevoir, interpréter et agir en fonction de ce qu'il croit être attendu ou souhaité par la personne qui collecte les données. Il s'agit de la volonté de **participer positivement** à l'enquête, ce qui peut avoir un impact sur la **validité interne** de l'enquête.

Par exemple :

A la question « à quelle fréquence utilisez-vous l'AMT ? », les répondants auront plus tendance à répondre « régulièrement » que « occasionnellement »

Biais de suggestion :

« La composition de la liste des modalités, la nature des mots utilisés et l'ordre de présentation des items peuvent en effet influencer les réponses en exerçant des effets de suggestion » selon H. FENNETEAU, professeur en sciences de gestion (39).

Nous pouvons considérer que la question 18 :

« Faites-vous l'éducation en expliquant systématiquement et précisément les conditions de réalisation (position assise supérieure à cinq minutes, trois mesures consécutives matin et soir sur trois jours, sans consommation de tabac, café, ni repas auparavant ? » induit un biais de suggestion.

En effet, les répondants auront tendance à répondre « oui » même si un des critères n'est pas respecté et s'ils estiment qu'ils respectent la plupart des critères.

Cette question aurait donc mérité d'être décomposée pour chaque critère afin de vérifier quels sont les critères respectés et ceux qui ne le sont pas.

87,2 % des médecins ont répondu « oui » à cette question, ce qui ne correspond pas, nous le verrons plus loin, aux données de la littérature.

3) Principaux résultats

A. Fréquence d'utilisation de l'AMT

Dans notre enquête, 3.2% des médecins disent ne jamais utiliser l'AMT, 19.2% l'utilisent occasionnellement, 44.2% l'utilisent régulièrement, et 33.3% disent l'utiliser systématiquement.

Donc 77.5 % des médecins disent l'utiliser régulièrement ou systématiquement et 22.4% des médecins ne l'utilisent jamais ou occasionnellement.

Ces chiffres sont bien supérieurs à ceux retrouvés lors de l'enquête MEGAMET (enquête qui sert régulièrement de référence car seule étude nationale faite sur le sujet) : 77.5 % vs 36% (27). Ceci peut être expliqué en grande partie par le fait que cette enquête ait été réalisée en 2004, donc avant les recommandations officielles qui préconisent l'AMT pour le diagnostic de l'HTA. En effet, les recommandations de 2003 indiquaient qu'il était « possible » de réaliser une AMT en complément de la mesure conventionnelle, sans insister sur la nécessité (40).

Ces chiffres sont également bien au-dessus des chiffres retrouvés dans les thèses réalisées par:

- G. ANNE en 2007 (77.5% vs 27%) (28)
- T. TSOU-GAILLET en 2009 (77.5% vs 21%)
- Y. SASPORTES en 2013 (77.5 % vs 58.7%)

La question 13 (« A combien évalueriez-vous la proportion de vos patients diagnostiqués hypertendus à la suite d'une AMT ou MAPA ? ») nous permettait de vérifier le nombre de patients ayant réellement eu une mesure ambulatoire précédent le diagnostic d'hypertension artérielle. Les résultats sont surprenants puisque :

- 45% des médecins déclarent qu'uniquement 25 à 50% de leurs patients ont eu une AMT ou MAPA avant le diagnostic
- 35% déclarent que ce sont moins de 25% des patients qui ont bénéficié de mesures ambulatoires
- 14% des médecins déclarent que ce sont entre 50 et 75 % de leurs patients
- 5% des médecins l'ont fait réaliser pour 75% de leurs patients.

Il semble finalement qu'il n'y ait pas eu beaucoup de mesures ambulatoires réalisées avant un diagnostic d'hypertension artérielle. Les chiffres sont contradictoires avec le fait que 77.5% des médecins réalisent l'AMT de façon régulière ou systématique.

Nous pouvons penser qu'il y a peut-être eu un problème de compréhension sur cette question, ce qui expliquerait ces résultats.

Lors de l'analyse multivariée, il n'a pas été retrouvé de différences statistiquement significatives entre la fréquence d'utilisation et l'âge, le sexe et le lieu d'exercice.

a. Facteurs socio-démographiques associés à l'utilisation de l'AMT :

Le mode d'exercice :

Il a été retrouvé un lien entre la fréquence d'utilisation et le mode d'exercice ($p=0,00$). Cependant la taille de l'échantillon étant inférieure à 1 pour le nombre de médecins travaillant en « ambulatoire et en régulation au 15 », il ne nous est pas possible de valider ce résultat.

Le mode d'installation :

Pour la même raison que citée précédemment, le résultat est ininterprétable, étant donné le peu d'effectifs des médecins travaillant en maison de santé.

Le type d'activité :

Il existe une différence statistiquement significative entre la fréquence d'utilisation de l'AMT et le type d'activité ($p=0,02$).

La pratique de l'AMT de façon régulière ou systématique est observée chez :

- 79% des médecins exerçant exclusivement la médecine générale contre
- 60% des médecins exerçant de la médecine générale associée à un mode d'exercice particulier.

A l'inverse, 21% des médecins ayant une activité mixte n'utilisent jamais l'AMT contre seulement 2% des médecins ayant une activité uniquement de généraliste.

Nous pouvons également constater que 92 % des médecins pratiquant exclusivement la médecine générale, ont connaissance de la recommandation par l'HAS alors que seulement 70% des médecins pratiquant une activité mixte la connaissent. Il existe une différence significative entre ces deux groupes ($p<0,05$). Il aurait été judicieux de demander le pourcentage d'activité du MEP afin de nous apporter des éléments de réflexion.

Autres facteurs associés :

Grâce à l'analyse multivariée, nous avons pu remarquer qu'il existe un lien entre la fréquence d'utilisation de l'AMT et le fait que les praticiens aient l'impression que certains de leurs patients soient traités de façon excessive ($p=0,005$).

Près de 60 % des médecins pensent traiter de façon excessive certains de leurs patients. Parmi eux, 87% des médecins utilisent régulièrement ou systématiquement l'AMT. Un traitement excessif des patients signifierait que soit ce sont des patients ayant un traitement anti hypertenseur qui présentent en fait une HTA blouse blanche, soit ils ont un traitement trop dosé. Il est donc logique que ces médecins réalisent plus d'AMT, afin de vérifier les chiffres tensionnels.

Les médecins qui ne pensent pas avoir de patients traités excessivement estiment probablement qu'ils ont très peu d'HTA blouse blanche. Il est à penser **qu'ils sous-estiment** la fréquence d'HTA blouse blanche parmi leurs patients, car la prévalence de l'effet blouse blanche est en moyenne de 13 % et peut atteindre 32 % chez les patients hypertendus d'après les données des recommandations ESH/ESC 2013 (15).

Cela signifie aussi que parmi les médecins pensant traiter certains de leurs patients de façon excessive, 13% ne pratiquent pas l'AMT ou alors de façon occasionnelle. Quel est alors leur mode de surveillance : avis cardiologue pour une MAPA ou contrôle uniquement au cabinet médical ?

Nous avons également pu constater qu'il existe un lien entre la fréquence d'utilisation de l'AMT et l'éventuelle mise à disposition de tensiomètres par le médecin généraliste ($p=0,001$).

Deux médecins continuent à considérer que la mesure conventionnelle de la TA au cabinet reste la méthode la plus fiable. L'un ne pratique d'ailleurs jamais l'AMT et l'autre, occasionnellement.

b. Lien avec les connaissances sur les recommandations de l'HAS

141 médecins savent que l'AMT est recommandée par l'HAS. 15 médecins ignorent ces recommandations, datant pourtant de juillet 2005.

L'analyse multivariée nous montre qu'il existe un lien significatif entre la fréquence d'utilisation de l'AMT et la connaissance de la recommandation par l'HAS ($p=0,003$).

Ce résultat montre donc l'importance et l'impact de la formation dans ce domaine.

Une étude publiée en 2006 dans le American Journal of Hypertension a évalué l'impact de la formation des médecins généralistes, après une séance de formation sur les lignes directrices en matière d'hypertension. **L'augmentation des connaissances des médecins généralistes sur les lignes directrices était associée à une amélioration du taux de contrôle de l'hypertension (41).**

Une étude allemande, publiée en 2016, a tenté d'évaluer si une série de 3 séances de formation médicale continue destinées aux médecins généralistes sur l'hypertension, modifiait le contrôle de la TA ou la stratégie de prise en charge, en le comparant à un groupe témoin. Celle-ci montre que l'intervention n'a eu aucun effet sur le contrôle à 5 mois de la PA. Cependant, il existe un biais de sélection majeure : biais de volontariat que ce soit dans le groupe de médecins formés ou le groupe témoin. Les médecins étaient volontaires et donc motivés dans la prise en charge générale de l'HTA.

Cette étude montre également un fait intéressant : dans **le groupe de médecins formés, il apparaît que de nouvelles stratégies de prise en charge de l'HTA ont été initiées** (réalisation de l'AMT avec surveillance par les médecins, prescription de MAPA, plus de suivi...) (42).

Le programme DIAPREM, réalisé en Argentine 2017, a été mis en place afin d'évaluer l'impact d'une formation spécifique de médecins généralistes et d'infirmières sur l'évolution du diabète et les facteurs de risque chez certains de leurs patients. Ils ont comparé un groupe avec des médecins/infirmiers formés auparavant, à un groupe témoin, qui n'a pas reçu de formation. **L'analyse à 1 an montre que le niveau de tension artérielle et le profil lipidique diminuaient de manière significative dans le groupe avec formation initiale, alors qu'aucun changement n'a été enregistré dans le groupe témoin (43).**

Une autre étude, plus récente, a été publiée en 2018. Le but était d'évaluer la connaissance sur les mesures ambulatoires avant et après une formation chez des médecins et des infirmières.

Le fait d'avoir plus de 20 ans d'expériences et d'être médecin étaient associés à une meilleure connaissance sur les mesures ambulatoires. **La formation a nettement augmenté les connaissances (85.3% vs 26.7% avant la formation)** (44).

Toutes ces études nous confortent dans le fait que la **formation médicale continue est un élément essentiel** dans la prise en charge des patients hypertendus, et pour les patients, par extension, présentant une maladie chronique en générale.

Concernant la Formation Médicale Initiale, une thèse a été réalisée en 2017 sur les connaissances des internes de Médecine Générale sur les valeurs de pression artérielle, les schémas de mesure, l'utilisation de l'automesure tensionnelle, le rôle de la formation et du cursus universitaire. 36 % des étudiants connaissent les valeurs seuils de l'AMT, 36 % des étudiants connaissent le schéma de mesure (la « règles des 3 ») ; le pourcentage de réponses correctes est seulement de 19% lorsque les deux variables sont combinées. 64% des internes de l'étude disent avoir reçu une formation concernant l'automesure tensionnelle au cours de leurs études : ils sont 55% à avoir eu une formation théorique et 25% à avoir eu une formation pratique et 15% à avoir bénéficié des deux formes de formation (45).

Il est possible que les 15 médecins de notre étude qui ne connaissent pas les recommandations actuelles concernant la prise en charge de l'HTA appliqueraient l'automesure tensionnelle s'ils étaient informés.

A la question :

« Quelle est votre prise en charge devant une TA entre 140-179/90-109, au cours de plusieurs consultations chez un patient asymptomatique, sans facteurs de risques cardiovasculaires ? », près de 78% des médecins décident de contrôler par une AMT, appliquant ainsi les recommandations de l'HAS et l'ESC. A l'inverse, 12.2% des médecins mettent directement en place un traitement antihypertenseur sans qu'aucun contrôle à domicile ne soit réalisé. Un traitement est donc mis en place alors qu'il n'est pas forcément nécessaire, avec le coût et les effets secondaires possibles qui en découlent.

Dans le cadre de cette hypertension non équilibrée, 5 % des médecins **demandent un avis spécialisé, au cardiologue**, ce qui peut être une solution alternative d'après les recommandations officielles.

Enfin, 3,8 % des médecins reconrôlent à 3 mois la TA : dans la question, il était déjà précisé que la TA était supérieure à la normale depuis plusieurs consultations. Donc soit la question a été mal comprise par ces médecins, soit effectivement, ils attendent encore avant de faire des investigations complémentaires.

Par ailleurs, parmi les médecins informés des recommandations, 19% ne pratiquent jamais ou occasionnellement l'AMT. Un questionnaire nous est apparu concernant leur prise en charge : se fient-ils uniquement aux valeurs du cabinet ?

c. Lien avec l'inertie thérapeutique

Se pose ici la question de **l'Inertie Thérapeutique (IT) et de l'application des recommandations officielles** des médecins généralistes.

En effet, l'inertie thérapeutique est un concept récent encore méconnu. Dans les maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle, l'inertie thérapeutique est définie comme la tendance des médecins à **ne pas augmenter ou ne pas modifier les médicaments** antihypertenseurs lorsque la pression artérielle souhaitée n'est pas atteinte.

En 2001 un article, intitulé Clinical Inertia, a montré qu'il arrive souvent que les médecins n'entreprennent pas ou n'intensifient pas un traitement selon les recommandations de bonne pratique qu'ils connaissent et même qu'ils approuvent (46). Depuis, « clinical inertia » est devenu un mot-clé de PubMed. En effet, il s'agit d'un **phénomène fréquent, survenant parfois dans une consultation sur deux et pouvant avoir des conséquences majeures.**

Il a été montré qu'un patient hypertendu traité par un médecin appartenant au quintile des médecins les moins inertes avait au moins 25 fois plus de chances d'avoir sa pression artérielle contrôlée que s'il était traité par un médecin appartenant au quintile des médecins les plus inertes. Parmi les médecins les plus inertes, seulement 15 % des patients devant en théorie bénéficier d'un changement de traitement l'avaient effectivement eu.

L'étude montre que si les scores d'inertie thérapeutique étaient diminués de 85% à 70%, le contrôle de la TA chez les patients passerait de 45.1% à 65.9% en un an. **Cette étude confirme le taux élevé d'IT chez les sujets hypertendus non contrôlés** (47).

L'Inertie Thérapeutique pourrait être « la conséquence d'une différence entre deux logiques, celle de l'*Evidence Based Medicine* (EBV), et celle du médecin, lorsqu'il est amené à prendre une décision thérapeutique « dans la vraie vie » » (48). L'EBV a « nécessairement un caractère simplificateur qui s'oppose à la pensée complexe des médecins. »

Une revue de la littérature vient d'être effectuée par Milman and al, et publiée en juin 2018. Celle-ci montre que la surveillance ambulatoire de la PA permet également de lutter contre l'inertie thérapeutique (49). D'autres facteurs permettent d'améliorer l'IT comme les rappels médicaux et les interventions éducatives (46).

Le fait qu'une infirmière venant au domicile, communique au médecin des résultats de TA trop élevées, l'inciterait davantage à modifier ses thérapeutiques que s'il attendait de voir lui-même le patient.

Enfin, une chose est également à prendre en compte : certains patients ont **un suivi cardiologique** et donc ont potentiellement déjà un suivi ambulatoire de leur tension, mis en place par leur cardiologue. Malheureusement, il existe très peu de données dans la littérature concernant le taux de réalisation de mesures ambulatoires (que ce soit MAPA mais aussi AMT) par le cardiologue. Un rapport de la CNAM édité en 2007 a révélé qu'environ **8% des patients avaient consulté au moins une fois un cardiologue libéral dans l'année** (9).

Les médecins utilisent l'automesure tensionnelle mais insuffisamment :

- **77.5 % des médecins utilisent régulièrement ou systématiquement l'AMT**
- **22.4% des médecins ne l'utilisent jamais ou occasionnellement.**
- **Il semble cependant qu'il y ait une amélioration de cette pratique, comparée aux données de la littérature.**
- **Beaucoup de médecins pensent traiter de façon excessive leurs patients**
- **90% des médecins savent que l'AMT est recommandée**

B. Place des tensiomètres mis à disposition par la Sécurité Sociale

A la question :

« Est ce que le fait que la CPAM mette un appareil à AMT à disposition des médecins généralistes depuis 2013 a changé votre prise en charge de l'HTA ? »,

42.3 % des médecins ont répondu « non »,

près de 40 % des médecins ont répondu « oui, j'utilise davantage cette méthode diagnostique » et

près de 18 % des médecins ne se sont pas prononcés.

Il semble donc que 48% des médecins (par rapport au nombre de médecins qui se sont prononcés) utilisent davantage cette méthode depuis la mise à disposition des tensiomètres. Il apparaît que cette décision de la CNAM a eu un impact sur plus d'un tiers des médecins généralistes. Elle a permis de modifier et d'améliorer les pratiques professionnelles.

Nous avons tenté de savoir auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie combien d'appareils avait été demandés depuis 2013 car l'action de mise à disposition a été réalisée à son initiative. Malheureusement, les travaux d'évaluation sont en cours et les résultats ne peuvent être encore diffusés à ce stade.

Il aurait été judicieux de demander aux médecins interrogés s'ils avaient commandé l'appareil mis à leur disposition, afin d'approfondir notre réflexion.

Il semble, d'après l'analyse multivariée, que **les médecins utilisant davantage cette méthode depuis 2013, prêtent plus facilement de tensiomètres qu'ils ne demandent aux patients d'en acquérir ($p < 0,05$)**. La mise à disposition d'un tensiomètre par la CNAM est un bénéfice pour ces médecins.

Nous le verrons plus tard, le **manque de tensiomètres à disposition des médecins apparaît comme un frein majeur et un seul appareil ne semble pas suffire**.

A la question 22 :

« Combien d'appareils offerts par la Sécurité Sociale seraient nécessaires à chaque médecin pour permettre de le prêter aux patients ? » : $\frac{3}{4}$ des médecins ont répondu que plus de 2 appareils au moins seraient nécessaires.

Un prêt plus important d'appareils permettrait d'améliorer encore plus la pratique de l'automesure tensionnelle.

Parmi notre population totale, 39% des médecins favorisent l'achat d'un tensiomètre directement par le patient.

Soit ce sont des médecins réticents au prêt en général (risque de détérioration de l'appareil, appareils non rendus...) ou alors ce sont des médecins qui n'ont plus en leur possession d'appareils à prêter et qui ne veulent pas le financer eux-mêmes.

Certains médecins sont en effet réticents au prêt de matériel : « nous ne sommes pas des loueurs de matériel », « ils ne rendraient pas le matériel » ; ou réticents à l'offre de la CNAM : « je n'ai pas besoin de la sécu », « je n'attends rien de la sécu ».

Nous avons pu constater qu'il existait un **lien entre le fait de mettre à disposition des patients un tensiomètre et la fréquence d'utilisation de l'AMT** ($p=0,001$).

77% des médecins mettant à disposition un tensiomètre, pratiquent l'AMT régulièrement ou systématiquement, versus 60% pour ceux qui n'en prêtent pas.

D'après notre étude, il semble que la mise à disposition d'un appareil par la CNAM a un faible impact sur les médecins ne réalisant pas de prêt d'appareils aux patients, mais peut-être que cette initiative a permis de **sensibiliser ces médecins** à l'automesure tensionnelle, par la publicité qu'elle en a fait, par les messages reçus et par le passage des délégués médicaux dans les cabinets.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la proportion de prêt de tensiomètre par le médecin ou d'achat de tensiomètre par le patient lui-même, et la fréquence d'utilisation de l'Automesure tensionnelle. Ceux qui prêtent plus (plutôt que faire acheter) ne font pas nécessairement plus d'AMT.

Dans ce dispositif de prêt, il y a une **participation active importante du médecin**, que nous retrouvons de façon moindre dans le fait de faire acheter un appareil par le patient.

Dans la thèse réalisée par Hugues DEBILLY en 2013, sur l'impact de la mise en place du dispositif par la CNAM sur les médecins généralistes Aveyronnais, il apparaît qu'un quart des médecins utilisent désormais l'AMT grâce à cette action. Ces chiffres sont bien inférieurs à ceux retrouvés dans notre étude (25% versus 40%). Ceci peut être expliqué par le fait qu'il existe un biais majeur dans l'étude de H. DEBILLY : l'échantillon comportait uniquement les médecins généralistes ayant bénéficié du dispositif de la CNAM, après avoir passé commande sur l'espace professionnel d'AMELI. Donc cette étude ne prend pas en compte 40 % des médecin généraliste aveyronnais n'ayant pas commandé de tensiomètres.

Par ailleurs, l'enquête de DEBILLY date de 2013, et donc il est fort probable que durant ces quatre dernières années, **l'impact du prêt d'un tensiomètre et des recommandations de l'HAS sur la pratique des médecins généralistes se soit majoré.**

Il semblerait donc que le dispositif mis en place par la CNAM ait eu un impact positif, avec une augmentation de la pratique de l'AMT de 40 %. Outre l'offre d'un appareil au médecin généraliste permettant directement le prêt, ce dispositif a permis une sensibilisation des médecins concernant l'intérêt de l'AMT.

C. Avantages de l'AMT

a. Circonstances d'utilisation de l'AMT

Près de 85 % des médecins utilisent l'AMT devant une TA élevée au cabinet chez un patient non diagnostiqué hypertendu, donc à visée diagnostique.

Près de 82 % des médecins utilisent l'AMT chez les patients traités pour l'HTA présentant une TA non équilibrée au cabinet, donc pour le suivi et l'équilibre thérapeutique.

29 % des médecins utilisent l'AMT chez les patients présentant de multiples FRCVR sans HTA connue.

27 % des médecins utilisent l'AMT pour simple surveillance chez des patients traités pour HTA et à priori équilibrés.

L'étude MEGAMET retrouvait que seulement 53 % des médecins l'utilisaient pour le diagnostic d'une HTA, ce qui est nettement inférieure aux chiffres retrouvés avec l'étude EPATEMed.

L'étude MEGAMET 2 retrouvait que seulement 9 % des médecins utilisaient l'AMT à la fois pour l'aide au diagnostic et l'aide au suivi.

Dans notre enquête, en combinant le nombre de médecins ayant répondu

- « TA élevée au cabinet chez un patient non diagnostiqué hypertendu »,
- « Persistance d'une TA non équilibrée au cabinet chez un patient traité »,
- « dépistage d'une HTA devant la présence de plusieurs FRCVR autres » Et
- « Suivi au domicile d'une HTA traitée à priori équilibrée »,

nous retrouvons que seulement **11 praticiens (7%) réalisent l'AMT dans ses principales indications.**

Aurélié AHERFI, dans sa thèse de 2017, a identifié que 86 % des médecins utilisaient l'AMT pour le dépistage de l'effet blouse blanche ou le diagnostic de l'HTA. Ceci correspond aux chiffres retrouvés dans notre étude. 59 % des médecins utilisaient l'AMT pour le suivi.

Les résultats obtenus dans la thèse de SASPORTES correspondent également aux nôtres : 89% des médecins utilisent l'AMT à visée diagnostique.

b. Intérêts de l'AMT

L'ESC et l'ESH ont validé toutes les propositions de réponses à cette question. En effet il a bien été décrit dans la littérature les différents intérêts que pouvait représenter l'AMT.

Les recommandations de l'ESC préconisent la réalisation d'une AMT dans ces multiples situations (15):

- suspicion d'hypertension « blouse blanche »
- suspicion d'hypertension masquée : pression artérielle normale élevée au cabinet ou présence d'une atteinte d'organe asymptomatique
- risque cardiovasculaire élevé
- variation importante de la pression artérielle pendant une consultation ou entre plusieurs consultations
- suspicion d'épisodes d'hypotension
- pression artérielle élevée chez la femme enceinte
- identification des hypertensions résistantes vraies
- suivi d'une HTA

Dans notre étude, 92 % des médecins précisent que l'un des principaux intérêts de l'AMT est le dépistage de l'effet blouse blanche. Pour 68 % des médecins, l'AMT permet surtout de connaître les chiffres tensionnels au domicile. Evaluer l'efficacité des traitements représente un des intérêts principaux pour 67 % des médecins. L'AMT permet de meilleures conditions de mesures pour 54 % des médecins, et permet de sensibiliser le patient pour 42 % des médecins. Le dépistage de l'hypotension artérielle représente un des principaux intérêts pour 31 % de médecins.

Deux médecins pensent qu'il n'y a pas d'intérêt à l'utilisation de l'AMT en général.

Il apparaît que les **médecins généralistes ont bien conscience de l'intérêt de l'AMT dans le dépistage de l'HTA blouse blanche.**

c. Eléments peu pris en compte dans notre étude

HTA masquée

Il est surprenant de constater que 67 % des médecins pensent qu'un des intérêts principaux de l'AMT est de surveiller l'efficacité des traitements mais que, en pratique, seulement 27 % des médecins utilisent l'AMT pour simple surveillance chez des patients traités pour HTA et à priori équilibrés.

Il existe une importante **variabilité de la TA**, et il est donc possible que certains patients présentent une **HTA masquée** ou une tension qui apparaîtrait contrôlée lors de la surveillance en mesure conventionnelle lors des renouvellements d'ordonnance alors qu'elle est en réalité non contrôlée au domicile. Cette notion apparaît aussi à travers la faible proportion de médecins (29 %) qui utilisent l'AMT chez les patients présentant de multiples FRCVR sans HTA connue et qui ont donc potentiellement une HTA masquée.

Il aurait été intéressant de savoir si les médecins interrogés connaissaient cette notion d'HTA masquée. L'étude de DEBILLY révélait que le concept **d'HTA masquée était connu par 55% des médecins seulement.**

BOBRIE a réalisé une étude portant sur l'HTA masquée et publiée en 2006. L'objectif de l'enquête épidémiologique OI'Mesures était d'étudier la prévalence de l'HTA masquée, au sein d'un grand échantillon de patients (plus de 2000 patients) : **la prévalence retrouvée était de 10 à 17 %, comparable à celle retrouvée dans d'autres études** (18).

Lorsque l'on se réfère à un patient recevant un traitement antihypertenseur, le diagnostic d'hypertension est par définition connu, par conséquent le terme **d'hypertension non contrôlée masquée** est préférable et implique qu'un traitement supplémentaire est nécessaire pour un contrôle optimal de la PA.

Une étude américaine, publiée en 2015 a montré que l'hypertension masquée et l'hypertension masquée non contrôlée étaient associées à **une augmentation du risque cardiovasculaire**, comparable avec celle observée chez les patients présentant une HTA, d'où l'importance de la surveillance de la TA au domicile (16).

Par ailleurs, l'hypertension non contrôlée masquée peut aussi être liée à une **non-observance du médicament** par le patient, sauf juste avant de visiter le cabinet du médecin. Si tel est le cas, l'AMT peut éventuellement avoir un impact favorable en obligeant le patient à prendre son traitement convenablement.

Il se peut aussi que l'AMT ne change rien quant au dépistage de l'HTA masquée, les mesures pouvant être faites après la « reprise » du traitement, ou le patient pouvant tricher sur la retranscription des résultats.

Elle peut également être liée au moment de la prise de la TA au cabinet, car coïnciderait avec un **pic médicamenteux**, alors qu'une concentration minimale, plus tard dans la journée et/ou la nuit peut être associée à des valeurs de PA élevées (phénomène particulièrement évident lorsque les doses insuffisantes sont prescrites). La forte prévalence de l'hypertension non contrôlée masquée chez les sujets traités suggère donc que de nombreux médecins prescrivent un traitement antihypertenseur « sous-optimal » ; cela peut être dû en partie à l'inertie thérapeutique du médecin, à l'absence de choix d'antihypertenseurs à longue durée d'action et aussi à la confusion quant aux **objectifs thérapeutiques optimaux** chez les patients présentant un risque cardio-métabolique élevé.

Des facteurs prédictifs d'une différence de TA entre celle prise au domicile et celle prise au cabinet ont été retrouvés. L'hypertension masquée est associée au sexe masculin, à un IMC (Indice de Masse Corporelle) élevé, à un tabagisme, et est plus élevée chez les patients diabétiques mais aussi de jeune âge, avec une consommation d'alcool, la pratique d'une activité physique, une anxiété importante, une activité professionnelle stressante, une insuffisance rénale chronique, une histoire familiale d'HTA (16). La prévalence est également plus importante quand la TA au cabinet médical est dans la catégorie normale haute (15).

Le sexe féminin est le seul facteur prédictif significatif de l'HTA blouse blanche (16).

A noter cependant, qu'une étude chinoise a comparé l'utilisation de l'AMT à la MAPA en ce qui concerne le diagnostic de l'HTA masquée. Celle-ci a révélé que 25 % des HTA masquée n'ont pas été diagnostiquées par l'AMT (50).

Ceci est due à **l'absence de prise tensionnelle nocturne** avec l'AMT.

L'instauration d'un traitement antihypertenseur basé uniquement sur des mesures de la TA au cabinet peut avoir comme effet de « convertir » de nombreux patients souffrant d'hypertension « classique » en hypertension non contrôlée masquée, plutôt que d'atteindre l'objectif thérapeutique souhaité.

Sensibilisation des patients à leur pathologie

Il est intéressant de voir que finalement les médecins utilisent certes davantage l'AMT mais pas encore dans toutes les circonstances possibles. Certains intérêts semblent moins évidents pour les médecins généralistes comme augmenter le **nombre de mesures** ou **sensibiliser davantage le patient sur sa pathologie**.

L'OMS a défini une liste de soixante maladies chroniques où **l'efficacité du traitement est déterminée par le degré de formation thérapeutique du malade**, et l'hypertension artérielle en fait partie (51).

L'ESC et la ESH soulignent que l'automesure a un impact favorable sur l'observance thérapeutique du patient.

Ainsi, l'étude FIRST (Factors Influencing Results), en 2018, a été réalisée grâce à la participation de 348 médecins généralistes et spécialistes en suisse sur 1268 patients.

Elle a comparé la sensibilisation des patients et l'atteinte des objectifs tensionnels entre un groupe ayant un suivi tensionnel au domicile par AMT et un groupe sans suivi tensionnel au domicile. La proportion de patients au courant de leurs objectifs de TA (81% vs 70% ; p <0,001) et le pourcentage de patients atteignant leur objectif de PA (64% vs 57% ; p = 0,028) étaient plus élevés chez les patients pratiquant l'AMT. **L'implication directe des patients semble donc améliorer le contrôle de la TA (22).**

L'implication du patient dans sa pathologie est une condition importante dans la réussite du projet de soins, surtout dans le cadre de l'hypertension artérielle, qui reste **asymptomatique** pendant longtemps. Elle est de plus en plus recherchée par les professionnels de santé et ne peut se réduire qu'à une simple observance des traitements. L'implication du patient passe par **un travail en amont d'éducation thérapeutique sur sa pathologie.**

L'objectif de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) est de rendre le malade plus **autonome dans la gestion** de son traitement en **le responsabilisant.**

Depuis 2009, la loi « **Hôpitaux, Patients, Santé, Territoires** » (HPST) a institutionnalisé l'éducation thérapeutique du patient et en a précisé, par décret, les modalités de mise en œuvre dans la prise en charge des maladies chroniques. L'objectif de cette loi est d'assurer des **soins de qualité, accessibles à tous** et en adéquation avec l'ensemble des besoins de santé notamment pour faire face à la **désertification médicale**, pour accroître **le recours aux soins ambulatoires**, améliorer la prise en charge des maladies chroniques, la santé des jeunes et la **coordination entre les professionnels de santé.**

En 2013, l'Académie Nationale de Médecine a montré que le principal obstacle au développement en France de l'ETP vient des difficultés rencontrées par les médecins de premier recours à l'intégrer dans leur pratique, **faute de temps, de formation et surtout d'un financement adapté à la prise en charge des patients chroniques.** C'est encore à l'hôpital qu'on trouve la plupart des structures d'ETP, alors que le besoin le plus important se situe en milieu libéral. Mais, sur le terrain, les freins s'accumulent avec la lourdeur des démarches administratives, la complexité à former une équipe soudée et surtout les problèmes financiers dus, pour les médecins, au principe du paiement à l'acte et, pour les infirmières, à l'absence de prise en charge financière. Or, quelle que soit sa bonne volonté, le médecin généraliste ne peut pas pratiquer seul de vraies séances d'ETP qui demandent de **longs échanges personnalisés** avec le patient.

L'ETP a montré son efficacité dans la prise en charge du diabète. Les diabétiques sont astreints à adopter un nouveau mode de vie avec modification des habitudes alimentaires, pratique d'une activité sportive. Apprendre à contrôler sa glycémie est indispensable et un diabétique pourra mieux vivre avec sa maladie s'il a suivi des cours d'éducation thérapeutique. De nombreuses études montrent ainsi que **l'ETP a permis l'amélioration de la prise en charge du diabète et a fait diminuer le nombre de complications et d'hospitalisations** qui y sont liées.

D. Freins et limites à la réalisation de l'AMT

a. Manque de tensiomètres à la disposition des praticiens

Près de la moitié des médecins de notre étude estime que le frein principal à la réalisation de l'AMT est le manque de tensiomètres à leur disposition.

Il existe cependant plusieurs possibilités :

- Tensiomètre mis à disposition par la CNAM
- Tensiomètre acheté directement par le praticien
- Achat d'un tensiomètre par le patient
- Eventuel prêt par un autre membre de la famille

Tensiomètre mis à disposition par la CNAM :

Comme cité plus haut, la CNAM a mis à disposition de chaque médecin généraliste, en 2013, un appareil à AMT que ce dernier pouvait récupérer via le site amelipro.fr. L'inconvénient est que cette commande est limitée à un seul appareil par praticien.

Dans notre étude, il a été demandé à chaque médecin combien d'appareils leur seraient nécessaire afin d'optimiser leur pratique de l'AMT :

- 40% des médecins souhaiteraient 3 appareils,
- 23% auraient besoin de 2 appareils,
- 13% des médecins souhaiteraient 5 appareils,
- 8% des médecins auraient besoin de 1 appareil,
- 7% des médecins ne souhaitent pas d'appareils,
- 5 % des médecins souhaiteraient 4 appareils,
- 1% des médecins souhaiteraient 10 appareils
- et 1 seul médecin souhaiterait 6 appareils.

La demande de chacun est donc assez variée. Peut-être serait-il souhaitable que la CNAM optimise ce dispositif en **proposant davantage d'appareils par médecin**. Cette solution est validée par 65% des médecins interrogés.

Par ailleurs, il aurait été judicieux de demander aux médecins interrogés s'ils avaient commandé l'appareil mis à leur disposition, afin d'approfondir notre réflexion. Nous avons tenté de savoir auprès de la CNAM le nombre de tensiomètres commandés en Gironde depuis 2013 mais elle n'est pas en mesure de nous communiquer les résultats, des travaux d'évaluation étant encore en cours.

Tensiomètre acheté par le praticien

Certains médecins achètent donc des appareils par leur propre moyen. Cependant, il apparaît, d'après certaines réponses libres au questionnaire, qu'il existe des difficultés de retour : certains patients ne le rendent pas, ou alors l'appareil est cassé. De plus, se pose le problème de fonctionnement :

- y a-t-il un chèque de caution lors du prêt ?
- à qui s'adresser pour la vérification ou restitution du matériel ?

Ces problématiques sont, d'ailleurs, les mêmes lorsque le praticien prête l'appareil mis à disposition par la sécurité sociale.

Achat d'un tensiomètre par le patient

Dans notre étude, 39% des médecins favorisent l'achat d'un appareil par le patient lui-même afin de réaliser une AMT, plutôt qu'un éventuel prêt de tensiomètre.

28% des médecins ont cité la **problématique du coût à la charge du patient**. Les appareils sont disponibles librement en pharmacie et sur des sites internet pour un prix en général supérieur à 50 euros (jusque 120 euros). Se pose la question du choix de l'appareil par le patient.

Il existe en effet une **liste d'appareils validés par l'ANSM** (52,53). Ces appareils sont conformes pour une bonne réalisation de l'automesure tensionnelle. Malheureusement, cette liste n'a pas subi de mises à jour depuis 2012.

Il est très important de ne pas prendre n'importe quel appareil au risque d'avoir des mesures erronées par **manque de fiabilité des appareils**. Le patient doit donc impérativement se faire conseiller lors de l'achat de l'automesure, soit par son médecin, soit par le pharmacien.

Cependant, il a été montré que peu de médecins connaissent l'existence de cette liste d'appareils validés. ROUSSEAU (4), dans sa thèse publiée en 2007, retrouvait que **35% seulement des médecins connaissaient l'existence d'une liste d'appareils homologués**. 34 médecins sur les 511 participants citaient l'AFSSAPS (ancien nom de l'ANSM) comme source de la liste.

Dans notre étude, 15% des médecins ne conseillent pas de type de brassard particulier à leur patient, et par extension, nous pouvons supposer qu'ils ne conseillent pas de modèles particuliers non plus. 73% des médecins conseillent un brassard de type huméral, brassards recommandés en 1^{er} intention.

Il peut être difficile, suivant le milieu social du patient, de lui demander d'investir financièrement dans un appareil, surtout si l'HTA ne se vérifie pas au domicile et que le patient n'aura plus besoin de se contrôler la tension. En effet, certaines personnes n'ont pas les moyens financiers pour investir dans cet outil. (A noter que le milieu social défavorisé n'apparaît pas, dans la littérature, comme étant un facteur de risque d'hypertension artérielle). Dans le cas où une réelle hypertension artérielle est diagnostiquée, alors nous pouvons estimer qu'il serait judicieux que le patient ait effectivement son propre appareil, afin de vérifier régulièrement sa tension artérielle (par exemple, avant chaque renouvellement de médicaments). Un patient hypertendu connu est beaucoup plus facile à convaincre qu'un patient dont l'HTA n'est pas encore diagnostiquée, car il connaît le caractère chronique de sa maladie, et cet investissement lui semble en général raisonnable sur le long terme.

De plus, les tarifs des tensiomètres restent (encore) accessibles. Un patient ayant investi de l'argent dans son propre tensiomètre y prendra sans doute plus soin, il s'en servira sans doute davantage également. Avoir des appareils moins onéreux permettrait d'augmenter la fréquence d'utilisation de l'AMT d'après 26% des médecins de notre étude.

On peut se poser la question du remboursement par la Sécurité Sociale, après prescription médicale, de l'achat d'un tensiomètre pour les patients diagnostiqués hypertendus. De même, pourquoi ne pas prévoir une prise en charge par la sécurité sociale pour la location de tensiomètres chez les patients chez qui une HTA est suspectée ?

D'après notre étude, 35% des médecins y seraient favorables.

Une étude américaine, publiée en 2014, a tenté d'évaluer le rapport coûts/avantages concernant le remboursement de la surveillance de la TA au domicile.

Les résultats suggèrent que le remboursement de la surveillance de la PA à domicile est rentable du point de vue de l'assureur, pour le diagnostic et le traitement de l'hypertension. Les économies nettes estimées liées à l'utilisation de la surveillance de la PA à domicile varient entre 33 et 166 dollars par membre la première année et entre 415 et 1364 dollars à long terme (10 ans). Le retour sur investissement se situe entre 0,85 et 3,75 dollars par dollar investi la première année et entre 7,50 et 19,34 dollars par dollar investi à long terme (54).

Il est regrettable de ne pas avoir de données concernant les économies de santé réalisées en France grâce à ce dispositif mais on peut imaginer que les frais liés au remboursement de ces appareils seraient couverts par les économies réalisées.

Le manque de tensiomètres est le frein principal pour 46.4% des médecins pratiquant régulièrement l'automesure ; elle est également la raison principale pour 43.3% des médecins utilisant l'AMT de façon occasionnelle. Pour les médecins n'utilisant jamais l'AMT, cette raison est évoquée par un seul des cinq médecins.

Le manque de tensiomètre est le principal frein déclaré par les médecins généralistes, à l'utilisation de l'AMT. Le problème majeur semble la prise en charge financière du tensiomètre, que ce soit pour le médecin ou le patient. Par ailleurs il semble exister un manque de conseil concernant le choix du tensiomètre.

b. Crainte des praticiens que l'AMT inquiète inutilement les patients

Dans notre étude, la crainte que l'AMT inquiète inutilement les patients n'est un frein que pour 6.7% des médecins. Celle-ci apparaît en 2ème cause chez les médecins pratiquant l'AMT de façon régulière (7.2% des médecins) et en 5ème cause chez les médecins pratiquant l'AMT de façon occasionnelle (6.7% des médecins). Cette raison n'est pas citée par les médecins n'utilisant jamais l'AMT.

Cependant, lorsque l'on demande aux praticiens quelles sont les limites de l'AMT, 70% des médecins ont répondu « patient anxieux ou stressé ».

Cette différence de résultat peut être expliquée par le fait que la question 12, qui impliquaient les freins de l'AMT, ne donnait la possibilité que d'une seule réponse. La question 15 (sur les limites) était une question à choix multiples.

Une anxiété importante est une contre-indication à l'utilisation de l'AMT, d'après les recommandations de l'ESH/ESC.

Les mesures du premier jour doivent être exclues de l'analyse, car celles-ci peuvent représenter une période de familiarisation et d'anxiété avec la technique, et donnent souvent des mesures qui sont non représentatives (55).

Une étude française, prospective, réalisée en 2009, retrouvait que 20% des patients ont semblé plus anxieux après réalisation d'une automesure tensionnelle. Toutefois, à l'occasion d'un deuxième cycle de mesure, réalisé 3 mois après, la prévalence de l'anxiété s'est réduite de 40%, donc seul 12% ont semblé anxieux. Cela suggère donc que **l'automesure tensionnelle peut être anxiogène chez certains patients, mais cet effet peut s'estomper avec le temps** (56).

David CARRON, dans sa thèse réalisée en 2009, retrouve que près de 35 % des médecins craignent le caractère anxiogène de l'AMT (31).

Adeline GIBELLO LAMBERT, dans sa thèse réalisée en 2012, retrouve que 5% des patients ne pratiquaient pas d'AMT pour cause de stress éventuel occasionné, et c'est la raison de non utilisation de l'AMT la moins évoquée par les patients (les autres raisons étant, dans l'ordre décroissant de fréquence : domaine du médecin et non du patient, pas d'appareils à disposition, pas intéressé par ce dispositif, trop compliqué) (57).

Les patients ayant comme antécédents une anxiété importante doivent donc être exclus de cette méthode de dépistage. On préférera à ce moment-là la réalisation d'une MAPA.

Les autres patients, ayant une « tendance anxieuse », devront bénéficier d'une éducation importante. En effet, **l'utilisation anarchique de l'appareil dès le moindre symptôme peut être également liée à un manque d'éducation thérapeutique.**

c. Difficultés de compréhension de certains patients, manque de confiance dans les résultats fournis et incapacité du patient

La difficulté de compréhension de certains patients est évoquée par 3.8% des médecins. Près de 6% des médecins utilisant l'AMT régulièrement sont inquiets concernant ce problème. Aucun médecin n'utilisant l'AMT de façon occasionnelle ou n'utilisant jamais l'AMT n'ont validé cette réponse-là.

Quelques médecins (n=5) n'ont pas confiance dans les résultats fournis.

Cette notion est également mise en évidence mais de façon plus importante lorsqu'on demande aux médecins les limites, selon eux, à l'utilisation de l'AMT. 76% des médecins pensent que l'incapacité du patient à l'utilisation de l'AMT ou le défaut d'une prise de mesure est une limite importante.

Nous pouvons suggérer encore une fois, l'importance de l'ETP. **Une bonne éducation du patient permettra une bonne compréhension de la méthode de dépistage.** Il est indispensable que le médecin prenne du temps lors de la consultation pour ces explications.

Dans notre étude, il apparaît que 87% des médecins font une éducation systématique et précise des patients concernant la méthode de mesure (position assise > 5 minutes, 3 mesures consécutives matin et soir sur 3 jours, sans consommation de tabac, café, ni repas auparavant), ce qui est bien supérieure aux chiffres retrouvés dans la littérature :

- 66% des médecins disent enseigner systématiquement la méthode de mesure dans la thèse d'ANNE,
- 41% des médecins ne donnent aucun conseil aux patients pour la pratique de l'AMT ou donnent des conseils non conformes aux recommandations, dans l'étude de SICE-LABRUNE
- Seuls 5% des médecins disent toujours enseigner la technique de l'AMT aux patients, 70% disent le faire souvent, dans la thèse de SASPORTES.

Toutefois, comme dit précédemment, cette question induisait un biais de suggestion, ce qui peut expliquer cette différence de résultat.

Il semble également nécessaire que le médecin remette une **fiche explicative au patient** : sur la méthode de mesure, les conditions de réalisation, le nombre de mesures à effectuer, et éventuellement un tableau afin de recopier les résultats.

Cette fiche explicative est fournie normalement avec le tensiomètre remis par la CNAM. Nous pouvons la retrouver également sur le **site automesure.com**.

Les informations présentes sur ce site internet sont élaborées par des médecins hospitaliers avec le service de Santé Publique et d'Informatique Médicale de la Faculté de Médecine Broussais Hôtel-Dieu (SPIM). Destiné aux professionnels de santé et aux patients, ce site « explique les bonnes pratiques de l'automesure, signale les erreurs à ne pas commettre et participe à la formation médicale continue des professionnels de santé : médecins, pharmaciens, infirmiers » (58).

Dans notre étude, **40% seulement des médecins remettent une fiche** explicative aux patients. Près de 50 % des médecins pensent qu'il serait pertinent de remettre une fiche et ne le font a priori pas. Ils ignorent sans doute l'existence de ces fiches, disponibles sur internet, ou n'y pensent pas.

L'étude SHEAF (population de 5211 patients âgée en moyenne de 70 ans, volontaires, sélectionnés par des médecins généralistes) montre que **95% des patients réalisent correctement un protocole d'automesure prédéterminé**.

L'enquête AUTOPROV a été réalisée en 2007 auprès de 4538 patients souffrant d'HTA. Sur l'ensemble de la population analysée, une large majorité des patients (72,5 %) s'estimaient capables de juger eux-mêmes si leur hypertension artérielle était contrôlée ou pas. L'avis de leur médecin généraliste était concordant sur ces points (76,6 % des cas) (59).

Pour plus de compréhension du patient, il faudrait que le médecin remette au patient la fiche explicative, avec marqué dessus, le nom d'un modèle de tensiomètre, afin que le patient ne choisisse pas n'importe lequel. D'après notre étude, 37% des médecins pensent qu'avoir à leur disposition la liste d'appareils validés permettrait d'augmenter la fréquence d'utilisation de l'AMT. Ils ignorent que cette liste est facilement accessible sur le site de l'ANSM.

Par ailleurs, le **stockage des valeurs** dans l'appareil, ainsi que le **calcul automatisé** de la moyenne des TA, permettraient de lutter contre des erreurs de recopiage des TA sur le papier. Cette erreur arrive encore trop fréquemment, en partie liée au fait que les **patients n'arrivent pas à identifier la valeur de la TA systolique et celle de la TA diastolique**. Souvent, les médecins annoncent le résultat de la TA en donnant une valeur à deux chiffres (qui correspond à la TA systolique) puis un chiffre (TA diastolique), en arrondissant. Or, les valeurs des appareils électroniques inscrivent un résultat à trois chiffres pour la TA systolique et deux chiffres pour la TA diastolique. De plus, de nombreux patients ignorent que la mesure de la TA permet d'obtenir deux valeurs (par exemple, une TA à 12/8 annoncée au patient correspond, selon lui à 12,8).

Afin de palier ce risque de mauvaise compréhension, le service de cardiologie de l'hôpital Saint-André - CHU de Bordeaux, a proposé **des ateliers de formation** qui s'inscrivaient dans une démarche d'éducation des patients. L'objectif de ces ateliers était donc de permettre à ces patients une **utilisation fiable** des appareils et **une bonne compréhension** de l'intérêt et des limites de cette automesure. Les patients hypertendus, munis de leur tensiomètre, ont pu rencontrer les professionnels de santé (médecins, infirmières, pharmaciens) et bénéficier de différents conseils. L'unité d'hypertension artérielle (HTA) du CHU de Bordeaux (hôpital Saint André) est la seule de la région et fait partie des 13 centres en France qui ont reçu le label « hypertension Excellence center » décerné par la Société Européenne d'hypertension.

800 patients par an suivent un programme en cardiologie au CHU de Bordeaux.

Enfin, l'automesure tensionnelle n'exclut pas la réalisation de la mesure par **une tierce personne**, soit vivant au domicile du patient, soit par **une infirmière venant au domicile** pour réalisation de l'AMT. En effet, plusieurs communications présentées au congrès de l'ESH confirment que les mesures de pression artérielle effectuées par une infirmière sont comparables à celles réalisées par automesure.

d. Pratique chronophage

Une des problématiques importantes retrouvée dans la littérature est le **temps nécessaire** lors de la mise en place de l'AMT :

- Pour l'éducation du patient concernant l'HTA en général
- Explications concernant la méthode de mesure en AMT
- Remise du matériel selon le procédé habituel du médecin (remise de caution, inscription du nom dans un dossier...)
- Réception du matériel
- Calcul de la moyenne des TA au domicile

L'organisation des AMT est chronophage pour les généralistes qui doivent donc sur le même temps de consultation dépister, expliquer, rassurer, éduquer, négocier... La gestion en parallèle du tensiomètre et de la liste d'attente des patients alourdit encore le travail du généraliste au détriment du temps médical.

Ce frein-là n'apparaît cependant pas vraiment dans notre étude : il est exprimé par seulement 6 médecins (5.8% des médecins n'utilisant pas l'AMT systématiquement), dont 4 médecins utilisant régulièrement l'AMT, 1 médecin utilisant occasionnellement l'AMT et 1 médecin n'utilisant jamais l'AMT.

Dans la thèse de Jérôme MICHENAUD, parmi les médecins ne prêtant pas de tensiomètres, 11% disent manquer de temps pour éduquer le patient à l'AMT. Dans l'étude de David CARRON, 19% des médecins pensent que l'éducation des patients à l'AMT est difficilement réalisable, à cause du manque de temps pour 67% d'entre eux. Dans l'étude de Yohann SASPORTES, 13% des médecins évoquent le manque de temps comme facteur limitant.

Mais comment ce temps peut-il être optimisé ?

Il faudrait avant tout que ce soit **une consultation dédiée** et non une consultation pour plusieurs motifs, afin que la durée de consultation (15 à 20 minutes en moyenne) soit uniquement consacrée à l'éducation du patient. Le nombre d'informations à faire passer au patient étant assez important, il faudrait qu'il se concentre sur cette problématique.

La remise de matériel pourrait se faire éventuellement **par la secrétaire**, en cas de prêt, après l'avoir formée elle-même à la méthode de mesure, ainsi que la réception du matériel. Cependant, il existe de nombreux cabinets n'ayant pas de secrétariat sur place.

En cas d'achat par le patient, cela serait **au pharmacien d'éduquer le patient** concernant la méthode de mesure en fonction du modèle d'appareil vendu. La Loi HPST de 2009 met en avant le rôle du pharmacien car il est au plus proche des patients, notamment en milieu rural où la **désertification médicale** est de plus en plus marquée ; il est placé **au centre du dispositif de santé**. Nous verrons dans les perspectives, comment, en pratique, il peut être d'une aide majeure dans la prise en charge de l'HTA.

Les industriels ont développé des appareils permettant un **stockage des valeurs**. Le **calcul de la moyenne des tensions artérielles** peut se faire maintenant par des **logiciels connectés** au tensiomètre, comme pour un grand nombre de lecteurs de glycémie.

Enfin, nous verrons dans les perspectives qu'une éventuelle **rémunération des médecins généralistes** pourrait permettre de palier à cette limite car le fond du problème semble avant tout être le suivant : une **pratique chronophage ET non rémunérée**.

e. Mesures uniquement diurnes

Effectivement, cette notion apparaît clairement dans la littérature comme limite importante. Dans notre étude, ce sont 30% des médecins (N=46) qui le citent comme limite de l'AMT.

C'est une des raisons pour laquelle la MAPA sera préférée au lieu de l'AMT devant une **suspicion d'HTA nocturne**. Comme citée précédemment, une étude chinoise a comparé l'utilisation de l'AMT à la MAPA en ce qui concerne le diagnostic de l'HTA masqué. Celle-ci a révélé que 25 % des HTA masquée découvertes par la MAPA, n'ont pas été diagnostiquées par l'AMT (50).

Ceci peut en partie être expliqué par le fait qu'il existe des HTA à prédominance nocturne, qui ne peuvent être décelées avec une simple AMT.

f. Autres freins et limites pour le patient évoqués, peu significatifs dans notre étude

Les autres réponses concernant les freins à l'utilisation de l'AMT étaient les suivantes : pas d'intérêt (N=3), pas précisément informé(e) sur cette recommandation (N=6), problème de coopération des patients (N=2), méthode peu fiable (N=2).

Les médecins ayant répondu « pas d'intérêt » ne sont probablement pas clairement informés des dernières recommandations ou doutent de la fiabilité de l'AMT. Ce qui paraît surprenant, c'est que deux des médecins ayant répondu « pas d'intérêt » réalisent l'AMT de façon régulière.

6 médecins déclarent ne pas être précisément informés sur cette recommandation. Nous pouvons constater une fois de plus l'importance de la Formation Médicale Continue. Il serait peut-être nécessaire de renouveler l'information des médecins, de les resensibiliser en leur envoyant un nouveau livret-guide, similaire à celui envoyé lors de la campagne d'information de 2012. De même, avoir plus d'études prouvant l'intérêt d'une AMT avant la mise en place d'un traitement, permettrait d'améliorer la fréquence d'utilisation de l'AMT d'après 23% des médecins de notre étude. Or il existe déjà de nombreuses études sur le sujet, avec niveau de preuve élevé, et le bénéfice de l'AMT n'est plus à démontrer.

Le **manque de fiabilité des appareils** apparaît comme une limite à la réalisation de l'AMT pour seulement 2 médecins (1.3% des médecins).

Il existe une différence significative en fonction de la fréquence d'utilisation de l'AMT : 20% des médecins n'utilisant jamais l'AMT ont tendance à se méfier du manque de fiabilité de cette technique, contre 1,4% des médecins utilisant l'AMT régulièrement et 0% occasionnellement (p=0.01).

Tzu-Jen TSOU-GAILLET, dans sa thèse de 2009, retrouvait que 17% des médecins considéraient comme limite le manque de fiabilité des appareils.

Les résultats de David CARRON confirment les nôtres : 1.5 % des médecins seulement ont un doute sur la fiabilité des appareils, ainsi que ceux de Gaétane ANNE (2% des médecins). Même si la liste de l'ANSM n'a pas été renouvelée depuis 2012, les appareils figurant sur cette liste ont tous été validés après soumission à des protocoles spécifiques. Nous pouvons cependant nous poser la question de la durée de fiabilité des appareils.

Enfin, 17,4% des médecins pratiquant l'AMT régulièrement ne se sont pas prononcés concernant cette question, liés à des difficultés de compréhension : ils considéraient que pratiquer régulièrement l'AMT signifiait qu'aucun frein ne les limitait. La question qui leur était posée suggérait les freins à la pratique systématique de l'AMT.

4) Perspectives

A. Amélioration de la formation médicale initiale et continue des médecins généralistes

En effet, nous avons pu constater que beaucoup de médecins sont informés des recommandations de 2013 mais certains encore les ignorent et donc ne pratiquent pas l'automesure tensionnelle. La formation doit surtout rappeler dans quelles circonstances l'AMT doit être réalisée. Nous avons vu que peu de médecins la réalisent dans toutes ses indications, notamment pour le dépistage de l'HTA masquée. Celle-ci est encore peu connue des médecins alors qu'elle est associée à une augmentation du risque cardiovasculaire, comparable avec celle observée chez les patients présentant une HTA. L'AMT devrait être aussi présente dans les esprits que la surveillance du diabète.

a. La Formation Médicale Continue (FMC) en général

Celle-ci fait l'objet d'une obligation légale sous l'appellation du **Développement Professionnel Continu** (DPC). Mais dans une démarche de soins de qualité, le besoin de formation est ressenti par les médecins plutôt comme une nécessité qu'une obligation imposée par la loi.

L'étude française VALNORM, publiée également en 2006 dans le American Journal of hypertension, a montré **qu'une formation spécifique** des médecins généralistes sur le traitement de l'hypertension a **un effet bénéfique à court terme** mais qui disparaît à un an, à la fois sur leurs modalités de prise en charge et sur le contrôle tensionnel des patients. Ainsi à long terme, en l'absence de rappel, le bénéfice de la formation s'estompe. Ce constat réaffirme la nécessité de développer des **programmes réguliers et récurrents** de formation continue sur la prise en charge de l'HTA (60).

Les Groupes d'Analyse de Pratique entre Pairs (GAPP), qui se basent sur un modèle d'inter-formation théorique, apparaissent en augmentation en France et sont appréciés par les médecins participants. Il s'agit d'un petit groupe de professionnels qui se réunissent régulièrement pour analyser des situations cliniques rencontrées dans leur pratique. À partir des problèmes soulevés ou de questions identifiées, les données de la littérature scientifique et professionnelle sont prises en compte. « Une posture réflexive est alors adoptée, permettant d'établir une liaison entre savoirs et actions afin d'intégrer les savoirs dans la pratique professionnelle. La « pratique réflexive » amène le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive tout en créant des liens avec les connaissances (scientifiques ou autres) pour analyser l'action pendant qu'elle se déroule ou après qu'elle s'est déroulée. » (61). **Favoriser des GAPP, traitant de sujets autour de l'hypertension artérielle permettrait de renforcer les connaissances des médecins, leur rappeler l'importance de l'AMT.**

Les groupes Balint, développés en France depuis quelques années, ont de plus en plus de succès. Il s'agit de groupe de 8 à 12 personnes qui se retrouvent régulièrement pour réfléchir autour de la présentation d'un cas clinique dans lequel la relation soignant-soigné pose un problème et questionne. L'Université de Bordeaux propose aux étudiants intéressés, lors de la Formation Médicale Initiale, une initiation à ce type de pratique, et éventuellement à une participation à une vraie séance.

La presse médicale est également un support pour permettre la formation des médecins. Cette presse médicale est d'autant plus accessible avec le développement de sites internet dédiés aux professionnels de santé.

Concernant la **formation à distance**, le site **automesure.com**, que l'on a déjà évoqué, permet un accès simple et rapide aux récentes recommandations, aux dernières études réalisées sur le sujet, ainsi qu'un accès à « la fiche patient », que nous pouvons imprimer pour lui remettre.

Concernant la formation présentielle, l'UMFCS (Unité Mixte de Formation Continue en Santé) de l'Université de Bordeaux propose des formations dans le cadre entre autres de la FMC. Une des pistes serait de développer cette « formation présentielle » au sein des groupes de pratique, faite de jeux de rôle et de mises en situation, et permettant ainsi un échange de pratique entre soignants.

Une des pistes éventuelles qui pourraient participer à améliorer la formation des médecins seraient d'utiliser les outils modernes à disposition afin d'améliorer la pédagogie, le « **e-learning** ». Il s'agirait d'héberger sur un site dédié internet des vidéos courtes et didactiques sur des thématiques précises et cela adaptées à la pratique de la médecine générale. En effet, les formations présentielles et les groupes de pairs sont précieux, mais d'une part trop dépendants de la qualité et de la disponibilité des participants et d'autre part non reproductibles et accessibles (notamment aux médecins installés en milieu rural). En s'inspirant de la réussite du site « antibioclic » qui est connu et utilisé quasi quotidiennement par la majorité des médecins remplaçant de France, nous pouvons imaginer que l'utilisation de ces vidéos courtes et par la suite le partage de cette source d'information entre pairs pourrait faire « effet boule de neige » et ainsi participer à la formation d'un très grand nombre de praticiens.

b. La formation à l'ETP

Une amélioration doit également être faite sur la formation à l'ETP, qui prend une place de plus en plus importante dans l'activité de médecine générale. Celle-ci est réalisée en FMI mais difficilement appliquée en pratique courante. Une formation correcte permettrait de les guider dans leurs discours, et pourrait conduire à l'amélioration de l'état de santé de leurs patientèles.

L'ETP fait partie des priorités de la nouvelle stratégie nationale de santé, identifiée comme un outil majeur de réussite de la prise en charge globale avec une participation entière et éclairée des patients, acteurs de leur santé. Principalement réalisée en milieu hospitalier, **l'ETP doit être développée en ambulatoire**, là où sont les besoins les plus importants. Idéalement, l'ETP doit s'exercer dans des équipes pluridisciplinaires pilotées par un médecin agréé par l'ARS, responsable des programmes. Le médecin traitant pourra, sur la base d'une formation spécifique à l'ETP (initiale et/ou continue), assurer la coordination des actions de chaque intervenant. Force est de constater que l'ETP est encore réservée en France, à un trop petit nombre de patients et que les moyens restent insuffisants, à tous les niveaux, pour faciliter son développement. Malgré de nombreux travaux et rapports sur le sujet, l'ETP reste trop souvent théorique, mal connue des patients, qui ne font pas la différence avec l'éducation à la santé, et peu intégrée dans la pratique médicale en ville.

Dans le cadre de la FMC, une formation à l'ETP est organisée dont la durée minimale requise est de 40 heures.

Selon un rapport de l'INPES de 2009 (62), il apparaîtrait que **les médecins généralistes soient demandeurs à se former et à pratiquer l'ETP.**

Le Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux propose d'ailleurs un module prévention où l'ETP serait abordée. Il était aussi question d'instaurer un système permettant aux étudiants de valider leur 40h de formation en ETP en réalisant des mini stages au sein de programmes d'ETP en ambulatoire ou en hospitalier.

De plus, une revalorisation de l'éducation à la santé (et ici de l'ETP) pourrait aussi être discutée, en revoyant le **paiement à l'acte** ou en adoptant une **nomenclature de cotation spécifique à la pratique de l'ETP**. Il s'agit en effet d'activités, bien que nécessaires, très chronophages. Une autre solution, mais qui est déjà initiée, serait de sensibiliser les futures générations de praticiens à s'inspirer du modèle anglo-saxon, où le médecin n'est plus seulement celui qui sait et où le patient deviendrait alors plus autonome et décisionnaire de sa santé. Cette relation est la base de l'ETP. Enfin, dans cette optique de promotion à l'ETP, en plus d'une formation délivrée à l'université, il pourrait être intéressant d'obtenir un guide rédigé par la HAS pratique et consensuel plus adapté à la pratique de la médecine générale en ville afin d'aider les praticiens au quotidien dans sa mise en pratique.

B. Prise en charge financière

Celle-ci pourrait se faire à plusieurs niveaux :

Création d'une **consultation dédiée** à l'AMT, avec une **cotation spéciale** qui comprendrait l'éducation du patient, au même titre que celle existant déjà pour la réalisation du frottis cervico-vaginal ou d'un ECG. Cela permettrait de compenser la pratique chronophage de l'AMT, dont se plaignent les médecins généralistes.

Il serait judicieux que la CNAM mette davantage de tensiomètres à disposition des médecins généralistes (au minimum 3 tensiomètres par médecin).

Par ailleurs, la pratique de l'automesure pourrait être pris en compte dans **les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP)**. Mise en place au 1er janvier 2012, elle consiste à accorder une rémunération supplémentaire aux médecins acceptant de faire évoluer leurs pratiques sur certains critères aussi bien médicaux qu'économiques : on parle de paiement à la performance. Après 5 années de mise en œuvre de la ROSP, l'amélioration des pratiques des médecins libéraux a confirmé l'intérêt de ce dispositif en tant que levier de changement. Au total, 29 indicateurs de pratique clinique sont inscrits dans la convention de 2016 (contre 24 dans celle de 2011) dont 4 déclaratifs. Concernant l'HTA, il existe déjà un indicateur pour le dépistage de maladie rénale chronique. « Celui-ci est en progression depuis décembre 2016, avec près de 180 000 patients mieux suivis (+2,0 points). La création de cet indicateur a visiblement accéléré les pratiques cliniques (+2,0 points cette année vs +0,7 point l'année précédente) » (63).

Enfin, il pourrait être mis en place un **remboursement, sur prescription médicale, des tensiomètres**. Nous pourrions imaginer qu'une location, sur prescription médicale, pourrait être pris en charge devant une suspicion d'HTA, et donc à but diagnostique. Si le diagnostic d'HTA se confirmait au domicile, alors le patient pourrait acheter un tensiomètre, encore sur prescription médicale et remboursé par la Sécurité Sociale.

Lors de la 37^{em} journée de l'HTA, de nouvelles propositions de la Société Française d'Hypertension Artérielle ont été mises en avant, afin d'améliorer le diagnostic et le traitement de l'HTA, ainsi que l'accès aux soins en tenant compte davantage des mauvaises conditions socio-économiques. La SFHTA plaide ainsi pour un remboursement tous les cinq ans, et sur prescription médicale, d'un appareil d'AMT pour les patients. Elle propose également de prendre en compte l'AMT dans les ROSP, ainsi qu'un remboursement de la MAPA (64).

C. Vers une prise en charge multi professionnelle

a. Aide des pharmaciens

La Loi HPST de 2009 met en avant le rôle du pharmacien car il est au plus proche des patients, notamment en milieu rural où la désertification médicale est de plus en plus marquée ; il est placé au centre du dispositif de santé. Il peut donc être d'une aide majeure dans la prise en charge de l'HTA.

Laure PACI a réalisé une thèse sur le sujet en 2012 (65). Le pôle de santé Paris 13 a initié un nouveau concept : mettre en place un dispositif dans lequel les tensiomètres seraient fournis par le Pôle aux pharmacies du quartier, les AMT seraient prescrites par les médecins généralistes, et les pharmaciens se chargeraient de l'éducation des patients, de la gestion des appareils et de l'envoi des données aux médecins. Le pharmacien était rétribué de 10 euros par le pôle de santé (qui bénéficie d'un financement annuel de l'ARS dans le cadre du programme « Expérimentation de nouveaux modes de rémunération pour les professionnels libéraux (ENMR). L'objectif était d'étudier au niveau des pharmaciens la faisabilité et l'acceptabilité du dispositif. Le protocole AMT fonctionne très bien dans son ensemble selon les pharmaciens, il est simple à utiliser et satisfait les pharmaciens et les patients ; ce protocole leur a permis d'améliorer leur façon de contribuer à la prise en charge l'HTA.

Cette participation du pharmacien permettrait de lever plusieurs freins et limites :

- l'anxiété des patients pourrait être limitée par la réassurance du pharmacien
- pas de risque de mesures obsessionnelles puisque l'appareil est rendu au pharmacien au terme des trois jours d'automesure
- le protocole est bien expliqué avec une fiche remise au patient afin de limiter les problèmes de compréhension
- la fiabilité des résultats peut être vérifiée par le pharmacien lors de la remise de l'appareil
- le tensiomètre prêté ferait bien évidemment parti de la liste officielle de l'ANSM, donc à priori fiable
- cette pratique chronophage pour les médecins ne le serait plus pour eux.

Dans sa thèse, L. PACI décrit l'étude « Automesure tensionnelle : pratique des patients, rôles des professionnels », qui interroge des médecins et des pharmaciens ainsi que des hypertendus par questionnaires. 61,8 % des médecins interrogés estiment que le conseil du choix du tensiomètre fait partie du rôle du médecin mais également du pharmacien. Pour l'apprentissage du geste d'AMT, 69 % des médecins généralistes considèrent que c'est aussi le rôle du pharmacien. Parmi les pharmaciens, 98 % se disent prêts à assurer ce rôle d'apprentissage du geste et 88% estiment que leur rôle est d'assurer l'évaluation des mesures des patients et de les diriger, si nécessaire, vers une consultation médicale. Parmi les patients vus en officine, la majorité souhaite que les pharmaciens les conseillent sur le choix du tensiomètre et leur expliquent le geste d'AMT.

Toutefois, une implication directe des pharmaciens dans la prise en charge de l'AMT ne résout pas le problème du nombre de tensiomètres mis à disposition des patients, à moins qu'ils soient prêts à les financer eux-mêmes.

Par ailleurs, les pharmaciens semblent dans cette étude de Laure PACI satisfaits de leur implication dans la prise en charge des patients hypertendus ou à suspicion d'hypertension. Mais peut être qu'à plus long terme, cette pratique chronophage pour les médecins le deviendrait également pour les pharmaciens, et ce problème serait juste déplacé au lieu d'être résolu.

Enfin, nous pouvons mentionner l'ambivalence de certains médecins, qui expriment des réticences à l'utilisation de l'AMT, mais qui pour autant, ne sont pas prêts à déléguer cette tâche à d'autres professionnels de santé.

b. Création de Réseaux : exemple du réseau HTA-GWAD

Le réseau hypertension artérielle HTA-GWAD (comme " Guadeloupe " en créole), premier réseau de soins sur l'HTA créé en France, est opérationnel depuis 2002.

« Son objectif : contribuer à l'amélioration de la prise en charge de l'hypertension artérielle en assurant :

- la continuité des soins et prise en charge de proximité ;
- un programme d'éducation à la santé, un programme d'éducation thérapeutique, ainsi qu'un programme d'éducation à l'automesure
- la coordination ville-hôpital entre professionnels de santé, à travers les programmes d'éducation suscités, parfois débutés en milieu hospitalier et poursuivis en ville, ainsi qu'avec le dossier médical partagé informatisé (DMPI)
- l'élaboration de référentiels communs visant l'amélioration des pratiques professionnelles, en se basant sur les référentiels élaborés par les sociétés savantes (Sociétés française et européenne d'hypertension artérielle, Haute Autorité de santé), avec " traduction " et travail de synthèse de ces recommandations transmises ensuite aux professionnels de santé ;
- le développement et la communication des informations par le biais d'un DMPI (le premier à notre connaissance), la lettre d'information du réseau : la revue HTA-GWAD-Info, et le site : <http://htagwad.com> » (66).

Ce réseau est constitué de médecins ainsi que de représentants désignés des établissements et organismes impliqués dans la prise en charge de l'hypertension (CHU, collège de cardiologie et de diabétologie, Union Régionale des Médecins Libéraux, Ordre des Médecins...). Ils ont mis au point des **Programmes d'Education à l'Automesure (PEA)** et **Programme d'Education Thérapeutique (PET)**. Dans ces deux programmes, les pharmaciens tenaient une place importante.

Une étude, publiée en 2015, a tenté d'évaluer à distance (entre six mois et un an) l'efficacité du programme d'éducation à la pression artérielle sur les connaissances théoriques et pratiques de 120 patients, ainsi que leur comportement vis-à-vis de l'hypertension (67). Lors d'un entretien, leurs connaissances ont été évaluées à l'aide d'un questionnaire. L'acquisition de la technique, la lecture et la transcription des chiffres, l'achat d'un tensiomètre ont également été évalués. Le score moyen au questionnaire était de 5,7 / 13 avant la session de formation, 9,5 / 13, 1 semaine après la session de formation. Cette amélioration a persisté au fil du temps avec des réponses correctes de 8,9 / 13 de 6 mois à 1 an plus tard.

Exactement 73,3% (n = 88/120) avaient un dispositif d'automesure. Parmi eux, 44,3% (n = 39/88) ont pratiqué une AMT avant les consultations médicales et 10% l'ont systématiquement fait avant chaque consultation médicale. Un nombre de 84,2% (n = 101/120) maîtrisait la technique et 76,7% (n = 92/120) des patients savaient transcrire des chiffres. Les chiffres de lecture et de compréhension ont été acquis par 61,7% (n = 74/120) des patients. Un niveau d'éducation élevé était corrélé à un niveau élevé de pratique. Le PEA semble donc être un programme d'éducation solide, et durable dans le temps.

Ce type de réseau pourrait donc constituer une aide précieuse dans la prise en charge de l'HTA dans le reste de la France. Cependant, la création de ce type de réseaux constitue un apport financier important.

c. Aide des infirmiers

Pour reprendre l'exemple du réseau HTA-GWAD, des séances d'information interactives sont organisées par des infirmières membres du réseau, depuis 2007. Les infirmières sont formées en éducation thérapeutique et rémunérées par le réseau dans le cadre des prestations dérogatoires. Les séances d'éducation sont réalisées par des établissements de santé mais aussi par des infirmières à domicile, ou dans les dispensaires. En prenant en charge l'éducation des patients hypertendus et atteints de maladie chronique, les infirmières améliorent leur savoir-faire dans ce domaine, grâce à des formations en éducation thérapeutique.

Le médecin généraliste pourrait donc mettre en relation ses patients avec des infirmières spécialisées, qui se chargeraient de réaliser l'éducation des patients sur l'AMT.

Il existe également le **dispositif Action de Santé Libérale En Equipe** (ASALEE), créé en 2004, pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville à travers un protocole de coopération. Il permet des délégations d'actes de dépistage et de suivi des médecins généralistes vers des infirmières formées à l'éducation thérapeutique (ETP), lors de consultations réalisées au cabinet. Il existe d'ailleurs déjà un protocole de coopération pour l'automesure tensionnelle.

d. Assistants médicaux

Le nouveau Plan Santé d'Agnès BUZYN, actuelle Ministre de la Santé, prévoit la création d'assistants médicaux, dès 2019, pour soulager les médecins, « accompagner et décharger les médecins d'actes médicaux simples ». Les fonctions attribuées à ces assistants sont encore floues, mais devraient se partager entre la gestion de certains actes administratifs et quelques actes médicaux. Ainsi, on peut évoquer la possibilité qu'ils s'occupent également de la mise en place de l'AMT chez les patients, avec éducation du patient.

e. Travail simultané des cardiologues

Parmi les patients réalisant une AMT, les médecins spécialistes seraient initiateurs de cet AMT dans 6% des cas, dont 52% seraient des cardiologues (57).

Il y a très peu d'études portant sur la pratique de l'AMT par les cardiologues, que ce soit pour le diagnostic de l'HTA ou pour le suivi.

D. Télémédecine et Santé numérique

Des tensiomètres automatisés avec transmission des données à distance sont maintenant disponibles sur le marché depuis environ cinq ans.

Ces nouvelles techniques de transmission automatisée ont été développées afin de pallier à l'adhésion insuffisante des patients, le non-respect du protocole, ou aux erreurs dans le stockage des données. Etant donné que les services de télémédecine dans ce domaine ne sont pas remboursés, la télésurveillance a été rarement appliquée en routine.

Docteurs Postel-Vinay et Bobrie ont publié un article très récemment dans le Journal of Hypertension. Selon eux, de nombreuses études montrent que l'automesure avec télétransmission améliore significativement le niveau tensionnel de consultation (de 4,71/2,45 mmHg) mais aussi en mesure ambulatoire (3,48/1,43 mmHg) avec un plus grand nombre de patients équilibrés (+ 16 %). « Ceci peut être probablement expliqué par le positif impact du retour d'information télétransmis sur l'observance du patient et ses effets sur l'inertie des médecins ». Ces résultats laissent donc suggérer un effet bénéfique direct de la télétransmission.

D'après eux, alors qu'une revue a identifié en 2015 près de 850 applications pour smartphone, seules deux applications de surveillance des TA sont conformes aux lignes directrices de l'ESH (68) : le logiciel Hy-Result (créé par eux-mêmes) et la plateforme ESH CARE ; les autres applications n'ayant aucune réglementation médicale.

Le but de Hy-result est d'aider les patients à adhérer au protocole de mesure et à l'auto-interprétation des résultats, ainsi qu'à faciliter le partage des résultats avec le médecin.

ESH CARE est une application pour smartphone, associée à une plateforme en ligne. Elle permet à l'utilisateur de collecter les valeurs des TA mesurées, ainsi que d'avoir des informations sur les traitements en cours, la transmission des résultats sur un site dédié, auquel les médecins peuvent avoir accès.

L'utilisation de ces techniques présente des inconvénients : coûts techniques, charge supplémentaire de travail pour les médecins recevant les données. Surtout, il existe un important risque de dérives en l'absence de réglementation, comme la création d'applications non médicales, qui peuvent diffuser de fausses informations.

VI) CONCLUSION

Notre travail de thèse s'inscrit dans la lignée des différentes enquêtes relatives à l'étude de la pratique de l'Automesure Tensionnelle car l'hypertension artérielle demeure en France un réel enjeu de santé publique et reste insuffisamment dépistée et contrôlée. Les recommandations concernant la prise en charge de l'HTA ont ainsi évolué ces dernières années, en préconisant des mesures ambulatoires de la tension artérielle, à réaliser en complément de la mesure conventionnelle au cabinet. Le but principal est de repérer une hypertension blouse blanche pour éviter d'instaurer des traitements antihypertenseurs inutiles, et de rechercher une hypertension masquée, afin d'éviter l'apparition des complications de l'HTA.

Notre travail a permis de confirmer l'augmentation de la pratique de l'automesure tensionnelle par les médecins généralistes. Trois-quarts des médecins utilisent l'AMT régulièrement ou systématiquement. Très peu de médecins réalisent l'AMT dans toutes ses indications. Le frein principal à la non utilisation systématique de l'AMT est le manque de tensiomètres. Les principales limites signalées par les médecins sont l'incapacité du patient, le risque d'anxiété secondaire, une prise de mesures uniquement diurnes et le coût à la charge du patient. Le dispositif mis en place par la CNAM a favorisé l'amélioration de la pratique chez la moitié des médecins. Mais celle-ci reste insuffisante.

Il se pose ainsi la question de la nécessité du renouveau dans la pratique quotidienne du médecin généraliste concernant la prise en charge des maladies chroniques. Les médecins de ville ont un rôle très important à jouer dans le contrôle de l'hypertension artérielle.

De nouvelles propositions de la Société Française d'Hypertension Artérielle ont été émises récemment : un remboursement des appareils pour les patients sur prescription médicale et intégrer l'AMT dans les ROSP, ce qui pourrait permettre de réaliser encore des progrès dans la pratique de l'automesure et donc améliorer le contrôle de l'HTA en France. De plus, la mise en place d'une réelle collaboration entre les professionnels de santé, un renforcement et une actualisation de la formation des médecins généralistes pourraient permettre une amélioration de la maîtrise de la tension artérielle. Enfin, la formation à l'Education Thérapeutique du Patient doit également être accentuée, le but étant d'aider les généralistes à adopter une meilleure posture éducative.

Ainsi, les médecins de ville seront en capacité de mieux sensibiliser, responsabiliser et autonomiser leur patient vis-à-vis de leur hypertension artérielle, et peut être mieux appréhender le contrôle tensionnel.

Selon Professeur Xavier Girerd, directeur scientifique des études FLAHS et ancien Président de la Société Française d'Hypertension Artérielle,

VII) BIBLIOGRAPHIE

1. Chevrel S. Lancement d'une campagne d'information sur la prise en charge de l'hypertension artérielle dans le cadre du plan AVC [Communiqué de presse]. Janvier 2012.
2. Bobrie G. Hypertension masquée : il ne faut plus ignorer son pronostic péjoratif. HTA-INFO. déc 2004;(16).
3. Maladies cardiovasculaires. Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2016 [cité 25 sept 2018]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/article/les-maladies-cardiovasculaires>
4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. guide méthodologique : comment évaluer à priori un programme de dépistage ? 2004.
5. Comité Français de Lutte contre l'HTA. Etude HTA FLAHS. 2017.
6. Lewandowski C. Recommandations HAS sur la prise en charge de l'HTA de l'adulte : quelles nouveautés ? [Internet]. 2016 [cité 27 sept 2018]. Disponible sur : https://evidal.vidal.fr/actualites/details/20438-recommandations_has_sur_la_prise_en_charge_de_l_hta_de_l_adulte_quelles_nouveautés.html
7. Perrine A, et al. L'Hypertension Artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire ; 2018.
8. Fondation de Recherche sur l'Hypertension artérielle. Hypertendus... Connaissez-vous l'âge de vos artères ? [Internet]. 2018 [cité 27 sept 2018]. Disponible sur : http://www.frhta.org/hypertendus_connaissez_vous_l_age_de_vos_arteres.php
9. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Hypertension artérielle et facteur de risques associés : évolutions des traitements entre 2000 et 2006. 2007 oct.
10. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. 2005.
11. Allen M, Kelly K, Fleming I. Hypertension chez les patients âgés. Can Fam Physician. janv 2013;59(1):22-4.
12. Netgen. Mesure de la pression artérielle au cabinet médical : l'automatisée est-elle plus fiable que la manuelle ? Rev Médicale Suisse. 2011;7:678-9.
13. Mancia et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. juin 2007;25(6):1105-87.
14. Blacher J et al. J. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Recommandations 2013 de la Société française d'hypertension artérielle. Ann Cardiol Angéiologie. juin 2013;62(3):132-8.

15. Mancia et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). juill 2013;31:1281-357.
16. Sheppard J et al. Predictors of the Home-Clinic Blood Pressure Difference: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Hypertens. mai 2016;29(5):614-25.
17. Bobrie G, et al. Hypertension masquée Le piège. Concours Méd. janv 2009 ;131 :48-9.
18. Bobrie G, et al. Prévalence et mécanismes de l'hypertension masquée Enquête OL'MESURES. Arch Mal Coeur Vaiss. juill 2006;99(7/8).
19. Herpin D. et al D. Possession et usage des appareils d'automesure en France en 2004 et 2006. Enquête FLAHS 2006. Arch Mal Coeur Vaiss. aout 2007;100(8):620-4.
20. Vaysse B. et al. Enquête FLAHS 2012 : la pratique de l'automesure tensionnelle en France et son évolution depuis 2010. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie. mars 2013;62:200-3.
21. Postel-Vinay N et al. Automesure tensionnelle : 5 messages à enseigner. Rev Prat Méd Générale. nov 2003;17(632).
22. Spirk D et al. D. Effect of Home Blood Pressure Monitoring on Patient's Awareness and Goal Attainment Under Antihypertensive Therapy: The Factors Influencing Results in Anti-Hypertensive Treatment (FIRST) Study. Kidney Blood Press Res. 2018;43(3):979-86.
23. Amar J, et al. Mesures de la pression artérielle Pour le diagnostic et le suivi du patient hypertendu. Recommandation de la Société française d'hypertension artérielle ;
24. Le Jeune S, et al. S. Place des différentes techniques de mesure de la pression artérielle en 2016. Rev Médecine Interne. 1 avr 2017;38(4):243-9.
25. Caisse Primaire de l'Assurance Maladie Aude. 240 médecins audois adoptent l'automesure tensionnelle [Internet]. 2014 [cité 27 sept 2018]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/BILAN_AUTOMESURE_TENSIONNELLE-1.pdf
26. Staessen J et al. Antihypertensive Treatment Based on Blood Pressure Measurement at Home or in the Physician's Office: A Randomized Controlled Trial. JAMA. 25 févr 2004;291(8):955-64.
27. Rousseau S. Automesure tensionnelle Pratique en soins primaires [Thèse de médecine]. Faculté de médecine de Nancy ; 2007.
28. Honore-Zaher A. Facteurs limitant la pratique de l'automesure tensionnelle à domicile chez les médecins généralistes, une revue de la littérature [Thèse de médecine]. Faculté de médecine de Rouen ; 2015.

29. Michenaud J. Automesure tensionnelle en médecine générale : Enquête d'opinion et de pratique auprès de 300 médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée en 2007 [Thèse de médecine]. Faculté de médecine de Nantes ; 2008.
30. Tsou-Gaillet T. L'utilisation de l'Automesure Tensionnelle par les médecins généralistes en 2009 : les recommandations de l'HAS et de l'ESH ont-elles eu un impact sur la pratique de l'Automesure par rapport à l'enquête de 2004 ? [Thèse de médecine]. Faculté de médecine de Nancy ;
31. Carron D. Analyse des facteurs limitants de la médicalisation de l'Automesure Tensionnelle en médecine générale dans les Bouches-du-Rhône [Thèse de médecine]. Faculté de médecine de Marseille ; 2009.
32. Spire T. Valeur de l'Automesure tensionnelle en médecine générale [Thèse de médecine]. Faculté de médecine de Paris 7 ; 2010.
33. Sice Labrune C, Pratique réelle de l'automesure tensionnelle à Pau et automédication [Thèse de médecine]. Faculté de médecine de Bordeaux ; 2013.
34. Boivin J. Automesure Tensionnelle Implémentation en Médecine Générale Intérêts et limites [Thèse de médecine]. Faculté de médecine de Nancy ; 2013.
35. Debilly H. Evaluation de l'utilisation de l'automesure tensionnelle par les Médecins Généralistes en Aveyron, à six mois de la diffusion d'appareils par l'assurance maladie [Thèse de médecine]. Faculté de médecine de Toulouse ; 2015.
36. Aherfi A. Enquête d'opinion : évaluation des pratiques de l'automesure tensionnelle des médecins généralistes installés en région Rhône-Alpes-Auvergne [Thèse de médecine]. Faculté de médecine de Lyon; 2017.
37. Haute Autorité de Santé. état des lieux niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. 2013.
38. Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale En Région Aquitaine Situation en 2015. 2015.
39. Fenneteau H. L'Enquête : entretien et questionnaire. Dunod ; 2015. 128 p.
40. Guidelines committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 21(6):1011-53.
41. Grandi A et al. Longitudinal Study on Hypertension Control in Primary Care: The Insubria Study. Am J Hypertens. févr 2006;19(2):140-5.
42. Weltermann B et al. Hypertension Management in Primary Care: A Cluster Randomized Trial of a Physician-focused Educational Intervention. Dtsch Arztebl Int. 2016;113(10):167-74.
43. Prestes M, et al. Improving diabetes care at primary care level with a multistrategic approach: results of the DIAPREM programme. Acta Diabetol. sept 2017;54(9):853-61.

44. Dalfó-Pibernat A, et al. Improving ambulatory blood pressure monitoring knowledge in nurses and doctors: impact of a training intervention. *Eur J Cardiovasc Nurs.* juin 2018 ;
45. Denis A. Connaissances des internes de Médecine Générale de l'UFR des Sciences de Santé de Bourgogne concernant l'automesure tensionnelle et son utilisation [Thèse de médecine]. Faculté de médecine de Dijon ; 2017.
46. Lawrence S, et al. Clinical Inertia. *Ann Intern Med.* nov 2001;135(9).
47. Okonofua E et al. Therapeutic Inertia Is an Impediment to Achieving the Healthy People 2010 Blood Pressure Control Goals. *Hypertension.* mars 2006 ;47(3).
48. Reach G. L'inertie clinique, ou la défaite de l'evidence-based medicine Pourquoi les médecins souvent n'appliquent pas les recommandations ? *Rev Prat.* nov 2017 ;67.
49. Milani R, et al. Hypertension management in the digital era. *Curr Opin Cardiol.* juill 2017 ;32(4):373-80.
50. Zhang L, et al. Strategies for Classifying Patients Based on Office, Home, and Ambulatory Blood Pressure Measurement. *Am Heart Assoc J.* juin 2015 ;65(6) :1258-65.
51. Organisation Mondiale de la Santé. Prévention des maladies chroniques un investissement vital.
52. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Liste des autotensiomètres enregistrés et publiés depuis le 1er janvier 2006. 2006.
53. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Liste des autotensiomètres enregistrés et publiés depuis le 1er janvier 2006. 2006.
54. Arrieta A, et al. Cost-Benefit Analysis of Home Blood Pressure Monitoring in Hypertension Diagnosis and Treatment. *Hypertension.* juill 2014 ;64(4):891-6.
55. Fiessinger JN, et al. L'automesure tensionnelle. *Bulletin Académique National de Médecine ;* 2010 mars p. 663:664.
56. Hautefeuille A, et al. Home blood pressure measurement: source of anxiety? Prospective observational study. *Rev Prat.* 20 déc 2009 ;59(10 Suppl.):3-6.
57. Gibello Lambert A. Comment les hypertendus français mesurent-ils leur pression artérielle ? Faculté de médecine de Nancy ; 2012.
58. automesure.com mesurez votre santé ! [Internet]. [cité 27 sept 2018]. Disponible sur : <http://www.automesure.com/index.html>
59. Postel-Vinay N, et al. Automesure de la pression artérielle : quelle restitution par les patients ? *Enquête Autoprov. Supplément Rev Prat.* octobre 20089 ;59.
60. Asmar R, et al. A specific training on hypertension guidelines improves blood pressure control by more than 10% in hypertensive patients: the VALNORM study. *J Am Soc Hypertens.* 1 juill 2007 ;1(4) :278-85.

61. Haute Autorité de Santé. Développement Professionnel Continu, Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse de pratiques (GAP). 2017.
62. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Baromètre santé médecins généralistes 2009. 2009.
63. Assurance Maladie. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique en 2018. 2018.
64. Tutin C. HTA : de nouvelles propositions de la Société française d'hypertension artérielle. egora. 161.
65. Paci L. Automesures tensionnelles organisées par les pharmaciens sur prescription des médecins généralistes dans un pôle de santé : une étude qualitative [Thèse de médecine]. Faculté de médecine de Paris Descartes ; 2016.
66. Atallah A, et al. Un réseau de soins sur l'hypertension en Guadeloupe. La Santé de l'homme. sept 2009;(403).
67. Atallah A. Évaluation à distance d'un programme d'éducation à l'automesure tensionnelle en Guadeloupe : le PEA. Ann Cardiol Angéiologie. 1 juin 2015;64(3):227-31.
68. Postel-Vinay N, et al. Home blood pressure measurement and digital health: communication technologies create a new context. J Hypertens. nov 2018 ;31(11).

VIII) ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude EPATEMed envoyé par mail à tous les médecins généralistes de Gironde

Chère consœur, cher confrère,

Je suis actuellement médecin généraliste remplaçante et je prépare ma thèse sur la pratique de l'automesure tensionnelle (AMT) en soins primaires, sous la direction de Dr Pascal ROGER, maître de stage à Floirac. L'enquête EPATEMed, étude descriptive quantitative transversale, a pour objectif principal d'estimer la fréquence d'utilisation de l'automesure tensionnelle, à but diagnostic. Les objectifs secondaires sont de déterminer l'intérêt de l'automesure tensionnelle et les freins à sa réalisation. Afin de réaliser ce travail, il est nécessaire qu'un maximum d'entre vous remplisse ce questionnaire, dont les résultats sont anonymes. Ce questionnaire contient une vingtaine de questions, et prend moins de 5 minutes à compléter.

En vous remerciant par avance et vous souhaitant une très bonne année 2018,

Bien confraternellement,

Lucile JENCK

*Obligatoire

Partie 1 : Profil professionnel

1) Quel âge avez-vous ? *

- moins de 35 ans
- entre 35 et 45 ans
- entre 45 et 55 ans
- plus de 55 ans

2) Vous êtes : *

- une femme
- un homme

3) Votre mode d'exercice : *

- ambulatoire stricte
- mixte (hospitalier...)
- Autre :

4) Votre mode d'installation : *

- en cabinet, seul
- en cabinet de groupe
- Autre :

5) Votre type d'activité : *

- généraliste
- Mode d'Exercice Particulier (nutrition, homéopathie...)
- les deux

6) Votre lieu d'exercice : *

- en milieu urbain
- en milieu rural
- en milieu semi rural

Partie 2 : pratique professionnelle

7) Quelle est votre prise en charge devant une TA entre 140-179/90-109, au cours de plusieurs consultations chez un patient asymptomatique, sans facteurs de risque cardiovasculaire ? *

- je contrôle la TA au cabinet à 3 mois
- je demande un avis spécialisé
- je mets en place un traitement anti hypertenseur
- j'évalue la TA au domicile par automesure tensionnelle (AMT)
- je ne me prononce pas

8) Pensez-vous que certains de vos patients soient traités de façon excessive pour l'HTA ? *

- oui
- non

9) Mettez-vous un tensiomètre à disposition de vos patients ? *

- oui
- non

10) Quelle est, selon vous, la méthode la plus fiable pour diagnostiquer l'HTA ? *

- mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24h (MAPA)
- automesure tensionnelle (AMT)
- mesure conventionnelle au cabinet
- je ne me prononce pas

11) Selon vous, l'AMT est-elle recommandée par l'HAS ? *

- oui
- non

12) Utilisez-vous dans votre pratique professionnelle l'AMT avant initiation de traitement anti HTA ? *

- systématiquement (Passez à la question 16).
- régulièrement (Passez à la question 13).
- Occasionnellement (Passez à la question 14).
- jamais (Passez à la question 15).

Si vous n'utilisez que régulièrement l'AMT, pourquoi ? * (Une seule réponse possible, puis passez à la question 16).

- je n'ai pas suffisamment de tensiomètre.
- je n'y pense pas.
- il n'y a pas d'intérêt.
- cette méthode est peu fiable.
- cette méthode inquiète inutilement les patients.
- je n'ai pas confiance aux résultats fournis.
- je ne suis pas précisément informé(e) sur cette recommandation.
- je manque de temps.
- Autre :

Si vous n'utilisez qu'occasionnellement l'AMT, pourquoi ? * (Une seule réponse possible, puis passez à la question 16).

- je n'ai pas suffisamment de tensiomètre.
- je n'y pense pas.
- il n'y a pas d'intérêt.
- cette méthode est peu fiable.
- cette méthode inquiète inutilement les patients.
- je n'ai pas confiance aux résultats fournis.
- je ne suis pas précisément informé(e) sur cette recommandation.
- je manque de temps.
- Autre :

Si vous n'utilisez jamais l'AMT, pourquoi ? * (Une seule réponse possible, puis passez à la question 17).

- je n'ai pas suffisamment de tensiomètre.
- je n'y pense pas.
- il n'y a pas d'intérêt.
- cette méthode est peu fiable.
- cette méthode inquiète inutilement les patients.
- je n'ai pas confiance aux résultats fournis.
- je ne suis pas précisément informé(e) sur cette recommandation.
- je manque de temps.
- Autre :

Si vous utilisez l'AMT, pour quel type de patient l'utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles) *Plusieurs réponses possibles.

- mesure d'une HTA au cabinet chez un patient non diagnostiqué hypertendu
- persistance d'une tension artérielle non équilibrée au cabinet chez un patient traité
- dépistage d'une HTA devant la présence de plusieurs facteurs de risque cardiovasculaires autres
- à la demande du patient
- suivi au domicile d'une HTA traitée, à priori équilibrée
- Autre :

13) A combien évalueriez-vous la proportion de vos patients diagnostiqués hypertendus à la suite d'une AMT ou MAPA ? *Plusieurs réponses possibles.

- < 25%
- entre 25% et 50%
- entre 50% et 75%
- > 75%

14) Quel est, selon vous, l'intérêt de l'utilisation de l'AMT ? (quatre réponses maximum) * Plusieurs réponses possibles.

- dépistage de l'effet blouse blanche
- augmenter le nombre de mesure
- connaître les chiffres au domicile
- avoir de meilleures conditions de mesure
- permettre de sensibiliser le patient
- dépister une HTA résistante
- dépister une hypotension artérielle
- évaluer l'efficacité du traitement
- améliorer l'observance
- il n'y a pas d'intérêt
- Autre :

15) Quelles sont, selon vous, les limites pour le patient à l'utilisation de l'AMT ? * (plusieurs réponses possibles)

- patient anxieux, stressé
- incapacité du patient à l'utilisation de l'AMT
- mesures uniquement diurnes
- coût à la charge du patient
- Autre :

16) Parmi les patients ayant bénéficié d'une AMT, quelle est la proportion de prêt par vous-même par rapport à un achat d'un appareil par le patient ? * Plusieurs réponses possibles.

- 100% prêt
- 80 % prêt/20 % achat
- 50% prêt/ 50 % achat
- 20% prêt/ 80% achat
- 100% achat
- je ne me prononce pas

17) Est-ce que le fait que la CPAM mette un appareil à AMT à disposition des médecins généralistes depuis 2013 a changé votre prise en charge de l'HTA ? * (Plusieurs réponses possibles).

- oui, j'utilise davantage cette méthode diagnostique
- non
- je ne me prononce pas

18) Faites-vous l'éducation en expliquant systématiquement et précisément les conditions de réalisation (position assise > 5 minutes, 3 mesures consécutives matin et soir sur 3 jours, sans consommation de tabac, café, ni repas auparavant) ? * (Plusieurs réponses possibles).

- Oui
- Non
- Je ne suis pas concerné(e) par la question, utilisant peu l'AMT

19) Quel type de brassard recommandez-vous ? * (Plusieurs réponses possibles).

- huméral
- radial
- je ne précise pas le type de brassard à utiliser
- je ne suis pas concerné(e) par la question, utilisant peu l'AMT

20) Serait-il pertinent qu'une fiche explicative officielle soit remise au patient pour expliquer les conditions, réalisation/recueil des données ? * (Plusieurs réponses possibles).

- oui
- non
- je leur remets déjà une fiche explicative
- je ne me prononce pas

21) Quelles serai(en)t la ou les solutions pour que vous ayez recours systématiquement à l'AMT ? * (Plusieurs réponses possibles).

- mettre plus d'appareils à disposition par la CPAM
- avoir des appareils moins onéreux
- obtenir un remboursement des appareils par la sécurité sociale
- avoir plus d'études prouvant l'intérêt d'une AMT avant traitement
- avoir à disposition la liste d'appareils validés
- Autre :

22) Combien d'appareils offerts par la sécurité sociale seraient nécessaires à chaque médecin pour permettre de le prêter aux patients à visée diagnostic ? * réponse libre

AUTOMESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE : mesurer, calculer, communiquer, comprendre



1/ Mesurer

- Lisez le mode d'emploi de votre tensiomètre.
- Installez l'appareil sur une table.
- Asseyez-vous, remontez votre manche.
- Reposez-vous 5 minutes environ.
- Enfilez le brassard au niveau de votre bras, et ajustez-le à la bonne hauteur dans le sens indiqué par le fabricant.
- Placez votre bras sur la table à la hauteur de votre cœur (au niveau de votre poitrine à la hauteur de votre sein). Il doit être fléchi comme sur le dessin.
- Déclenchez l'appareil pour gonfler le brassard (pendant le gonflage et le dégonflage ne bougez pas et restez détendu).



Pour vous familiariser avec votre appareil, faites plusieurs essais sans tenir compte des premiers résultats, puis :



Mesurez votre tension, matin et soir, pendant 3 à 6 jours de suite :

- **Le matin**, avant le petit-déjeuner, avant de prendre vos médicaments.
- **Le soir**, avant de vous coucher.
- **Le matin et le soir**, répétez la manœuvre 3 fois de suite, à 1 ou 2 minutes d'intervalle.

Il ne sert à rien de mesurer votre pression artérielle à d'autres moments de la journée, sauf exception. Ces mesures supplémentaires compliqueraient inutilement l'analyse de votre médecin. Le plus souvent, on demande de faire les mesures 3 jours de suite, mais dans certains cas 5 ou 7 jours peuvent être conseillés. Il est simple de faire les mesures juste les jours précédant la consultation afin de communiquer des résultats récents au médecin. Lorsque le traitement contre la tension a été récemment changé, on recommande souvent de faire l'automesure 4 ou 6 semaines après la modification. Lorsque la tension est bien équilibrée avec un traitement stable, un contrôle par automesure tous les 3 à 6 mois est suffisant. Il n'est pas nécessaire de prendre sa tension tous les jours au fil des semaines et des mois, sauf cas exceptionnels. Votre médecin est le mieux placé pour vous préciser la durée et la fréquence adaptées à votre situation personnelle.



2/ Calculer

SYS	129
DIA	78
	75

PAS correspond à pression artérielle systolique.
PAD correspond à pression artérielle diastolique.
Pulse correspond au rythme cardiaque : Il n'est pas besoin de recopier ce chiffre.

Pendant vos mesures, recopiez avec un crayon vos résultats sur le tableau ci-contre.



Nota bene : Les chiffres lus à l'écran de votre tensiomètre doivent être recopiés à l'identique. Par exemple, si vous lisez 129, recopiez exactement 129, mais n'écrivez pas 12,9 et n'arrondissez pas le chiffre (en écrivant 130 ou 13, par exemple).

**Calculez séparément les moyennes de pression artérielle.
Au besoin, utilisez une calculatrice ou aidez-vous d'Internet.**



1
Connectez-vous sur
www.aubmesure.com



2
Saisissez toutes les
valeurs sur la fiche qui
apparaissent sur l'écran.




3
Cliquez sur l'icône
« Calculer ».



4
Imprimez
ou enregistrez
le graphique de
vos résultats.



		Mesure 1		Mesure 2		Mesure 3	
		SYS	DIA	SYS	DIA	SYS	DIA
Jour 1	Matin						
	Soir						
Jour 2	Matin						
	Soir						
Jour 3	Matin						
	Soir						
Jour 4	Matin						
	Soir						
Jour 5	Matin						
	Soir						

Moyenne globale :



3/ Communiquer

Lors de la consultation, présentez vos résultats à votre médecin.

- Si vous n'avez pas Internet, rapportez cette fiche complétée à votre médecin.
- Si vous avez Internet, imprimez le graphique obtenu sur automesure.com et apportez-le (vous pouvez aussi l'archiver au format PDF pour envoi par courrier électronique ou archivage dans votre dossier médical).



4/ Comprendre

Comment est ma tension ?

Au domicile en automesure, la tension est considérée comme normale lorsque la tension systolique moyenne est au-dessous de 135 mmHg et la tension diastolique moyenne au-dessous de 85 mmHg. Ces valeurs de normalité peuvent être plus basses en cas de diabète ou d'insuffisance rénale. Pour les sujets âgés de plus de 80 ans, les valeurs recommandées sont différentes.

Pour juger vous-même votre situation, aidez-vous de l'interprétation automatique de vos résultats sur automesure.com.



Tension systolique bien contrôlée



Tension systolique mal contrôlée



Les appareils de poignet ne sont pas recommandés.
La liste des appareils d'automesure validés se trouve sur le site de l'ANISM.

- *European Society of Hypertension practice guidelines for home blood pressure monitoring.* J Hum Hypertens 2010; 24: 779-85.
- *Fissinger JM, Postal-Vinay N, Bobrie G. Recommandations pour l'automesure tensionnelle.* Bull Acad Natl Med 2010; 194: 663-6.
- sites Internet utiles:
automesure.com – concordia.org – ifita.org – www.sanita.fr



Fiche réalisée selon les recommandations de la SOCIÉTÉ EUROPÉENNE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE.

Annexe 3 : Communiqué de presse lié au lancement d'une campagne d'information sur la prise en charge de l'HTA dans le cadre du plan AVC



Communiqué de presse

Paris, le 10 janvier 2012

Objectif 2015 : 70 % des hypertendus contrôlés Lancement d'une campagne d'information sur la prise en charge de l'hypertension artérielle dans le cadre du plan AVC

Le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle (CFLHTA), la Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA) et la Société Française Neuro-Vasculaire (SFNV) avec le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS) ont décidé d'unir leurs forces pour insuffler une nouvelle dynamique à la prise en charge de l'Hypertension Artérielle (HTA) en France. Leur volonté est de sensibiliser tous les médecins sur la nécessité de mieux traiter et de mieux contrôler les hypertendus pour faire du contrôle tensionnel un axe d'efficacité pour améliorer l'état sanitaire de la population par une diminution des accidents vasculaires cérébraux et de la dépendance. L'objectif est d'atteindre 70 % des hypertendus contrôlés et traités d'ici 2015.

Hypertension artérielle et maladies cardiovasculaires

Selon l'OMS, l'Hypertension Artérielle est le premier motif de consultation dans le monde et on estime que près de 8 millions de décès annuels sont attribuables à l'HTA¹. En France, on estime que 15 à 16 millions de personnes sont hypertendues et que 70 % des hypertendus traités sont âgés de plus de 60 ans². Maladie silencieuse, l'hypertension entraîne des complications parfois graves, parmi lesquels l'accident vasculaire cérébral. On estime que celle-ci est responsable de 40 % des accidents vasculaires cérébraux³ alors qu'elle est le premier facteur modifiable influant sur la mortalité tant dans les pays développés qu'en voie de développement.

Faire du contrôle tensionnel un axe prioritaire

Face à ce constat, le CFLHTA, la SFHTA et la SFNV soutenues par la DGS dans le cadre du plan de prévention AVC 2011-2014, lancent une campagne d'information auprès de tous les professionnels de santé sur la prise en charge pragmatique de l'HTA, pour faire du contrôle tensionnel un axe prioritaire pour améliorer l'état sanitaire de la population par une diminution des AVC, de la démence et de l'insuffisance cardiaque.

Un objectif clair : atteindre 70 % des hypertendus traités et contrôlés en 2015

Dans les années 2000, le contrôle tensionnel en France était parmi les meilleurs d'Europe avec 40 % des hypertendus contrôlés. Or même si le contrôle tensionnel s'est sensiblement amélioré, celui-ci stagne depuis 5 ans et s'établit à 50 %⁴ alors qu'il a continué de progresser aux Etats-Unis et dans des pays européens voisins. La conjugaison de multiples facteurs liés à la fois aux patients (manque de motivation, mauvaise observance...) et aux médecins (banalisation de l'HTA, inertie thérapeutique...) expliquent ces résultats. Intensifier le traitement antihypertenseur chez les hypertendus non contrôlés est indispensable pour améliorer la prise en charge de l'HTA en France.

L'objectif fixé d'atteindre 70 % d'hypertendus équilibrés est ambitieux mais atteignable grâce aux moyens actuels disponibles.

Un livret d'information pour prescrire en sécurité grâce un arbre décisionnel pragmatique

Un livret-guide expliquant le rationnel de la campagne et les moyens pratiques d'y parvenir sera diffusé en janvier 2012 à plus de 55 000 médecins généralistes et 4 000 médecins spécialistes impliqués dans la prise en charge de l'HTA. Réalisé par les experts de l'hypertension artérielle, ce livret propose sept conseils identifiés pour apporter aux praticiens une synthèse des moyens thérapeutiques actuels pouvant conduire à améliorer la prévention des AVC. Il sera également disponible et téléchargeable sur les sites du CFLHTA, la SFHTA et la SFNV.

¹ LAWES, Lancet 2008 ; 371:1315

² CFLHTA - Estimation du nombre des sujets traités pour une hypertension, un diabète ou une hyperlipidémie en France : étude FLAND 2002

³ Lawes CM, Vander HS, Law MR, Elliott P, MacMahon S, Rodgers A. Blood pressure and the global burden of disease 2000. Part II: estimates of attributable burden. J Hypertens. 2008; 24: 425-430.

⁴ Etude ENNS 2008 portant sur des sujets de 18 à 74 ans - <http://www.marschbouvier.fr/img/008/csf/ENNS08.pdf>

Les 7 conseils du livret pour changer les comportements

1. S'assurer du niveau tensionnel

Le niveau tensionnel est parfois difficile à évaluer et il est important de répéter les mesures mais également de les effectuer en dehors d'un cabinet médical pour mesurer efficacement la pression artérielle.

2. Dépister la mauvaise observance

L'inobservance, à la fois des traitements et des mesures diététiques pouvant jouer un rôle sur le contrôle de la pression artérielle, doit être recherchée notamment grâce à des questionnaires pratiques.

3. Passer de la monothérapie à la bithérapie fixe en cas de non contrôle après le traitement initial

Le choix d'une combinaison sous la forme d'une association fixe est à privilégier car elle permet de garder la simplicité de prescription d'un seul comprimé qui favorise l'observance du traitement.

4. Proposer la prescription de la trithérapie antihypertensive chez les patients non contrôlés par une bithérapie

Lorsque l'HTA est non contrôlée par une bithérapie, la trithérapie préconisée chez la majorité des patients en prévention primaire est la combinaison d'un bloqueur du système rénine-angiotensine, d'un inhibiteur calcique et d'un diurétique thiazidique.

5. Rechercher les signes en faveur d'une cause à l'HTA non contrôlée

A tous les stades de la prise en charge, et plus particulièrement en cas de résistance à une trithérapie, il conviendra d'évoquer l'existence d'une cause à l'HTA :

- En cas de kaliémie < 3,7 mmol/l ou de prescription chronique de supplémentation potassique.
- Lors de l'existence de troubles du sommeil et de la vigilance diurne secondaire à un syndrome d'apnée du sommeil.

6. Organiser le parcours de soins des hypertendus et l'accès aux spécialistes

Dans le système de santé actuel en France, aucun parcours de soin systématisé n'a été défini pour les patients hypertendus. Le recours aux spécialistes est le plus souvent lié à l'apparition d'une complication. Un avis spécialisé devrait être sollicité chez les hypertendus non contrôlés par une trithérapie antihypertensive, chez les patients suspects d'HTA secondaire, pour le dépistage des atteintes des organes cibles de l'HTA chez les hypertendus ayant un risque cardio-vasculaire élevé. Il existe également des services hospitaliers reconnus par la Société Européenne d'HTA et la SFHTA comme "centres d'excellence en HTA".

7. Evaluer la performance de prise en charge

Fixer l'objectif de 70 % d'hypertendus traités et contrôlés impose que chaque médecin à l'échelle de sa patientèle mette en place le moyen d'évaluer sa performance. Selon les recommandations actuelles "il faut privilégier la mesure électronique de la pression artérielle (PA) dans le cadre du diagnostic et du suivi des hypertendus au cabinet médical et en ambulatoire".

A propos du CFLHTA

Créé en 1972, le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle (CFLHTA) est une association régie par la loi de 1901. Il a pour but de mieux faire connaître les problèmes de l'hypertension artérielle au grand public. Il entreprend des actions de formation ou d'information pour atteindre cet objectif. Les actions de formation menées par le CFLHTA reposent sur les travaux de la Société française d'Hypertension Artérielle, filiale de la Société de Cardiologie ainsi que sur les travaux de la Ligue Mondiale contre l'Hypertension.

www.comitehta.org

A propos de la SFHTA

La Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA) est une société savante, filiale de la Société Française de Cardiologie (SFC). Elle se situe au carrefour de plusieurs disciplines - cardiologie, endocrinologie, génétique, médecine interne, médecine vasculaire, néphrologie, pharmacologie, physiologie - pour mieux explorer les différents aspects de l'hypertension artérielle et diffuser efficacement les résultats des connaissances, notamment lors des Journées de l'hypertension artérielle.

www.sfhta.org

A propos de la SFNV

Association loi 1901 créée en 1996, la Société Française NeuroVasculaire (SFNV) a pour objectif principal l'amélioration de la prise en charge des AVC. Elle est la société savante qui regroupe l'ensemble des professionnels concernés par les pathologies vasculaires cérébrales dont les accidents vasculaires cérébraux (AVC), leur diagnostic, traitement et prévention. Elle développe des actions Selon plusieurs axes majeurs :

- les filières de soins, en lien avec les organismes institutionnels, dans le but de permettre à toute personne souffrant d'un AVC d'être prise en charge dans les meilleures conditions ;
- la formation des professionnels de santé ;
- la recherche, dans le but d'accroître les connaissances sur les AVC et de permettre ainsi d'améliorer le diagnostic et le soin.

www.sfnv.fr

Service de presse

Capital Image/Stéphanie Chevrel
45, rue de Courcelles 75008 Paris
Tél. : 01 45 63 19 00 - Fax : 01 45 63 19 20
www.santepress.com - www.capitalimage.net

IX) SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

ETUDE EPATEMED : ÉTUDE DE LA PRATIQUE DE L'AUTOMESURE TENSIONNELLE EN MEDECINE GENERALE.

Étude descriptive quantitative transversale en soins primaires en Gironde.

Introduction : L'hypertension artérielle (HTA) demeure en France un réel enjeu de santé publique et reste insuffisamment dépistée et contrôlée. Les recommandations françaises et européennes concernant la prise en charge de l'HTA préconisent désormais de réaliser des mesures ambulatoires afin de confirmer une suspicion d'HTA, et pour le suivi des patients hypertendus. En 2013, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a fourni un tensiomètre à chaque médecin généraliste afin de promouvoir l'Automesure Tensionnelle (AMT).

Matériel et méthode : EPATEMed est une étude descriptive quantitative transversale. Un questionnaire a été envoyé à tous les médecins généralistes de Gironde entre janvier et avril 2018. Le critère de jugement principal était la fréquence d'utilisation de l'automesure tensionnelle avant initiation d'un traitement antihypertenseur.

Résultats : 77.5 % des médecins utilisent l'AMT régulièrement ou systématiquement ; 22.4 % des médecins déclarent utiliser l'AMT occasionnellement ou jamais. Le dispositif mis en place par l'Assurance Maladie a modifié la pratique de 62 médecins (48%). Les principaux intérêts à l'utilisation de l'automesure sont : le dépistage de l'effet blouse blanche (20,5%), connaître les chiffres au domicile (15,2%), évaluer l'efficacité des traitements (15,1%) et avoir de meilleures conditions de mesure (12,1%). Seulement 11 praticiens (7%) réalisent l'AMT dans toutes ses indications (dépistage effet blouse blanche, HTA masquée, suivi). Le frein principal à la non utilisation systématique de l'AMT est le manque de tensiomètre (44% des réponses). Les principales limites signalées par les médecins sont : l'incapacité du patient (37%), le risque d'anxiété secondaire (34%), une prise de mesures uniquement diurnes (14%) et le coût à la charge du patient (13%). Pour 40% des médecins, 3 appareils seraient nécessaires pour optimiser le prêt aux patients.

Discussion : Cette étude met en avant l'amélioration de la fréquence d'utilisation de l'automesure tensionnelle, comparée aux données de la littérature, mais persiste des difficultés liées principalement aux tensiomètres. Le dispositif de la CNAM a eu un impact positif. De nouvelles propositions de la Société Française d'Hypertension Artérielle ont été émises récemment : un remboursement des appareils pour les patients sur prescription médicale et intégrer l'AMT dans les ROSP, ce qui pourrait permettre de réaliser des progrès dans le contrôle de l'HTA en France.

TITRE EN ANGLAIS: Study of the practice of home blood pressure monitoring in primary care: EPATEMed's study. Quantitative cross-sectional descriptive study in primary care in Gironde.

DISCIPLINE: Médecine Générale

MOTS-CLÉS : Hypertension artérielle, automesure tensionnelle, dépistage, diagnostic, soins premiers, effet blouse blanche, hypertension masquée

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR : UFR des Sciences Médicales, Université de Bordeaux, 46 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex.