



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Etienne Burban

Né le 04 février 1989 à Rennes

**Prise en charge
ambulatoire des élévations
tensionnelles sans
souffrance viscérale
immédiate en médecine
générale : évaluation des
pratiques professionnelles
en Bretagne**

**Thèse soutenue à Rennes
le 15 janvier 2019**

devant le jury composé de :

Pr Cécile VIGNEAU
PU-PH - Néphrologie Rennes1 /
Présidente jury

Pr Philippe MABO
PU-PH – Cardiologie Rennes1 / *directeur
thèse*

**Pr Françoise TATTEVIN-
FABLET**
Professeur associé – DMG Rennes1 / *juge*

Dr Maxime FOURNET
Praticien Hospitalier – Cardiologie
Rennes1 / *juge*

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISOT Pierre Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques (Professeur associé)	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre + Consultant	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoît	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités Emérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN Denis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick Professeur des Universités en surnombre + consultant	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence

LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick Professeur des Universités Emérite	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MENER Eric (Professeur associé)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian Professeur des Universités en surnombre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent (Professeur associé)	Epistémologie clinique
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophthalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RICHARD de LATOUR Bertrand (Professeur associé)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie

SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT Louis (Professeur associé)	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé)	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ALLORY Emmanuel (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
ANSELMi Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
FIQUET Laure (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique

NAUDET Florian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Cécile VIGNEAU. Vous me faites l'immense honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Françoise TATTEVIN-FABLET. Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie de votre disponibilité et votre participation à mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Maxime FOURNET. Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie de votre bienveillance, votre accompagnement du début de mon internat jusqu'à cette soutenance de thèse. Je suis ravi de vous avoir rencontré et de votre participation à mon jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Philippe MABO. Merci d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Je vous remercie de votre disponibilité, vos conseils et votre confiance dans la mise en œuvre de ce projet et au cours de mon internat.

REMERCIEMENTS

Aux médecins généralistes interrogés. Merci de votre participation à ce projet.

A Monsieur le Professeur Emmanuel OGER. Je vous remercie de l'aide précieuse que vous m'avez apportée tout au long de ce travail de thèse. Merci pour votre grande disponibilité.

A Anaïs. Merci pour ton soutien, ta patience, ton écoute et ton amour. Merci du bonheur que tu m'offres chaque jour passé à tes côtés. Je suis impatient de voir ce que l'avenir nous réserve et de vivre ces futurs moments de joie ensemble.

A mes parents Annie et Norbert. Merci de m'avoir toujours soutenu durant ces longues années d'étude. Merci pour votre écoute, vos conseils et votre accompagnement à chacune des étapes de ma vie. Merci pour les valeurs que vous m'avez enseignées et votre amour qui ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Merci d'avoir toujours été là pour moi.

A mes sœurs Claire et Maëlle, mes beaux-frères Guillaume et Tanguy et leurs enfants, Maxime, Antonin et Robin. Merci de m'avoir accompagné et encouragé. Merci d'être si présents depuis toujours. Vous comptez énormément pour moi.

A mes grands-parents, tontons et tatas, cousins et cousines. Merci pour tous ces beaux moments en famille.

A ma belle-famille : Isabelle, Bruno, Alan et Sandrine. Merci de m'avoir accepté au sein de votre famille et pour chaque instant partagé avec vous.

A mes amis brestois : François, Laurent, Elouan, Benjamin, Bastien, Maxime. Merci à vous les gars d'avoir toujours été là pour moi, merci pour ces moments de complicité et de bonheur ensemble. J'ai de la chance de vous avoir.

Aux orientais : Chloé, Antoine, Camille, Benjamin, Pauline et Damien, Marion et Mathieu, Pierre, Jacques-Antoine, Romain, Benjamin et Emilie. Les années passent et malgré la distance, notre amitié perdure et pour longtemps je l'espère.

Aux rennais : François-Xavier et Camille, François et Doria, Bastien et Audrey, Romain et Mathilde, Yann, Lahbib, Ulysse, Marion, Sophie et Thibaut, Céline. Merci à chacun d'entre vous pour tous ces moments à vos côtés.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	12
MATERIEL ET METHODES.....	14
RESULTATS.....	16
1 ^{ère} partie : données générales.....	16
2 ^{ème} partie : définitions.....	17
3 ^{ème} partie : diagnostic d'une poussée tensionnelle sans retentissement viscéral immédiat.....	18
4 ^{ème} partie : traitement d'une poussée tensionnelle sans retentissement viscéral immédiat.....	19
5 ^{ème} partie : suivi d'une poussée tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate.....	21
DISCUSSION.....	22
Population étudiée.....	22
Evaluation des connaissances des médecins généralistes.....	23
Evaluation de leur prise en charge.....	23
Diagnostic.....	23
Thérapeutique.....	26
Suivi du patient.....	27
Limites de l'étude.....	31
CONCLUSION.....	32
BIBLIOGRAPHIE.....	33
TABLEAUX.....	37
Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.....	37
Tableau 2 : Formation sur la poussée hypertensive au cours des 5 dernières années.....	37
Tableau 3 : Définitions systolique et diastolique d'une poussée tensionnelle.....	17
Tableau 4 : Eléments cliniques orientant vers une urgence hypertensive.....	38
Tableau 5 : Prise en charge d'une urgence hypertensive au cabinet.....	38
Tableau 6 : Fréquence des poussées tensionnelles prises en charge par les généralistes au cabinet.....	38
Tableau 7 : Fréquence des généralistes recherchant des facteurs déclenchants devant une poussée tensionnelle avec examen clinique normal.....	39
Tableau 8 : Répartition des examens biologiques prescrits.....	39

Tableau 9 : Répartition des effectifs des prescripteurs d'antihypertenseur suivant leur milieu d'exercice, l'antécédent de formation et leur catégorie d'âge	40
Tableau 10 : Valeurs seuils des généralistes pour la prescription d'un traitement per os.....	40
Tableau 11 : Répartition des traitements prescrits per os lors d'une poussée hypertensive	20
Tableau 12 : Répartition des effectifs des généralistes n'hospitalisant pas leur patient lors d'une poussée hypertensive suivant leur milieu d'exerce, l'antécédent de formation et leur catégorie d'âge	41
Tableau 13 : Nombre de généralistes réévaluant 1 à 2 heures après l'épisode de poussée tensionnelle suivant leur milieu d'exercice et l'antécédent de formation	41
Tableau 14 : Modification du traitement ou non si les chiffres tensionnels sont contrôlés à 3 mois.....	41
FIGURES	42
Figure 1 : Diagramme de flux des réponses des généralistes incluses dans l'étude.....	42
Figure 2 : Antécédent de formation sur la poussée hypertensive et les circonstances de formation	43
Figure 3 : Pourcentage des généralistes prescrivant ou non un bilan biologique lors d'une poussée hypertensive suivant leur milieu d'exercice	19
Figure 4 : Réévaluation tensionnelle à la suite d'une poussée tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate.....	21
ANNEXES 1.....	44
ANNEXES 2.....	45

INTRODUCTION

A l'échelle mondiale, l'hypertension artérielle (HTA) touche plus d'un adulte sur trois et est responsable d'environ 9,4 millions de morts chaque année. (1,2) Près d'un million de nouveaux patients sont traités pour une HTA en France chaque année, ce qui correspond à une moyenne de 15 à 20 nouveaux patients pour un médecin généraliste. Elle constitue le premier motif de consultation en médecine générale dans le monde. (3,4) Il est estimé qu'environ 1 à 2 % des patients traités pour une hypertension présenteront au cours de leur vie une poussée hypertensive. (5-7)

Cette dernière est définie :

- Selon les recommandations françaises de 2002 (AFSSAPS) (8), britanniques de 2003 (BHS-IV)(9), et de la société européenne de l'hypertension et de cardiologie (ESH/ESC) de 2018 (10) par une pression artérielle systolique supérieure à 180mmHg et/ou diastolique supérieure à 110mmHg.

- Selon les recommandations américaines (JNC, ACC/AHA) par une pression artérielle systolique supérieure à 180mmHg et/ou diastolique supérieure à 120mmHg. (11-13)

Parmi les poussées hypertensives, on distingue les élévations tensionnelles avec souffrance viscérale immédiate appelées urgences hypertensives (ou « hypertensive emergencies »), des élévations tensionnelles sans souffrance viscérale (ou « hypertensive urgencies »). (8) Différencier ces deux entités est capitale. En effet, la première est une urgence thérapeutique avec un pronostic péjoratif nécessitant une baisse rapide de la tension artérielle grâce à l'administration immédiate de traitements hypotenseurs intraveineux. (14) A l'inverse l'élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate, est moins grave, plus fréquente, et le traitement rapide par des anti hypertenseurs est inutile voir dangereux et pourtant souvent prescrit par excès. Elle relève d'un traitement progressif voir de l'absence d'intervention. (15,16)

La recherche d'une souffrance viscérale est au centre des décisions. Elle est plus importante que la valeur absolue des chiffres tensionnels souvent source d'inquiétude.(7,17) Ainsi, la symptomatologie seule ou le niveau tensionnel ne déterminent pas la gravité de la situation clinique, ce qui en fait toute la difficulté pour le médecin généraliste lors de la prise de décision.(5,10,18) De plus, l'utilité d'examens complémentaires biologiques est discutée.

La prise en charge optimale de l'élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate ne fait pas l'objet de recommandations bien établies. (6,19) Elle regroupe un collectif vaste et hétérogène de situations cliniques au sein duquel la littérature internationale peine à trouver un consensus.

De nombreuses études internationales et nationales se sont intéressées à la prise en charge des urgences hypertensives et des poussées tensionnelles simples mais celles-ci étaient souvent réalisées sur des patients hospitalisés. Une équipe suisse a étudié la prise en charge initiale des patients présentant une poussée

tensionnelle lors d'une consultation avec leur médecin généraliste. (20) D'autre part, une étude française s'est intéressée en 2018 à l'incidence, aux caractéristiques et la prise en charge des poussées hypertensives sans souffrance viscérale immédiate par SOS médecin. (21)

Fréquente dans les cabinets de médecine générale, on comprend aisément le rôle clé du médecin généraliste, en première ligne, pour distinguer urgence hypertensive et poussée tensionnelle simple, afin d'adapter au mieux la prise en charge du patient et organiser son suivi.

Nous sommes partis de l'hypothèse que les pratiques professionnelles des généralistes divergeaient et s'éloignaient des recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé (AFSSAPS) de 2002. On suppose que celles-ci peuvent conduire soit à une sous-évaluation du risque d'urgence hypertensive soit au contraire à une surconsommation de soins (sur prescription de traitement, d'examens complémentaires, ...). Une étude du Journal of Clinical Hypertension mettait en lumière l'importance du temps et du coût de la prise en charge de la poussée hypertensive sans souffrance viscérale immédiate dans les services d'urgence. (22)

D'où la question pour le présent travail : quelles sont les modalités de gestion des poussées hypertensives sans souffrance viscérale immédiate par les médecins généralistes de la région Bretagne en milieu ambulatoire ?

Les objectifs principaux étaient d'évaluer :

- Les connaissances des médecins généralistes bretons sur la poussée hypertensive
- Leurs pratiques professionnelles dans la prise en charge diagnostique, thérapeutique et le suivi des poussées hypertensives sans souffrance viscérale immédiate

Les objectifs secondaires étaient de :

- Mettre en rapport les résultats de notre étude descriptive avec les dernières recommandations de bonnes pratiques, celles de l'AFSSAPS étant la référence pour la pratique en France.
- Rechercher chez les médecins, les déterminants de la mise en œuvre ou non de ces recommandations.

MATERIEL ET METHODES

- Type d'étude

Notre étude quantitative, descriptive et transversale a été réalisée auprès de médecins généralistes de mars à juin 2018. Elle étudiait les pratiques professionnelles des médecins généralistes bretons pour la prise en charge initiale des poussées hypertensives sans souffrance viscérale immédiate au regard des recommandations de l'AFSSAPS.

- Critères d'inclusion

Il s'agissait d'inclure tous les médecins généralistes installés en libéral, en activité en Bretagne, inscrits sur les mailing-listes de leur Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM).

- Elaboration du questionnaire

La recherche bibliographique sur les connaissances actuelles en matière de poussée hypertensive nous a permis de recueillir les recommandations françaises et internationales et d'élaborer notre questionnaire. Il est composé de 34 questions et se divise en 5 grandes parties reprenant l'ensemble des points abordés dans les recommandations de l'AFSAPPS de 2002.

- La première partie s'intéressait aux caractéristiques socio démographiques du médecin généraliste nous permettant d'étudier l'influence de l'âge et du milieu d'exercice sur la gestion d'une poussée hypertensive sans souffrance viscérale immédiate.

- La deuxième partie se concentrait sur la définition d'une poussée hypertensive et les éléments cliniques orientant vers une urgence hypertensive.

- A partir de la troisième partie, les questions concernaient les poussées hypertensives en dehors des urgences hypertensives.

Ainsi, on évaluait dans cette partie comment le diagnostic d'une poussée tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate était réalisé.

- La quatrième partie s'intéressait à la prise en charge thérapeutique d'une poussée tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate.

- La cinquième partie abordait l'organisation du suivi au décours d'une poussée tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate par les médecins généralistes, à la phase aigüe et à distance de l'épisode.

Le logiciel en ligne Limesurvey a permis d'établir et de diffuser le questionnaire, offrant la possibilité d'y répondre via un navigateur web. Chaque question devait avoir une réponse pour pouvoir passer à la suivante. Une fois élaboré et révisé avec mon directeur de thèse, le questionnaire a été testé auprès d'un échantillon de quatre médecins généralistes avant d'être diffusé.

- Envoi et recueil du questionnaire

Nous nous sommes mis en relation avec chaque CDOM de la région Bretagne. La diffusion du questionnaire s'est organisée comme énoncé ci-dessous :

- dans le département d'Ille-et-Vilaine, le CDOM nous a transmis leur mailing liste. Les généralistes ont donc été contactés directement via leur adresse email où un lien leur permettait de répondre à notre questionnaire. Il a été diffusé à 669 généralistes.
- dans le département du Morbihan, des Côtes-d'Armor, le CDOM servait d'intermédiaire. En effet, nous adressions un mail de présentation où figurait le lien permettant de répondre au questionnaire. Puis le CDOM se chargeait de le diffuser aux généralistes inscrits sur leur liste. Il a été diffusé à 550 généralistes morbihannais et 425 généralistes costarmoricens.
- dans le département du Finistère, le CDOM a intégré notre mail de présentation où figurait le lien, à la conclusion de leur journal électronique, distribué par email tous les 2 mois aux médecins généralistes.

La période de recueil des données a donc duré 4 mois, soit du 04 mars 2018 au 30 juin 2018. Un mail de relance a été adressé à la mi-période pour tous les départements sauf celui du Finistère où notre lien n'a été publié qu'une fois. Les réponses au questionnaire ont été exportées grâce au logiciel en ligne Limesurvey directement dans le logiciel Microsoft Excel. Les réponses étaient anonymes, seules les initiales des répondants étaient demandées.

- Analyse statistique

Les données issues des questionnaires ont été recueillies dans un tableur et analysées automatiquement par le logiciel Limesurvey. Chaque question faisait l'objet d'une colonne alors que chaque questionnaire répondu représentait une ligne. Cela permettait de donner une valeur quantitative à chaque réponse. Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse descriptive uni-variée. Pour chaque variable qualitative « question », était analysée la fréquence des réponses « OUI » et la fréquence des réponses « NON » transcrites dans un tableau de pourcentages. Des tests bi-variés (test de χ^2 et test de Fisher) analysant les fréquences des déterminants en fonction des caractères propres aux médecins (âge, milieu d'exercice, formation complémentaire) ont également été réalisés avec l'aide du Professeur Emmanuel OGER. Le seuil de significativité statistique a été fixé à 5%.

RESULTATS

Au total, 283 réponses ont été colligées avec 190 questionnaires complets (figure 1).

Pour le département d'Ille-et-Vilaine, nous avons reçu 121 réponses pour 669 questionnaires envoyés, équivalent à un taux de réponse de 18%.

Pour le département du Morbihan, nous avons reçu 56 réponses pour 550 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 10%.

Pour le département des Côtes-d'Armor, nous avons reçu 35 réponses pour 425 questionnaires envoyés, équivalent à un taux de réponse de 8,2%

Pour le département du Finistère, le taux de réponse n'a pu être calculé devant l'ignorance du nombre exact de questionnaires envoyés.

A. 1^{ère} partie : données générales

Pour cette partie, nous avons reçu 221 réponses.

a) Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Le tableau 1 présente les caractéristiques et la distribution des médecins généralistes ayant répondu à notre étude. Il y avait autant d'hommes (50,22%, n=111) que de femmes (49,77%, n=110). L'âge moyen était de 44 ans avec une prédominance chez les femmes de la tranche d'âge 31-40 ans et chez les hommes des tranches d'âge 31-40 ans et 51-60ans. La médiane du nombre d'années d'exercice était de 11 ans.

Les généralistes ayant répondu sont en majorité issus du département d'Ille-et-Vilaine (54,75%, n=121).

Le milieu semi-rural était le plus représenté (48,87%, n=108) suivi des milieux urbains (28,05%, n=62) et ruraux (23,07%, n=51).

b) Antécédents de formation sur la poussée hypertensive

Sur 221 réponses, 33,48% des généralistes (n=74) répondent avoir déjà eu une formation sur les urgences hypertensives et/ou les poussées tensionnelles simples. Au cours des 5 dernières années, ce chiffre diminue à 9,5% (n=21) (tableau 2). Les principales circonstances de formation sont présentées dans la figure 2.

B. 2^{ème} partie : définitions

Pour cette partie, nous avons recueilli 208 réponses.

a) Définition de la poussée tensionnelle

Concernant la définition de la poussée tensionnelle, sur 208 réponses :

- La pression artérielle systolique n'est bien définie que pour 50% des généralistes interrogés (n=104)
- La pression artérielle diastolique n'est bien définie que pour 47,59% des généralistes interrogés (n=99)

	N (%)
Pression artérielle systolique \geq (mmHg)	
140	23 (11,06)
160	32 (15,38)
180	104 (50)
200	37 (17,79)
220	12 (5,77)
Pression artérielle diastolique \geq (mmHg)	
90	39 (18,78)
100	52 (25)
110	99 (47,6)
130	18 (8,65)

Tableau 3 : Définitions systolique et diastolique d'une poussée tensionnelle

b) Les éléments cliniques orientant vers une urgence hypertensive

Au sein des poussées tensionnelles, les principaux éléments orientant les généralistes vers une urgence hypertensive sont présentés dans le tableau 4. On retrouve majoritairement la baisse d'acuité visuelle (85,1%), le déficit neurologique focal (84,62%), la confusion (83,65%), la douleur thoracique (80,77%), la tension artérielle systolique supérieure ou égale à 200mmHg (77,88%) et la dyspnée de repos (61,06%).

c) Devant une suspicion d'urgence hypertensive au cabinet, que faites-vous ?

Les résultats sont présentés dans le tableau 5.

Face à cette situation clinique, plus de la moitié des généralistes interrogés hospitalisent le patient aux urgences (78,36%, n=163). 58 généralistes (27,88%) décident d'appeler le centre 15. On note que 6 d'entre eux appellent le cardiologue de garde, et 8 généralistes mettent en place un traitement médicamenteux.

C. 3^{ème} partie : diagnostic d'une poussée tensionnelle sans retentissement viscéral immédiat

Cette partie a recueilli 198 réponses.

a) Fréquence

De façon générale, la prise en charge d'une tension artérielle supérieure ou égale à 180/110mmHg est considérée par 50,5% des généralistes (n=100) comme une situation fréquente et par 41,4% (n=82) comme une situation rare. Plus précisément, le nombre de poussée tensionnelle prise en charge au cours d'une consultation quel qu'en était le motif initial était en moyenne de 2,22 fois par mois (tableau 6).

b) La mesure de la tension artérielle

80,3% (n=159) des généralistes utilisent un tensiomètre anéroïde et 19,7% (n=39), un tensiomètre oscillométrique.

Une très grande majorité contrôle la tension artérielle aux deux bras qu'ils utilisent le tensiomètre anéroïde ou l'oscillométrique (97,48% et 97,44% respectivement).

Pour les généralistes utilisant le tensiomètre anéroïde : 71,70% (n=114) de ces utilisateurs ne changent pas de tensiomètre lorsqu'ils recontrôlent la tension artérielle. 28,30% (n=45) la recontrôlent en utilisant un tensiomètre électronique.

Pour les généralistes utilisant le tensiomètre oscillométrique : 46,15% (n=18) des généralistes disent changer de tensiomètre et recontrôler la tension artérielle manuellement face à une poussée tensionnelle.

c) Recherche de facteurs déclenchants devant une poussée tensionnelle au cabinet avec un examen clinique normal

La recherche de facteurs déclenchants devant une poussée tensionnelle au cabinet avec un examen clinique normal est toujours réalisée par 82,83% des médecins interrogés lorsque le patient est asymptomatique et par 91,22% lorsque le patient est symptomatique (tableau 7).

Dans cette situation, les principaux facteurs déclenchants recherchés habituellement sont :

- L'arrêt d'un traitement antihypertenseur (99,49%, n=197)
- Stress et/ou anxiété (95,45%, n=189)
- Une douleur aigüe (ex : lombalgies) (80,3%, n=159)
- Un effort physique avant la consultation (83,83%, n=166)

Puis viennent la prise d'un AINS (65,15%, n=129), un traitement sympathomimétique (38,38%, n=76), ou la prise d'autres traitements médicamenteux de façon plus générale (corticothérapie, traitement oestroprogestatif,

inhibiteurs de la pompe à protons) 4,54%, n=9). Les médecins ont évoqué le non-respect des règles hygiéno-diététiques (14,14%, n=28) notamment une alimentation salée, le tabagisme, la consommation de réglisse, de café, d'alcool. Un médecin a parlé de l'effet « blouse blanche » comme facteur déclenchant possible.

d) Prise en charge au cabinet

Face à une tension artérielle confirmée supérieure à 180/110mmHg en consultation :

- 52,53% (n=104) font systématiquement un examen neurologique complet.
- 26,77% (n=53) font systématiquement un électrocardiogramme (ECG).
- 10,10% (n=20) font systématiquement une bandelette urinaire.

Cette même situation conduit à la prescription systématique d'un bilan biologique pour 53,54% des généralistes interrogés (n=106). En milieu rural, le taux de prescription est plus faible (36,17%), avec une différence statistiquement significative (p=0,0225).

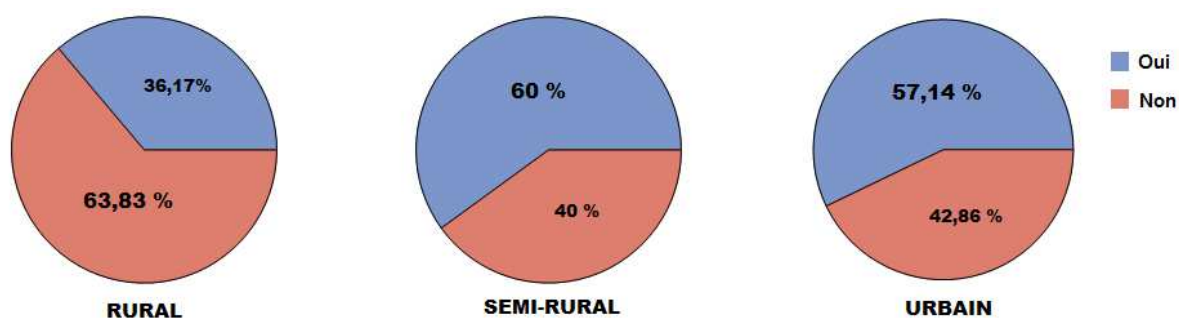


Figure 3 : Pourcentage des généralistes prescrivant ou non un bilan biologique lors d'une poussée hypertensive suivant leur milieu d'exercice

Les principaux examens biologiques prescrits sont exposés dans le tableau 8. La fonction rénale (100%), l'ionogramme sanguin (99,06%) et l'hémogramme (80,19%) sont les plus représentés.

D. 4^{ème} partie : traitement d'une poussée tensionnelle sans retentissement viscéral immédiat

Cette partie a recueilli 196 réponses.

a) La prescription thérapeutique

Devant une tension artérielle confirmée supérieure à 180/110mmHg au cabinet avec un examen clinique normal, 81,12% prescrivent un traitement per os à leur patient (n=159) et 18,88% n'en prescrivent pas (n=37). On n'observait pas de différence statistiquement significative suivant le milieu d'exercice (p=0,5457) ni la catégorie d'âge (p=0,7168) ou l'antécédent de formation (p=1) (tableau 9).

Ce traitement est prescrit à partir d'une tension artérielle systolique moyenne de 173,75mmHg (n=120) et une tension artérielle diastolique moyennes de 103,12mmHg (n=111). Les tensions artérielles médianes étaient de 180mmHg pour la systolique et 100mmHg pour la diastolique (tableau 10).

Pour justifier l'administration d'un traitement, les arguments étaient :

- La présence de symptômes (céphalées, épistaxis, sensation pseudo-vertigineuses) (84,28%, n=134)
- L'importance des chiffres tensionnels (75,47%, n=120)
- Le risque de décompensation de comorbidités notamment cardiovasculaires (74,21%, n=118)

Puis venaient ensuite l'antécédent d'urgence hypertensive chez le patient (59,12%, n=94), l'absence de traitement antihypertenseur sur l'ordonnance (44,03%, n=70), ou « l'expérience professionnelle » du praticien face à cette situation clinique (18,87%, n=30).

Dans le cas où un traitement était prescrit, les prescriptions sont présentées dans le tableau 11.

		<i>N (%)</i>
Traitement antihypertenseur d'action rapide (67,3%, n=107)	Inhibiteurs calciques	73 (68,22)
	Nicardipine	48 (44,86)
	Amlodipine	5 (4,6)
	Nitrendipine	1 (0,9)
	Lercanidipine	3 (2,8)
	Sans précision	16 (14,95)
	Bétabloquants	1 (0,9)
	Diurétiques	6 (5,6)
	IEC/ARA2	2 (1,9)
	Sans précision	25 (23,36)
	Total	107 (100)
Majoration (ou introduction) traitement de fond antihypertenseur (79,87%, n=127)	Inhibiteurs calciques	15 (11,8)
	Bétabloquants	3 (2,4)
	Diurétiques	17 (13,4)
	IEC/ARA1	26 (20,4)
	Sans précision	66 (51,9)
	Total	127 (100)
Autres (3,7%, n=6)	Anxiolytiques	5
	Antalgiques	1

Tableau 11 : Répartition des traitements prescrits per os lors d'une poussée hypertensive

b) L'hospitalisation

Devant une tension artérielle confirmée supérieure à 180/110mmHg au cabinet avec un examen clinique normal, 97,45% des généralistes interrogés n'hospitalisent pas le patient (n=191).

On n'observe pas de différence significative selon les milieux d'exercice ($p=0,6016$), l'antécédent de formation ($p=0,7773$) ou suivant les catégories d'âge ($p=0,9650$) (tableau 12).

Parmi les 2,55% de généralistes hospitalisant le patient dans cette situation clinique, les principales justifications sont le niveau des chiffres tensionnels (80%, n=4) et le risque de décompensation de comorbidités notamment cardiovasculaires (80%, n=4). Elles étaient suivies par le caractère symptomatique même bénins (céphalées, épistaxis, sensation pseudo vertigineuses) du patient (60%, n=3), la nécessité d'avoir l'avis d'un spécialiste (cardiologue, neurologue, ...) (60%, n=3), et l'antécédent d'urgence hypertensive chez le patient (40%, n=2). On note qu'un médecin justifie l'hospitalisation par la nécessité de réaliser un fond d'œil.

E. 5^{ème} partie : suivi d'une poussée tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate

Cette partie a recueilli 190 réponses.

Sitôt après une poussée tensionnelle au cabinet avec un examen clinique normal, 4,21% des généralistes interrogés réévaluent le patient 1 à 2 heures après l'épisode au cabinet (n=8) et 63,68% organisent préférentiellement une réévaluation par une automesure tensionnelle à domicile (n=121) (figure 4).

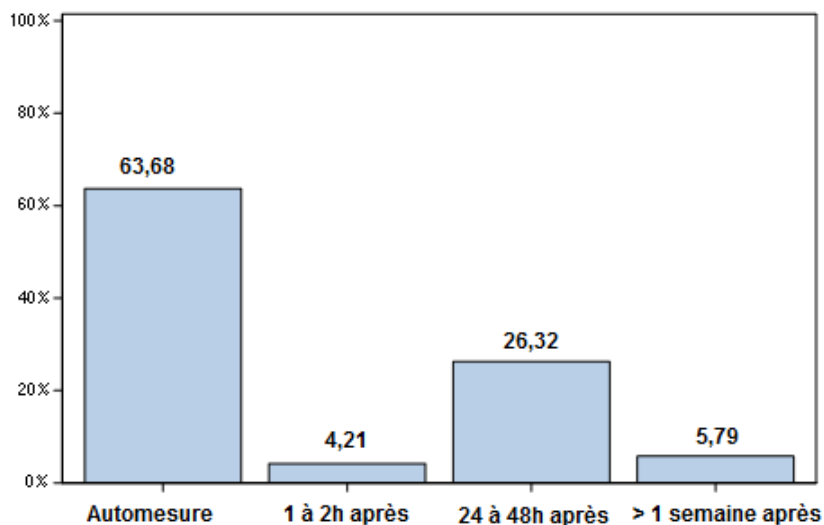


Figure 4 : Réévaluation tensionnelle à la suite d'une poussée tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative observée pour une réévaluation tensionnelle à 1 ou 2 heures suivant le milieu d'exercice ($p=0,3573$) ou l'antécédent de formation ($p=0,3995$) (tableau 13).

A distance, l'efficacité ou non du traitement antihypertenseur est évaluée principalement par l'automesure tensionnelle (79,47%, $n=151$). 7,37 % des médecins ($n=14$) se fient à la Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle et 13,16% ($n=25$) aux chiffres tensionnels lors de la consultation de suivi.

A trois mois de la poussée tensionnelle avec des chiffres tensionnels bien contrôlés, les généralistes ne modifient pas le traitement de fond qu'il ait été ou non modifié durant l'épisode de poussée hypertensive (97,58% et 95,26% respectivement). 8,42% des médecins ($n=16$) répondent diminuer le traitement pour revenir aux posologies antérieures à la poussée tensionnelle si le traitement de fond avait été majoré (tableau 14).

Enfin, si les chiffres tensionnels restent élevés dans les 3 mois suivant la poussée tensionnelle, 88,42% des généralistes interrogés ($n=170$) vont majorer le traitement de fond, 61,57% ($n=117$) vont demander un avis spécialisé et 49,47% ($n=94$) décident de refaire le bilan étiologique.

DISCUSSION

Notre étude a permis d'évaluer les pratiques professionnelles des médecins généralistes bretons dans la prise en charge des élévations tensionnelles sans souffrance viscérale immédiate au regard des recommandations de l'AFSSAPS de 2002.

a) Population étudiée

En janvier 2017, le tableau du Conseil National de l'Ordre des médecins recensait 4464 médecins généralistes en Bretagne, avec la répartition démographique suivante : 16,3% sont installés dans les Côtes-d'Armor, 29,9% dans le Finistère, 31,4% dans l'Ille-et-Vilaine et 22,5% dans le Morbihan. 50,56% sont des femmes, 49,44% des hommes. (23) Au regard de nos caractéristiques sociodémographiques, nous pouvons considérer notre échantillon comme proche de la démographie médicale bretonne. On retient que notre population d'étude était jeune (l'âge moyen était de 44 ans contre une moyenne de 56,1 ans pour les médecins généralistes bretons) avec une proportion d'années d'exercice depuis moins de 10 ans importante (44,8%). Ceci peut être expliqué par un moindre accès aux outils informatiques et une moins bonne appréhension du questionnaire en ligne pour les plus âgés.

b) Evaluation des connaissances des médecins généralistes

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'études évaluant les connaissances des médecins généralistes sur ce sujet.

Comme décrit précédemment, la définition d'une poussée hypertensive et de surcroît l'élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate sont bien établies. (8) Pourtant bien que ces chiffres tensionnels ne restent qu'une limite arbitraire (une élévation tensionnelle rapide en deçà des valeurs définies peut constituer une urgence hypertensive s'il existe une souffrance viscérale), ils n'en restent pas moins un critère diagnostique essentiel. **Or dans notre étude, seuls 50% des médecins interrogés connaissent les limites systoliques et diastoliques à partir desquelles on parle de poussée hypertensive. Pour près de 20% d'entre eux, il s'agit de valeurs limites supérieures à celles de référence, pouvant être à l'origine d'un sous diagnostique et donc d'une prise en charge inadaptée.**

Nous pourrions rapprocher ces résultats à un manque de formation des médecins généralistes et notamment de formations récentes. En effet, **seuls 33,48% déclarent avoir déjà eu une formation sur ce sujet, principalement au cours de leurs années d'études médicales** (item 221 au programme de l'ECN (24)). **De plus, ce chiffre diminuait à 9,5% lorsqu'il leur était demandé s'ils avaient reçu une formation au cours des 5 dernières années.**

Il aurait été intéressant de les interroger sur un éventuel intérêt pour suivre une formation et sous quel format.

Dans les études, les complications les plus fréquentes des urgences hypertensives sont : l'insuffisance cardiaque, l'accident vasculaire cérébrale, l'encéphalopathie hypertensive et l'insuffisance coronarienne. (25,26) Les principaux éléments cliniques des patients présentant une urgence hypertensive sont la douleur thoracique, la dyspnée et le déficit neurologique. (26,27) Dans les recommandations de l'AFSSAPS (8), on retrouve en plus la confusion avec des céphalées intenses ou des convulsions, un angor avec ou sans signes électrocardiographiques, une orthopnée, une altération de l'état général, une oligo- anurie, une baisse d'acuité visuelle. **Ces éléments sont connus et recherchés par la grande majorité des généralistes de notre étude.** En comparaison aux valeurs chiffrées des limites tensionnelles, ces signes d'alerte sont mieux assimilés. En effet on les retrouve dans des pathologies graves et connues des généralistes (accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde, œdème aiguë pulmonaire) ne découlant pas toujours d'une complication d'une poussée hypertensive.

c) Evaluation de la prise en charge

1. Diagnostique

Confirmer une poussée hypertensive nécessite de répéter la mesure tensionnelle après avoir mis le patient au repos. (8) Il faut également s'assurer de l'absence de problèmes techniques de la mesure elle-même, souvent à l'origine de surestimation des valeurs. **Dans notre étude, cette pratique est très bien acquise. Il**

semble que la mesure artérielle mais surtout le contrôle de celle-ci semble considéré comme plus fiable par le tensiomètre anéroïde que l'oscillométrique : on remarque un pourcentage plus élevé de recontrôle par un tensiomètre anéroïde si la prise initiale était faite avec un appareil oscillométrique que l'inverse (46,15% versus 28,30%). C'est pourtant ce dernier qui est recommandé pour la mesure de la tension artérielle par la Société Française d'Hypertension Artérielle. (28)

Bien que le déficit neurologique focal soit l'un des principaux éléments cliniques orientant vers une urgence hypertensive, et l'accident vasculaire cérébral l'une des complications les plus fréquentes, **seulement 52,53% des généralistes réalisent systématiquement un examen neurologique complet devant une poussée hypertensive confirmée.** Le risque de négliger un déficit du champ visuel ou un déficit sensitivo-moteur par exemple, est important. Il peut conduire à minimiser la situation clinique à laquelle ils font face. Bien que les raisons pour expliquer ce résultat n'aient pas été recherchées dans notre étude, nous pouvons en suspecter une cause souvent décrite qu'est la durée de consultation (durée moyenne de consultation en médecine générale pour une affection aiguë est de 16,5 minutes, et celle où un ECG est réalisé est de 21,1min (29)). Un examen rapide des différents organes est probablement privilégié à un examen complet de chacun d'entre eux.

L'interrogatoire doit rechercher une étiologie au déséquilibre tensionnel. **Ces facteurs déclenchants sont toujours recherchés et d'autant plus que le patient est symptomatique (91,22% versus 82,83%). L'arrêt du traitement anti hypertenseur était le principal recherché (99,49%).** De nombreuses études montrent en effet qu'il est le facteur déclenchant le plus souvent responsable de poussées hypertensives sans souffrance viscérale immédiate. (5,20,22,30) Mieux prévenu et pris en charge, plus du quart des visites aux urgences pour ce motif pourrait être ainsi évité. (22) La non observance du traitement antihypertenseur n'est pas le seul facteur déclenchant : la pression artérielle n'étant qu'un reflet du fonctionnement du système cardio-vasculaire, la survenue d'une maladie aiguë non cardio-vasculaire ou de toute situation d'agression peut avoir un retentissement sur le niveau tensionnel (prise de toxique, stress ou angoisse, médicaments diminuant l'efficacité antihypertensive comme les AINS, les IPP). Le facteur déclenchant n'est pas toujours retrouvé. (31)

Dans les recommandations de l'AFSSAPS, la place des examens biologiques en ambulatoire est mal définie. Aux urgences, ces derniers sont réalisés lorsqu'une urgence hypertensive est suspectée. Dans le cas d'une élévation tensionnelle sans souffrance viscérale il n'en est pas fait état. (8) De plus, l'utilité de ces derniers est discutée.

Dans une étude de Karras, un faible pourcentage de patients des urgences bénéficiait d'examens complémentaires lorsqu'ils présentaient une poussée hypertensive. (32) Dans une autre étude du même auteur, sur 109 patients admis aux urgences pour une poussée hypertensive sévère asymptomatique, il a évalué l'impact des examens complémentaires anormaux inattendus (c'est-à-dire chez qui l'examen clinique et l'interrogatoire du patient ne prévoyait pas d'anomalies) dans la prise en charge de ces patients. Beaucoup avaient au moins un examen complémentaire anormal (biologie et/ou ECG et/ou radiographie pulmonaire) (57%). Mais parmi eux, la grande majorité des examens n'influençait pas la prise en charge du patient. En

effet, seulement 6% de ces anomalies la modifiaient c'est-à-dire entraînaient une hospitalisation ou une modification des traitements ou des investigations plus approfondies. (33)

Ces résultats ont également été retrouvés dans une étude publiée en 2016 dans le JAMA Internal Medicine : 5,5% des examens biologiques prescrits étaient anormaux et parmi les patients ayant un résultat anormal, 2,1% mettaient en évidence une atteinte d'organe. (31)

Pour autant, bien que plusieurs études suggèrent que ces examens complémentaires ne sont pas nécessaires dans ce contexte, il n'existe aucune littérature établissant que ces tests peuvent être omis en toute sécurité sans compromettre les soins médicaux. **Dans notre étude, 53,54% des médecins prescrivent systématiquement un examen biologique devant une poussée hypertensive avec un examen clinique normal au décours de la consultation. La proportion était moins importante lorsque le médecin exerçait en milieu rural (36,17%) avec une différence significative.** Il est vrai que l'accès aux laboratoires d'analyses médicales en Bretagne est inégal.(34) Mais l'offre de proximité reste satisfaisante : le temps d'accès à un site de laboratoire pour la population bretonne est inférieur ou égal à 30 minutes.(35) **Parmi les prescripteurs de notre étude, l'intérêt est surtout porté sur la fonction rénale et l'ionogramme sanguin (100% et 99,06% respectivement).** L'explication peut être la recherche de contre-indication à la primo prescription d'antihypertenseur, à l'optimisation du traitement ou la nécessité d'éliminer une insuffisance rénale aiguë (difficile par le seul examen clinique et l'interrogatoire).

L'atteinte rénale dans la poussée hypertensive suppose une recherche d'une insuffisance rénale aiguë (les néphropathies vasculaires aiguës ou rapidement progressives). Bien que non évoquée dans les recommandations, l'utilisation de la bandelette urinaire au cabinet peut-elle se substituer à la prise de sang et avoir un rôle de dépistage ? **Dans notre étude, une très grande majorité des médecins (89,9%) n'utilisent pas systématiquement la bandelette urinaire lors d'une poussée hypertensive au cabinet.** En 2002, Karras et son équipe se sont intéressés à son bénéfice dans le dépistage de l'élévation aiguë de la créatininémie chez des patients présentant une tension artérielle diastolique supérieure ou égale à 115mmHg. Cette étude prospective et observationnelle a inclus 143 patients. Ils ont constaté qu'en présence de protéinurie ou d'hématurie, la bandelette urinaire était un test très sensible (100%) pour dépister l'élévation de la créatininémie. En revanche les anomalies étaient souvent non spécifiques et donnaient lieu à un grand nombre de tests faussement positifs. La spécificité est passée de 29,7% à 42,4% lorsque les critères diagnostiques d'une bandelette urinaire anormale étaient plus restrictifs (à savoir la présence d'hématurie ou d'une protéinurie supérieure ou égale à 1 croix). La sensibilité du test dans ce cas était conservée avec un Odds Ratio à 37,6. (36) La bandelette urinaire apparaissait comme un outil de dépistage très utile pour l'élévation aiguë de la créatininémie chez les patients présentant une élévation sévère de la tension, résultats justifiant d'autres études pour le confirmer.

La réalisation d'un électrocardiogramme (ECG) est souvent retrouvée dans les études ainsi que dans les recommandations de 2002. Dans ces dernières, si l'examen et l'ECG concomitants ne montrent pas de signe de souffrance viscérale, il s'agit d'une élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate.(8) L'ECG vise principalement à éliminer une ischémie myocardique. **Dans notre étude, seulement 26,77% l'utilisent**

systematiquement. L'ECG de repos doit être fait au cours du bilan initial du patient hypertendu et est recommandé en cas de signes d'appel au cours du suivi, tel qu'une poussée hypertensive. (4,37) . Dans l'étude de Karras, citée précédemment, parmi les 41% d'ECG anormaux réalisés chez des patients asymptomatiques, 2% retrouvaient une ischémie myocardique chez une personne qui n'en présentait pas les symptômes. (33) Ne faudrait-il pas clarifier l'utilisation ambulatoire de l'ECG et la prescription d'examen biologiques dans la poussée hypertensive notamment chez le patient asymptomatique dont l'examen clinique est normal ?

2. Thérapeutique

D'après l'AFSSAPS (8), il n'est pas justifié d'administrer un traitement hypotenseur injectable ou d'action rapide par voie orale dans la prise en charge de l'élévation tensionnelle transitoire car l'abstention thérapeutique s'accompagne le plus souvent d'une baisse tensionnelle spontanée. De plus, un traitement médicamenteux instauré en urgence n'améliore pas le contrôle tensionnel secondaire et est parfois associé à des effets secondaires rendant symptomatique un patient qui ne l'était pas. Toutefois, au terme d'une surveillance à court terme, si la tension artérielle reste élevée, un traitement antihypertenseur est nécessaire (ou à optimiser) selon les recommandations de prise en charge de l'hypertension artérielle essentielle. (4) **Dans notre étude, 79,87% des médecins majorent ou introduisent un traitement de fond (principalement un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou un antagoniste de l'angiotensine 2) au terme de la consultation.**

L'étude suisse de Merlo (20) traite de la prise en charge de l'élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate au cabinet des médecins généralistes. 164 patients avaient été inclus prospectivement par 25 médecins généralistes sur une période de 18 mois. Tous les patients de plus de 18 ans avec une tension artérielle supérieure à 180/110mmHg lors d'une consultation de routine étaient inclus. Au terme de l'examen, le patient était affecté au groupe « *hypertensive emergency* », « *hypertensive urgency* » ou « *patient with asymptomatic blood pressure* ». Le patient était revu à 1h de la consultation initiale, à 6 heures, 12 heures, 2 à 3 jours après puis à 3 mois et 12 mois.

61% des patients inclus recevaient un traitement antihypertenseur immédiatement (un inhibiteur calcique dans 25,6% des cas). Les patients avec une urgence hypertensive ou une élévation tensionnelle sans retentissement viscéral immédiat symptomatique recevaient, sans distinction entre ces deux groupes, significativement plus fréquemment un traitement antihypertenseur que les patients asymptomatiques. Cette étude avait pour limite de ne pas avoir une confirmation certaine du diagnostic d'urgence hypertensive ou non au décours de la consultation.

Une étude publiée dans le JAMA, décrivait le traitement médical agressif pour une élévation sévère asymptomatique de la pression artérielle comme étant essentiellement « esthétique », destiné à calmer le patient et le médecin sans bénéfice médical prouvé pour le patient.(38)

L'étude française de Guiga publiée en 2017 retrouvait que 45,2% des poussées hypertensives sans souffrance viscérale immédiate bénéficiaient d'un traitement oral par inhibiteurs calciques aux urgences (Nifédipine dans 17,5% des cas) et 17,2% de bolus de nifédipine IV. (27)

Dans notre étude, 67,3% des médecins disaient prescrire un traitement antihypertenseur d'action rapide au cabinet lequel était dans 45% des cas de la Nicardipine (Loxen®).

Les principaux arguments retrouvés pour justifier l'administration du traitement au cabinet était le caractère symptomatique du patient même devant des symptômes sans gravité (céphalées d'intensité modérée, une épistaxis, des sensations pseudo-vertigineuses) (84,28%), l'importance des chiffres tensionnels (75,4%) et la crainte de voir décompenser une comorbidité cardiovasculaire (74,21%). Le sentiment pour le médecin comme pour le patient d'avoir fait « quelque chose », pour éviter de l'adresser aux urgences, peut expliquer cette sur-prescription de Nicardipine.

Le niveau des chiffres tensionnels et l'appréhension d'une décompensation cardiovasculaire sont également les principaux arguments avancés par les généralistes pour justifier l'hospitalisation aux urgences d'un patient présentant une poussée hypertensive avec un examen clinique normal. Cette hospitalisation n'est toutefois que peu fréquente, car 97,45% des médecins n'hospitalisent pas le patient aux urgences devant cette situation clinique. Enfin, l'antécédent de formation ou le milieu dans lequel exerce le généraliste ne montraient pas de différence significative sur la prescription ou non de traitement au cabinet ni sur l'hospitalisation du patient aux urgences.

Ces résultats diffèrent des études : celle de Ménard publiée en 2018 montrait que près de 10% des visites à domicile de SOS médecin pour le motif « hypertension » (sans davantage de précision) étaient adressées aux urgences. (21) Dans l'étude de Merlo, 20% des poussées tensionnelles simples étaient adressés aux urgences et seulement 53% des urgences hypertensives l'étaient. (20) Enfin dans celle de Guiga, près de 30% des poussées tensionnelles simples étaient hospitalisés dans un service de médecine. (39)

Lorsqu'une élévation aiguë de la pression artérielle s'accompagne d'une défaillance patente d'un organe cible, l'urgence hypertensive ne pose guère de difficulté d'orientation pour le médecin de premier recours. **Dans notre étude, une très grande majorité des médecins interrogés adressent leur patient aux urgences (78,37%) lorsqu'ils suspectent une urgence hypertensive.**

3. Suivi du patient

Comme le rappelle l'AFSSAPS en 2002, une surveillance et une réévaluation sont nécessaires à court terme (quelques heures) pour s'assurer d'une absence d'évolution vers une urgence hypertensive et/ou pour mettre en place un traitement médicamenteux si au terme de cette surveillance, la tension artérielle reste élevée. (8) **Notre étude a montré que seulement 4,21% des généralistes interrogés effectuaient une réévaluation à court terme du patient incluant la mesure de la pression artérielle. L'antécédent de formation n'influait pas sur la fréquence de cette réévaluation. Parmi ceux exerçant en milieu urbain, aucun ne réévaluaient la situation à court terme. A distance de l'épisode, les généralistes privilégient l'utilisation de l'automesure tensionnelle à domicile afin de vérifier l'efficacité ou non du traitement antihypertenseur (79,47%) par rapport aux chiffres tensionnels lors de la consultation de**

suivi (13,16%) plus sujets à variation ou par rapport à la Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle (MAPA) plus contraignante pour le patient (7,37%). Dans l'étude de Borzecki publiée en 2010, après un épisode tensionnelle supérieure ou égale à 180/110mmHg, le délai médian de la consultation suivante était de 42 jours. (40)

Le suivi à court, moyen et long terme est d'une grande importance pour la morbi mortalité du patient ayant une élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate comme le montrent plusieurs études.

En 2015, une étude prospective française de Guiga a étudié la prévalence et la gravité des poussées hypertensives dans un service d'urgence du CHU à Marseille. Ils ont de plus effectué un suivi à 3 mois des patients. Seul 28 % des patients contactés avaient vu leur médecin traitant dans les 3 mois suivant leur passage aux urgences. 6% des patients ayant présenté une poussée hypertensive sans souffrance viscérale immédiate étaient décédés dans les 3 mois suivant leur passage aux urgences. Toutefois, ces résultats sont à nuancer : le suivi ayant été réalisé par contact téléphonique, seule la moitié des patients ont pu être recontactés, la cause des décès et les comorbidités des patients n'étaient pas précisées. (39)

Dans la continuité de cette étude, en 2017 la même équipe s'intéresse à la mortalité hospitalière et à 12 mois des patients ayant présenté une urgence hypertensive et ceux ayant présenté une poussée hypertensive sans souffrance viscérale immédiate. Chez ces derniers, la mortalité à 12 mois est de 8,9% avec une mortalité hospitalière de 1,9%. Cette étude présente les mêmes limites que la précédente : les données de suivi à 12 mois n'ont pu être recueillies que dans 39,6% des cas, la cause du décès et les données sur les autres facteurs de risques cardiovasculaires ou les antécédents du patient n'ont pas pu être récupérés. (27)

Dans l'étude suisse de Merlo, 11% des patients asymptomatiques et 6% des poussées hypertensives simples symptomatiques ont eu un évènement cardiovasculaire documenté (syndrome coronarien aigu, insuffisance cardiaque congestive aiguë, accident ischémique transitoire ou accident vasculaire cérébral) dans l'année qui a suivi. (20)

L'étude de Vlcek montre quant à elle que les patients ayant eu une élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate avaient une fréquence d'évènements cardiovasculaires, notamment les évènements coronariens et les décompensations cardiaques gauches, significativement plus importante que les patients sans élévation, à un an. Il n'y avait de différence de mortalité entre les deux groupes. (41)

Deux études italiennes allaient également dans ce sens : un antécédent de poussée hypertensive sans souffrance viscérale immédiate majore le risque d'évènements cardio et cérébrovasculaires dans les deux (42) à trois années (43) qui suivent l'épisode aiguë.

Tout récemment, une étude espagnole dirigée par Sanchez-Fabra a montré que 7,53% des patients hospitalisés aux urgences pour une poussée hypertensive sans souffrance viscérale immédiate étaient ré-hospitalisés dans

les 7 jours et 11,31% dans les 30 jours. Dans le mois qui a suivi, 2,26% ont présenté un événement cardiovasculaire et 0,25% sont décédés. (44)

Le suivi sur 3 ans d'une population de patients (âge moyen de 63,4 +/- 11,8 ans) ayant présenté une poussée hypertensive sans souffrance viscérale immédiate montrait que 37,7% avaient été ré hospitalisés au moins une fois pour le même tableau au cours des 3 ans et que 4,3% des patients étaient décédés d'une étiologie cardiovasculaire. Au cours des 3 ans, 17% avaient présenté un syndrome coronarien aigu non fatal, et 9,7% un accident vasculaire cérébral non fatal. (45)

Ces études soulignent le fait qu'une prise en charge sans suivi constitue une perte de chance pour le patient s'il ne bénéficie pas d'un accompagnement et d'une surveillance régulière par son médecin généraliste ou un spécialiste.

Les recommandations concernant l'organisation du suivi ambulatoire du patient ne sont pas clairement établies. Contrairement aux urgences hypertensives, les objectifs tensionnels dans les suites d'une poussée hypertensive sans souffrance viscérale immédiate ne sont pas définis : il est simplement précisé une diminution progressive des chiffres. On suppose ainsi qu'à distance les recommandations usuelles pour la prise en charge de l'hypertension artérielle essentielle s'appliquent. (4) Ces dernières apparaissent bien maîtrisées : **88,42% des médecins majorent le traitement de fond si à 3 mois de l'épisode aiguë les chiffres tensionnels restent élevés. 61,57% demandent dans ce cas un avis spécialisé et moins de la moitié refont le bilan étiologique.**

On rappelle que l'HAS recommande que les patients ayant une hypertension artérielle sévère (tension artérielle systolique supérieure ou égale à 180mmHg et/ou diastolique supérieure ou égale à 110mmHg) permanente soient adressés à un spécialiste pour enquête étiologique et optimisation du traitement. (4)

Malheureusement, le schéma thérapeutique du patient reste largement inchangé au décours de son épisode aigu hypertensif. (22,32) L'inertie thérapeutique dans l'hypertension artérielle (expliquée parfois par une surestimation des professionnels à leur adhérence aux recommandations (46)) est un facteur majeur de non contrôle tensionnel. (47) Or, il est bien démontré qu'un contrôle tensionnel insuffisant en ambulatoire constitue à lui seul un facteur de risque indépendant d'admission hospitalière pour une poussée hypertensive.

C'est en effet ce que montre l'étude de Tisdale (48) publiée en 2004. Cette étude comparative et rétrospective cherchait à identifier les facteurs de risque de développer une poussée hypertensive chez des patients hypertendus connus. Sur une période de trois ans, 143 patients ont été inclus dans le groupe « patient » correspondant à ceux ayant présenté une poussée hypertensive dans le service des urgences (sans distinction entre urgence hypertensive et poussée tensionnelle simple). 485 patients étaient inclus dans le groupe « contrôle » et appariés au précédent groupe en fonction du sexe, de l'âge et de l'origine ethnique. Dans ce groupe, les patients inclus étaient des patients hypertendus connus n'ayant pas été admis aux urgences pour une poussée hypertensive pendant toute la durée de l'étude. Le degré de contrôle tensionnel était évalué en recueillant les données issues des dossiers médicaux des consultations de suivi.

Il en ressort que le contrôle tensionnel est significativement meilleur dans le groupe contrôle par rapport au groupe patient. De plus, il montrait qu'une tension artérielle systolique non contrôlée en ambulatoire était un facteur de risque indépendant et significatif de poussée hypertensive (avec un risque augmentant de 30% à chaque élévation de 10mmHg de la pression artérielle systolique) (Odds ratio à 1,30 (1,18-1,42) $p < 0,001$). Malheureusement, l'absence d'analyse de l'observance du traitement du patient dans l'étude ne permettait pas de connaître si ce manque de contrôle tensionnel résultait d'une inobservance thérapeutique, d'une réponse inadéquate au traitement ou d'une inertie thérapeutique.

L'étude rétrospective de Borzecki (40) s'est intéressée à 59 207 vétérans américains hypertendus connus. Les patients étaient catégorisés en fonction de leur tension artérielle la plus élevée obtenue au cours de consultations médicales entre juillet 1999 à décembre 2000. La dernière consultation évaluait le degré de contrôle tensionnel. Il soulignait le fait qu'au terme de l'étude, le pourcentage de patients avec une tension artérielle non contrôlée était plus important chez les patients ayant présenté un ou plusieurs épisodes de tension artérielle $\geq 180/110$ mmHg par rapport à ceux n'en n'ayant pas fait. Ce pourcentage était significativement plus important lorsque le patient avait présenté plusieurs épisodes tensionnels $\geq 180/110$ mmHg par rapport à ceux qui n'en avait présenté qu'un seul (79% versus 73% $p < 0,05$). Ces résultats ne peuvent être généralisés du fait d'une population d'étude presque exclusivement faite d'hommes vétérans. Ces études soulèvent l'hypothèse que les élévations tensionnelles sans souffrance viscérale immédiate chez les patients déjà traités seraient le reflet d'une hypertension artérielle globalement mal contrôlée. Cela renforce la nécessité absolue de bon contrôle tensionnel.

La société européenne de l'hypertension et de cardiologie (ESH/ESC) recommande en 2018 des objectifs tensionnels énoncés ci-dessous : (10)

- Chez le patient hypertendu traité de moins de 65 ans, l'objectif est d'obtenir une tension artérielle systolique (TAS) entre 120-129mmHg. Si le patient à 65 ans ou plus, la cible est entre 130-139mmHg avec une surveillance étroite. Pour ces deux populations, la cible de la tension artérielle diastolique (TAD) est inférieure à 80mmHg.
- Chez le patient diabétique, l'objectif est une TAS de 130mmHg voir moins si elle est bien tolérée mais supérieure à 120mmHg. Chez le patient diabétique de 65 ans ou plus, la TAS doit être entre 130-139mmHg. Chez ces deux populations, la cible de la TAD est entre 70 et 80mmHg.
- Chez le patient insuffisant rénal, la cible de la TAS est entre 130-139mmHg.
- Chez le patient coronarien, l'objectif de la TAS est inférieur à 130mmHg voir moins si elle est bien tolérée mais toujours supérieure à 120mmHg. Chez le patient coronarien de 65 ans ou plus, la cible de la TAS est entre 130-140mmHg. Chez ces deux populations, la cible de la TAD est entre 70 et 80mmHg.
- Chez le patient insuffisant cardiaque ou aux antécédents d'accident vasculaire cérébral transitoire ou constitué, la cible de la TAS est entre 120-130mmHg.

Les pratiques professionnelles des généralistes de notre étude montrent une absence de modification du traitement de fond chez un hypertendu connu si les chiffres tensionnels sont contrôlés, à la suite

d'une poussée hypertensive sans souffrance viscérale immédiate que le traitement ait ou non été modifié durant l'épisode. On note même que près de 10% reviennent aux posologies antérieures à la poussée hypertensive dans les 3 mois si le traitement avait précédemment été optimisé.

D'après l'HAS, une tentative de diminution des doses ou du nombre d'antihypertenseurs prescrits peut être envisagée lorsque les chiffres tensionnels sont redevenus normaux depuis une longue période, dans des circonstances précises.(4)

d) Limites de l'étude

Des critiques peuvent être apportées à notre étude :

- Le taux de réponse faible à notre questionnaire (de 8 à 18%) limite la représentativité. De plus, le recrutement des participants à notre enquête s'est effectué par mail fourni par le CDOM, et l'accès au questionnaire avait lieu en ligne. Ces choix ont résulté d'un compromis pragmatique avec une réalité où le temps et les moyens disponibles étaient limités. Or sur une population de médecins généralistes bretons estimée à 4464, seule une partie est inscrite sur la liste de diffusion des adresses mails, donc seule une partie est accessible. Un biais de recrutement peut en résulter. Enfin, la diffusion des questionnaires était hétérogène entre les départements, à l'origine d'un biais de diffusion.

- Un biais de sélection : en effet, les médecins ayant répondu sont souvent ceux qui sont le plus intéressés par le sujet et plus à l'aise pour prendre en charge ces situations.

- Il s'agit d'une étude déclarative donc un biais de déclaration ne peut être évité même s'il est demandé de répondre le plus honnêtement possible.

- Au terme du questionnaire, le nombre de réponses incomplètes estimé à 14% aurait pu être moins important si le questionnaire avait été moins long. Mais une évaluation des pratiques professionnelles, d'autant plus quand elle n'a jamais été étudiée auparavant, nécessite d'être la plus exhaustive possible.

Il aurait été intéressant d'avoir des questions sur leur connaissance des recommandations de bonne pratique, leur impression sur celles-ci, et sur la volonté de suivre d'éventuelles formations.

CONCLUSION

Les poussées hypertensives avec ou sans souffrance viscérale immédiate sont des situations auxquelles tous les médecins généralistes sont confrontés au cours de leur carrière. Notre étude montre que les critères diagnostiques permettant de distinguer l'urgence hypertensive de l'élévation tensionnelle sans souffrance vitale immédiate sont clairement maîtrisés. La prise en charge de cette dernière par les médecins généralistes de notre étude s'appuie sur les recommandations françaises. En effet, l'hospitalisation d'un patient ayant une élévation tensionnelle sans souffrance vitale immédiate est très rare et les urgences hypertensives sont bien orientées.

En raison d'une utilisation encore fréquente des antihypertenseurs d'action rapide ou d'un manque de suivi des patients à court terme, des pistes d'amélioration sont possibles : développer des formations courtes dédiées aux médecins généralistes par le biais du développement professionnel continu ou par des rencontres interprofessionnelles, assurer un meilleur suivi des patients en s'appuyant sur les outils connectés ou l'émergence de la télésurveillance médicale. Il semble évident qu'établir des recommandations plus transposables à la pratique des médecins généralistes, ne peut se faire qu'en analysant ces situations cliniques dans les conditions réelles d'exercice et en développant la recherche clinique en médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE

1. 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). *Eur Heart J*. 21 juill 2013;34(28):2159-219.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Questions-réponses l'hypertension artérielle [Internet]. OMS. [cité 11 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/qa/82/fr/index.html>
3. Société française de médecine générale. Classement des 50 résultats de consultations les plus fréquents par patients pour tous les patients pour l'année 2009 [Internet]. Observatoire de la médecine générale. Informations épidémiologiques sur les pathologies et leur prise en charge. 2012 [cité 4 avr 2018]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
4. Gourbail L. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte - Rapport d'élaboration. *Haute Aut Santé*. sept 2016;1-150.
5. Marik PE, Varon J. Hypertensive Crises. *Chest*. juin 2007;131(6):1949-62.
6. Cherney D, Straus S. Management of patients with hypertensive urgencies and emergencies: A systematic review of the literature. *J Gen Intern Med*. déc 2002;17(12):937-45.
7. Varon J, Marik PE. The Diagnosis and Management of Hypertensive Crises. *Chest*. juill 2000;118(1):214-27.
8. Pierre-François PP, Guillaume DB, Xavier PG, et al. Poussées hypertensives de l'adulte : Élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate et urgences hypertensives. Recommandations et argumentaire. *Afssaps*. mai 2002;1-38.
9. Williams B, Poulter NR, Brown MJ, et al. Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004—BHS IV. *J Hum Hypertens*. mars 2004;18(3):139-85.
10. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension : The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens*. oct 2018;36(10):1953-2041.
11. Lloyd-Jones DM, Morris PB, Ballantyne CM, et al. 2017 Focused Update of the 2016 ACC Expert Consensus Decision Pathway on the Role of Non-Statin Therapies for LDL-Cholesterol Lowering in the Management of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk. *J Am Coll Cardiol*. oct 2017;70(14):1785-822.

12. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 1 déc 2003;42(6):1206-52.
13. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 5 févr 2014;311(5):507.
14. Adoubi K, Diby F, Sall F, et al. P-130: Hypertensive emergencies: a nosological entity with a serious prognosis. *Ann Cardiol Angéiologie*. déc 2015;64:S67.
15. Sosner P, Plouin P-F, Herpin D. Urgences hypertensives de l'adulte. *Presse Médicale*. oct 2010;39(10):1026-31.
16. Leeman M. Le traitement d'urgence de l'hypertension artérielle sévère. *Rev Med Brux*. 29 mai 2015;36:373-6.
17. Pimenta E, Calhoun DA. Hypertensive crisis: forget the numbers. *J Hypertens*. mai 2012;30(5):882-3.
18. Blacher J. Urgence hypertensive. *J Eur Urgences Réanimation*. déc 2015;27(4):195-6.
19. Pak KJ, Hu T, Fee C, Wang R, Smith M, Bazzano LA. Acute Hypertension: A Systematic Review and Appraisal of Guidelines. *Ochsner J*. 2014;14(4):655-63.
20. Merlo C, Bally K, Martina B, Tschudi P, Zeller A. Management and outcome of severely elevated blood pressure in primary care: A prospective observational study. *Swiss Med Wkly*. 27 janv 2012;142:1-6.
21. Menard J, Toubiana L. Hypertensive Urgencies After An Emergency Call For A General Practitioner Home Visit. *J Hypertens*. juin 2018;36(abstract):1.
22. Bender SR, Fong MW, Heitz S, Bisognano JD. Characteristics and Management of Patients Presenting to the Emergency Department With Hypertensive Urgency. *J Clin Hypertens*. janv 2006;8(1):12-8.
23. Bouet DP. Atlas De La Démographie Médicale En France. *Cons Natl Ordre Médecins*. 1 janv 2017;1-323.
24. Haute Autorité de Santé. Unité d'Enseignement 8 : Circulation - Métabolismes (218-286) - Item 221 : Hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. 2018 [cité 3 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2614966/fr/ue-8-circulation-metabolismes-q218-286
25. Escande M, Diadema B, Icard M-C, Peyre J-P. Les urgences hypertensives. *Ann Cardiol Angéiologie*. nov 2007;56(5):174-82.
26. Zampaglione B, Pascale C, Marchisio M, Cavallo-Perin P. Hypertensive Urgencies and Emergencies. *J Am Heart Assoc*. 1 janv 1996;27(1):144-147.
27. Guiga H, Decroux C, Michelet P, et al. Hospital and out-of-hospital mortality in 670 hypertensive emergencies and urgencies. *J Clin Hypertens*. nov 2017;19(11):1137-42.

28. Recommandations de la Société française d'hypertension artérielle: mesures de la pression artérielle pour le diagnostic et le suivi du patient hypertendu. *Presse Médicale*. mars 2012;41(3):221-4.
29. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes : Etudes et Résultats. DRESS [Internet]. avr 2006 [cité 3 oct 2018];(n°481). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
30. Stewart DL, Feinsein SE, Colgan R. Hypertensive Urgencies and Emergencies. *Prim Care Clin Off Pract*. sept 2006;33(3):613-23.
31. Patel KK, Young L, Howell EH, Hu B, Rutecki G, Thomas G, et al. Characteristics and Outcomes of Patients Presenting With Hypertensive Urgency in the Office Setting. *JAMA Intern Med*. 1 juill 2016;176(7):981.
32. Karras DJ, Kruus LK, Cienki JJ, et al. Evaluation and Treatment of Patients With Severely Elevated Blood Pressure in Academic Emergency Departments: A Multicenter Study. *Ann Emerg Med*. mars 2006;47(3):230-6.
33. Karras DJ, Kruus LK, Cienki JJ, et al. Utility of Routine Testing for Patients With Asymptomatic Severe Blood Pressure Elevation in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. mars 2008;51(3):231-9.
34. La santé dans les 21 pays de Bretagne [Internet]. Observatoire Régional de Santé Bretagne; 2010 juin [cité 23 oct 2018] p. 1-80. Disponible sur: https://orsbretagne.typepad.fr/Cahier_comparatif%20pays_12-2010.pdf
35. Note Consultation relative au zonage de biologie médicale.pdf [Internet]. Rennes: Agence Régionale de Santé de Bretagne; 2017 juin p. 1-3. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2017-06/Note%20Consultation%20relative%20au%20zonage%20de%20biologie%20m%C3%A9dicale.pdf>
36. Karras DJ. Urine Dipstick as a Screening Test for Serum Creatinine Elevation in Emergency Department Patients with Severe Hypertension. *Acad Emerg Med*. 1 janv 2002;9(1):27-34.
37. Chevallier A. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. *J Mal Vasc*. janv 2006;31(1):16-33.
38. Grossman E, Messerli FH, Grodzicki T, Kowey P. Should a Moratorium Be Placed on Sublingual Nifedipine Capsules Given for Hypertensive Emergencies and Pseudoemergencies? *JAMA*. 23 oct 1996;276(16):1328-31.
39. Guiga H, Sarlon-Bartoli G, Silhol F, Radix W, Michelet P, Vaisse B. Prévalence et gravité des urgences et des poussées hypertensives dans le service d'urgence hospitalière du CHU La Timone de Marseille : suivi à trois mois des patients hospitalisés. *Ann Cardiol Angéiologie*. juin 2016;65(3):185-90.

40. Borzecki AM, Kader B, Berlowitz DR. The epidemiology and management of severe hypertension. *J Hum Hypertens*. 14 mai 2009;24:9-18.
41. Vlcek M, Bur A, Woisetschläger C, Herkner H, Laggner AN, Hirschl MM. Association between hypertensive urgencies and subsequent cardiovascular events in patients with hypertension: *J Hypertens*. avr 2008;26(4):657-62.
42. Salvetti M, Paini A, Torazzi L, et al. Hypertensive Emergencies And Urgencies In An Emergency Department. Association With Subsequent Cardiovascular Events During 2 Years Follow-Up: 8A.09. *J Hypertens*. juin 2011;29:e123.
43. L Tavecchia, Agostinis M, Tandurella N, et al. PP.02.13: Are Hypertensive Urgencies Prognostic Factors For Cardiovascular Events ? *J Hypertens*. juin 2015;33:e143.
44. Sánchez-Fabra D, Marinas Sanz R, Tarí Ferrer E, et al. Hypertensive urgencies: Description of clinical characteristics, management, variables associated with re-entry and short-term prognosis. *Hipertens Riesgo Vasc*. 20 sept 2018;(abstract):1
45. Kichou B, Henine N, Kichou L, et al. [Pp.21.03] Cardiovascular Outcome Of Patients Admitted To The Emergency Department For Hypertensive Urgencies. *J Hypertens*. sept 2017;35:e270.
46. Steinman MA, Fischer MA, Shlipak MG, et al. Clinician awareness of adherence to hypertension guidelines. *Am J Med*. 15 nov 2004;117(10):747-54.
47. Lebeau J. Inertie thérapeutique dans l'hypertension artérielle. *Exerc Rev Francoph Médecine Générale*. 2012;23(100):37-43.
48. Tisdale JE. Risk factors for hypertensive crisis: importance of out-patient blood pressure control. *Fam Pract*. 1 août 2004;21(4):420-4.

TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

Caractéristiques population (n=221)	N (%)
Sexe	
<i>Homme</i>	111 (50,22)
<i>Femme</i>	110 (49,78)
Age (années)	
25-30	12 (5,43)
31-40	95 (42,99)
41-50	41 (18,55)
51-60	50 (22,63)
61-70	23 (10,4)
Nombre d'années d'exercice (années)	
<10	99 (44,80)
10-20	48 (21,72)
>20	74 (33,48)
Département d'exercice	
35	121 (54,75)
29	6 (2,71)
56	59 (26,70)
22	35 (15,84)
Milieu d'exercice	
<i>Rural</i>	51 (23,08)
<i>Semi-rural</i>	108 (48,87)
<i>Urbain</i>	62 (28,05)

Tableau 2 : Formation sur la poussée hypertensive au cours des 5 dernières années

	N (%)
Oui	21 (9,5)
Non	200 (90,5)

Tableau 4 : Eléments cliniques orientant vers une urgence hypertensive

	N (%)
Tension artérielle systolique \geq à 200mmHg	162 (77,88)
Tension artérielle diastolique \geq 100mmHg	56 (26,92)
Confusion	174 (83,65)
Douleur thoracique	168 (80,77)
Sensations pseudo-vertigineuses	86 (41,35)
Céphalées d'intensité modérée	73 (35,1)
Dyspnée de repos	127 (61,06)
Epistaxis non traumatique	95 (45,67)
Baisse d'acuité visuelle	177 (85,1)
Déficit neurologique focal	176 (84,62)

Tableau 5 : Prise en charge d'une urgence hypertensive au cabinet

	N (%)
Avis cardiologique dans les 24 à 48h	24 (11,54)
Hospitalisation dans les 24 à 48h	9 (4,33)
Hospitalisation aux urgences	163 (78,37)
Appel du centre 15	58 (27,88)
Autres	22 (10,58)
<i>Appel cardiologue de garde</i>	6
<i>Mise en place traitement antihypertenseur</i>	8
<i>Sans précision</i>	7

Tableau 6 : Fréquence des poussées tensionnelles \geq 180/110mmHg prises en charge par les généralistes au cabinet

	N (%)
Estimation de la fréquence par les médecins généralistes	
<i>Très fréquente</i>	13 (6,57)
<i>Fréquente</i>	100 (50,51)
<i>Rare</i>	82 (41,41)
<i>Très rare</i>	3 (1,52)
Nombre tension artérielle \geq180/110mmHg prises en charge au cours du dernier mois	
<i>[0 ; 3]</i>	177 (89,39)
<i>[4 ; 7]</i>	16 (8,08)
<i>>8</i>	5 (2,53)

Tableau 7 : Fréquence des généralistes recherchant des facteurs déclenchants devant une poussée tensionnelle avec examen clinique normal

	N (%)
Asymptomatique	
<i>Toujours</i>	164 (82,83)
<i>Souvent</i>	30 (15,15)
<i>Jamais</i>	4 (2,02)
Symptomatique	
<i>Toujours</i>	182 (91,22)
<i>Souvent</i>	16 (8,08)
<i>Jamais</i>	0

Tableau 8 : Répartition des examens biologiques prescrits

	(N=106) (%)
NFS, plaquettes	85 (80,19)
Créatininémie et clairance rénale	106 (100)
Ionogramme sanguin	105 (99,06)
Urée	57 (53,77)
Protéinurie sur échantillon (ou sur 24h)	72 (67,92)
Autres	40 (37,74)
<i>TSH</i>	13
<i>Bilan lipidique et/ou glycémie à jeun</i>	10
<i>CRP</i>	7
<i>BNP ou NT proBNP</i>	4
<i>Bilan hépatique</i>	1
<i>Ferritinémie</i>	1
<i>Calcémie</i>	1
<i>Catécholamines urinaires</i>	1
<i>CPK</i>	1
<i>Sans précision</i>	1

Tableau 9 : Répartition des effectifs des prescripteurs d'antihypertenseur suivant leur milieu d'exercice, l'antécédent de formation et leur catégorie d'âge

	N (%)
Milieu d'exercice (n=196)	
<i>Rural (n=47)</i>	36 (76,6)
<i>Semi-rural (n=95)</i>	77 (81,05)
<i>Urbain (n=54)</i>	46 (85,19)
Perdu de vue (n=25)	
Antécédent de formation (n=65)	63 (96,92)
Perdu de vue (n=9)	
Catégories d'âge (n=196)	
25-30 ans (n=12)	12 (100)
31-40 ans (n=85)	83 (97,65)
41-50 ans (n=34)	32 (94,12)
51-60 ans (n=44)	43 (97,73)
61-70 ans (n=21)	21 (100)
Perdu de vue (n=25)	

Tableau 10 : Valeurs seuils des généralistes pour la prescription d'un traitement per os

	N (%)
Tension artérielle systolique (mmHg)	
<180	45 (28,2)
=180	64 (40,5)
>180	11 (6,8)
Non précisé	39 (24,5)
Tension artérielle diastolique (mmHg)	
<110	63 (39,6)
=110	45 (28,3)
>110	3 (1,9)
Non précisé	48 (30,2)

Tableau 12 : Répartition des effectifs des généralistes n'hospitalisant pas leur patient lors d'une poussée hypertensive suivant leur milieu d'exerce, l'antécédent de formation et leur catégorie d'âge

	N (%)
Milieu d'exercice (n=196)	
Rural (n=47)	47 (100)
Semi-rural (n=95)	92 (96,84)
Urbain (n=54)	52 (96,3)
Perdu de vue (n=25)	
Antécédent de formation (n=65)	52 (80)
Perdu de vue (n=9)	
Catégories d'âge (n=196)	
25-30 ans (n=12)	10 (83,33)
31-40 ans (n=85)	70 (82,35)
41-50 ans (n=34)	28 (82,35)
51-60 ans (n=44)	34 (77,27)
61-70 ans (n=21)	17 (80,95)
Perdu de vue (n=25)	

Tableau 13 : Nombre de généralistes réévaluant 1 à 2 heures après l'épisode de poussée tensionnelle suivant leur milieu d'exercice et l'antécédent de formation

	N (%)
Milieu d'exercice (n=190)	
Rural (n=47)	2 (4,26)
Semi-rural (n=91)	6 (6,59)
Urbain (n=52)	0
Perdu de vue (n=31)	
Antécédent de formation (n=74)	3 (4,69)
Perdu de vue (n=10)	

Tableau 14 : Modification du traitement ou non si les chiffres tensionnels sont contrôlés à 3 mois

	N (%)
Si pas d'optimisation du traitement de fond lors de la poussée tensionnelle	
Oui, Majoration traitement	9 (4,74)
Non	181 (95,26)
Si optimisation du traitement de fond lors de la poussée tensionnelle	
Oui, Diminution traitement	16 (8,42)
Non	174 (91,58)

FIGURES

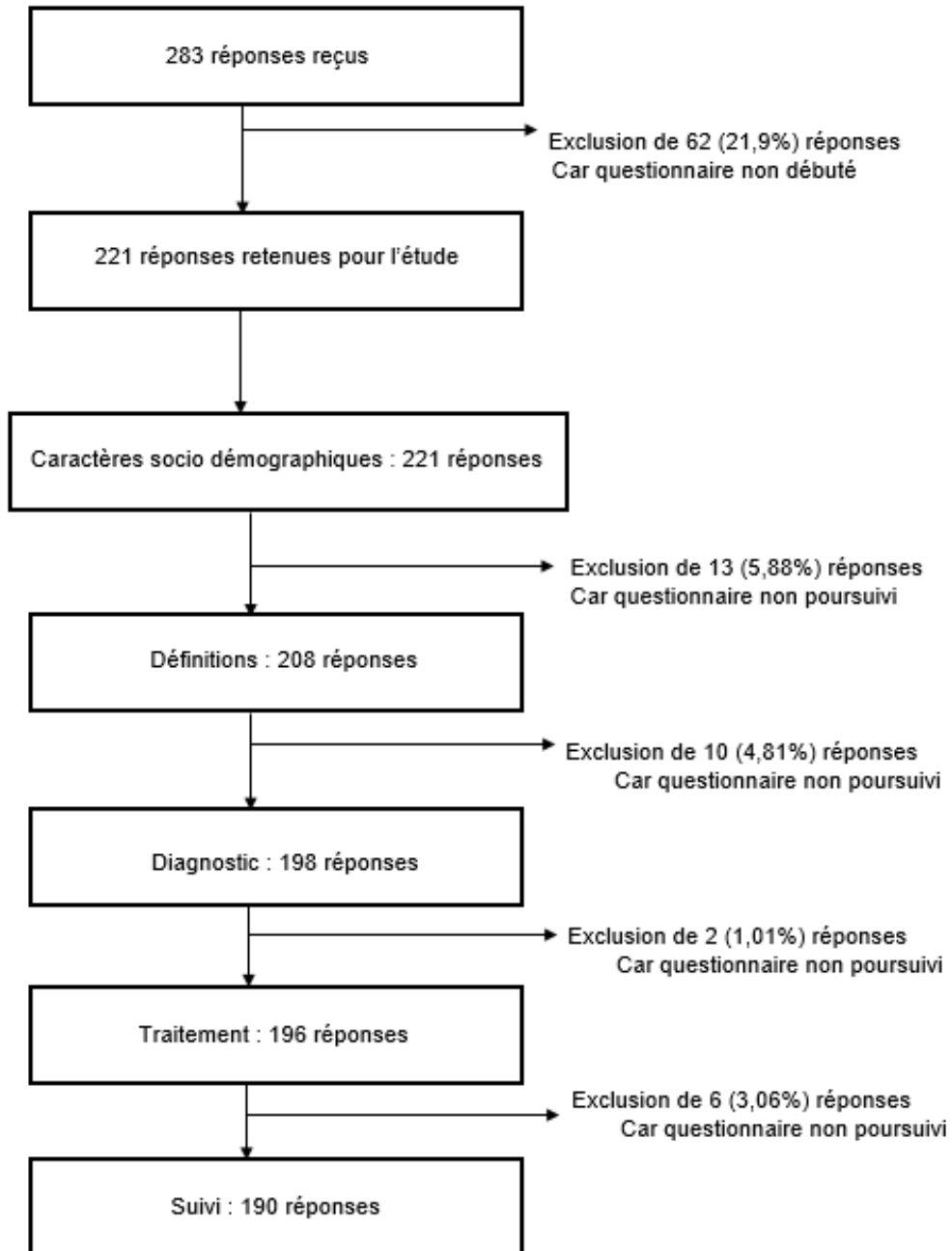
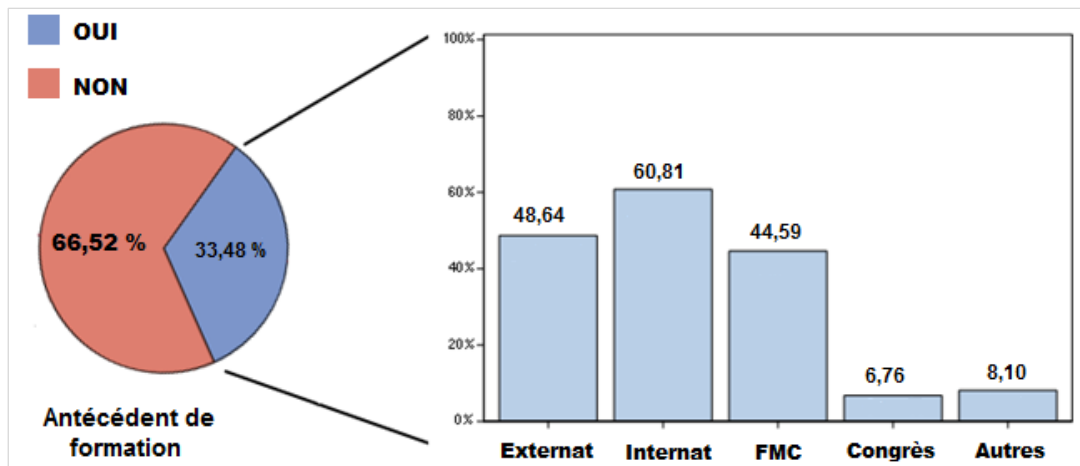
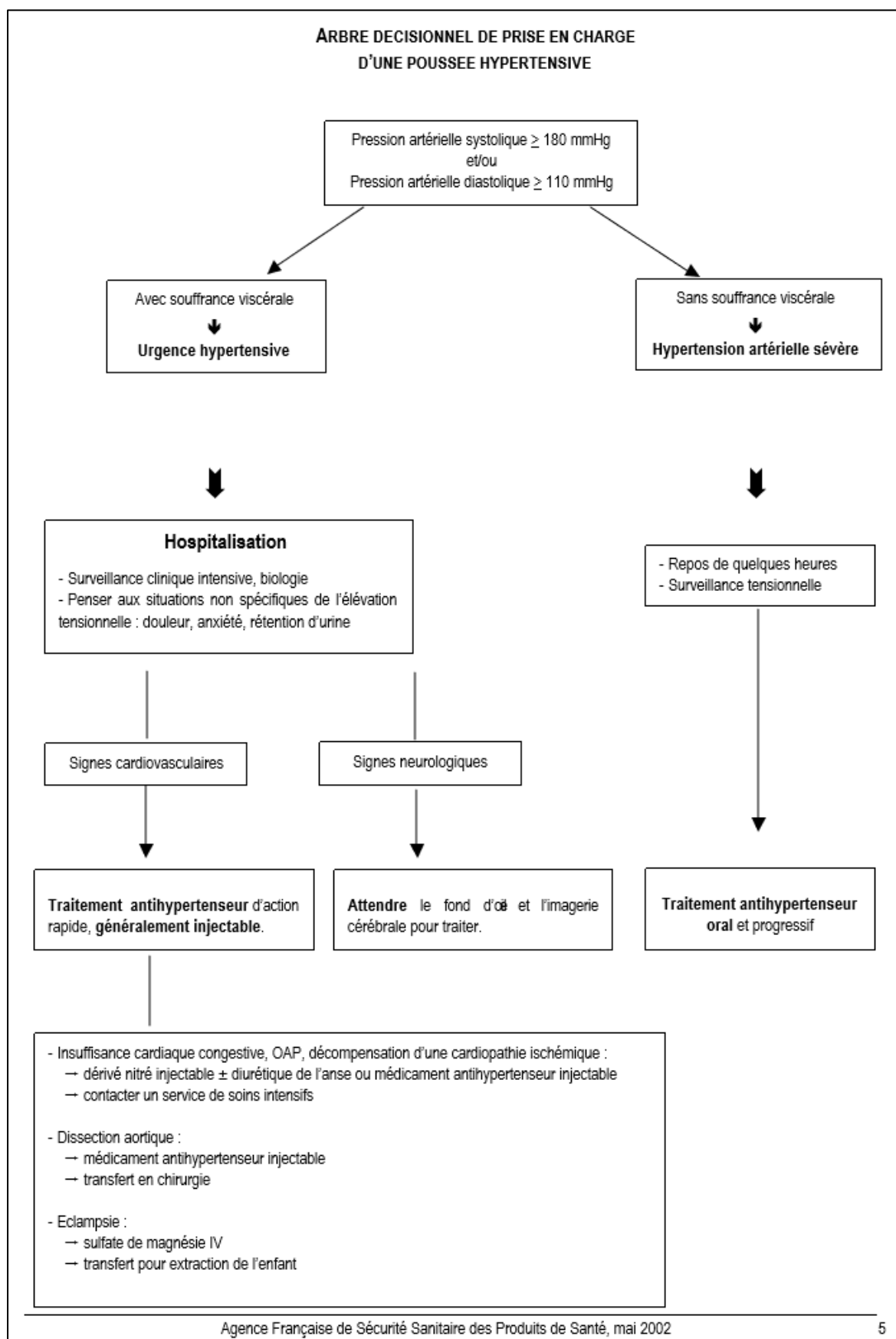
Figure 1 : Diagramme de flux des réponses des généralistes incluses dans l'étude

Figure 2 : Antécédent de formation sur la poussée hypertensive et les circonstances de formation



ANNEXE 1 : arbre décisionnel de prise en charge d'une poussée hypertensive (Afssaps)



ANNEXE 2 : Questionnaire de thèse

Evaluer la prise en charge des poussées hypertensives par les médecins généralistes bretons en milieu ambulatoire

Chère consœur, cher confrère

Actuellement médecin remplaçant non thésé, je sollicite votre aide dans la réalisation de ma thèse dont l'objectif est d'**étudier la prise en charge au cabinet des poussées hypertensives par les médecins généralistes bretons**

Répondre à ce questionnaire vous prendra 10 minutes de votre précieux temps et me permettra de réaliser ma thèse. Je me tiens à votre disposition pour tout complément d'information et pour vous faire part des résultats.

Je vous remercie d'avance de votre aide.

Si vous avez déjà répondu à cette enquête par mail, merci de ne pas me le renvoyer

Il y a 35 questions dans ce questionnaire.

Partie A : Caractéristiques sociodémographiques du médecin généraliste

Il s'agit là de vous connaître un peu plus. Les données sont anonymes.

1 Quels sont vos initiales ? *

Par exemple : "PM" pour Pierre Martin

2 Quel est votre sexe ? * *Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- Féminin
- Masculin

3 Quel est votre âge ? *

Votre réponse doit être comprise entre 20 et 99.

Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

4 Depuis combien d'années exercez-vous ? *

Votre réponse doit être comprise entre 0 et 99

Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

5 Vous exercez en milieu : * *Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

6 Dans quel département exercez-vous ? * *Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- 22
- 29

- 35
- 56

7 Avez-vous déjà eu une formation sur la prise en charge des urgences hypertensives et/ou des poussées tensionnelles simples ? * *Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- Oui
- Non

8 Si « oui » à la question 7 : A quelle(s) occasion(s) ? * *Cochez la ou les réponses*

- pendant l'externat
- pendant l'internat
- lors d'une (ou des) formation(s) médicale(s) continue(s)
- lors d'un (ou des) congrès
- Autre occasion :

9 **Durant les 5 dernières années**, avez-vous assisté à une formation sur les urgences hypertensives et/ou les poussées tensionnelles simples ? * *Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- Oui
- Non

Partie B : Définitions

10 On parle de poussée tensionnelle : Lorsque la tension artérielle **SYSTOLIQUE** est supérieure et/ou égale à : * *Désigner le SEUIL tensionnel (ici systolique) à partir duquel on parle de poussée tensionnelle. Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- 140 mmHg
- 160 mmHg
- 180 mmHg
- 200 mmHg
- 220 mmHg

11 Lorsque la tension artérielle **DIASTOLIQUE** est supérieure et/ou égale à : * *Désigner le SEUIL tensionnel (ici diastolique) à partir duquel on parle de poussée tensionnelle. Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- 90 mmHg
- 100 mmHg
- 110 mmHg
- 130 mmHg

12 Au sein des poussées tensionnelles, quels éléments vous orientent vers une urgence hypertensive ? * *Cochez la ou les réponses.*

- Tension artérielle systolique \geq 220 mmHg
- Tension artérielle diastolique \geq 100 mmHg
- Confusion
- Douleur thoracique
- Sensations pseudo-vertigineuses
- Céphalées d'intensité modérée
- Dyspnée de repos
- Epistaxis non traumatique

- Baisse d'acuité visuelle aigue
- Déficit neurologique focal

13 Quand vous suspectez une urgence hypertensive en consultation, que faites-vous ? * *Cochez la ou les réponses*

- Avis cardiologique dans les 24-48 heures
- Hospitalisation dans les 24-48 heures
- Hospitalisation aux urgences
- Appel du centre 15
- Autre(s) :

Partie C : Diagnostic d'une poussée tensionnelle sans retentissement viscéral immédiat

A présent, les questions ne concernent que la poussée hypertensive SANS urgence hypertensive

14 Selon vous, prendre en charge un patient avec une tension artérielle $\geq 180/110$ mmHg, est une situation clinique en consultation de médecine générale : * *Veillez sélectionner une réponse ci-dessous*

- Très fréquente
- Fréquente
- Rare
- Très rare

15 Au cours du dernier mois, combien de poussées tensionnelles (tension artérielle systolique > 180 mmHg et/ou tension artérielle diastolique > 110 mmHg) avez-vous pris en charge au cours d'une consultation quel qu'en soit le motif initial ? *

16 Concernant votre mesure de la tension artérielle, vous utilisez : * *Veillez sélectionner une réponse ci-dessous*

- Un brassard manuel
- Un brassard électronique

Si la tension artérielle est supérieure à 180/110mmHg : *

17 Si réponse « Un brassard manuel » à la question16 :

	Oui	Non
Contrôlez-vous la tension artérielle aux 2 bras ?		
Recontrôlez-vous la tension au brassard électronique ?		

18 Si réponse « Un brassard électronique » à la question16

	Oui	Non
Contrôlez-vous la tension artérielle aux 2 bras ?		
Recontrôlez-vous la tension au brassard manuel ?		

19 Devant une poussée tensionnelle, recherchez-vous un facteur déclenchant si le patient est : *
Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Toujours	Souvent	Jamais
Asymptomatique			
Symptomatique			

20 Parmi les facteurs déclenchants énoncés ci-dessous, quels sont ceux que vous recherchez habituellement devant une poussée tensionnelle avec un examen clinique normal ? * Cochez la ou les réponses

- Arrêt traitement antihypertenseur
- Prise d'un traitement sympathomimétique
- Prise AINS
- Effort physique avant la consultation
- Douleur aiguë (ex : lombalgies, ...)
- Stress, anxiété
- Autre(s) :

21 Face à une tension artérielle confirmée $\geq 180/110$ mmHg en consultation, faites-vous systématiquement : * Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non
un examen neurologique complet		
un ECG		
une bandelette urinaire		

22 Face à une poussée tensionnelle, prescrivez-vous systématiquement une prise de sang ? * Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

23 Si réponse « Oui » à la question 22 : Que prescrivez-vous ? * Cochez la ou les réponses

- NFS, plaquettes
- Urée
- Créatininémie et clairance rénale
- Ionogramme sanguin
- Protéinurie sur échantillon (ou sur 24h)
- Autre(s) examen(s) biologique(s) :

Partie D : Traitement d'une poussée tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate

24 Devant une poussée tensionnelle confirmée (TA $\geq 180/110$ mmHg) au cabinet avec un examen clinique normal, prescrivez-vous un traitement per os ? * Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes

- Oui
- Non

25 Si réponse « Oui » à la question 24 : Quels sont vos arguments pour justifier l'administration d'un traitement ? * *Cochez la ou les réponses*

- Le niveau des chiffres tensionnels
- La présence de symptôme type céphalées, épistaxis, sensation pseudo-vertigineuses
- Un antécédent d'urgence hypertensive chez le patient
- Le risque de décompensation de comorbidités cardiovasculaires
- Votre expérience professionnelle face à cette situation clinique
- L'absence de traitement antihypertenseur sur l'ordonnance
- Autre(s) argument(s) :

26 Si réponse « le niveau des chiffres tensionnels » à la question 25 : Vous venez de répondre "*les chiffres tensionnels*". A partir de quelle valeur seuil, selon vous, est-il justifié de prescrire un traitement ?
Répondre sous le format : TA systolique/ TA diastolique

.....mmHg

27 Si réponse « Oui » à la question 24 : Que prescrivez-vous ? * *Préciser à chaque réponse sélectionnée, quel(s) traitement(s) vous prescrivez*

- Traitement antihypertenseur d'action rapide per os :
- Majoration (ou introduction) du traitement de fond antihypertenseur :
- Autre(s) traitement(s) :

28 Devant une poussée tensionnelle confirmée ($TA \geq 180/110$ mmHg) avec un examen clinique normal au cabinet, hospitalisez-vous le patient ? * *Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- Oui
- Non

29 Si réponse « Oui » à la question 28 : Quels sont vos arguments pour hospitaliser le patient aux urgences ? *Cochez la ou les réponses*

- Le niveau des chiffres tensionnels
- La présence de céphalées, épistaxis, sensation pseudo-vertigineuses
- Un antécédent d'urgence hypertensive chez le patient
- Le risque de décompensation de comorbidités cardiovasculaires
- Votre expérience professionnelle des élévations tensionnelles
- La nécessité d'avoir l'avis d'un spécialiste (cardiologue, neurologue, ...)
- Autre(s) argument(s) :

30 Si réponse « le niveau des chiffres tensionnels » à la question 29 : Vous venez de répondre "*les chiffres tensionnels*". A partir de quelle valeur seuil, selon vous, est-il justifié d'hospitaliser le patient ?
Répondre sous le format : TA systolique/ TA diastolique

.....mmHg

Partie E : Suivi d'une poussée tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate

31 Devant une poussée tensionnelle confirmée (2 prises de TA $\geq 180/110$ mmHg) au cabinet avec un examen clinique normal, comment organisez-vous le **suivi à la phase aiguë** ? * *Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- Pas de contrôle tensionnel systématique après l'épisode
- Contrôle tensionnel à domicile par auto-mesure
- Contrôle tensionnel au cabinet 1 à 2h après l'épisode
- Contrôle tensionnel au cabinet 24-48h après l'épisode
- Contrôle tensionnel au cabinet à plus d'une semaine de l'épisode

32 A distance d'une poussée tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate, sur quel élément vous appuyez-vous pour évaluer l'efficacité ou non du traitement antihypertenseur ? * *Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- Les chiffres tensionnels à la consultation de suivi
- MAPA (Mesure Automatique de la Pression Artérielle)
- Auto-mesure tensionnelle

33 Vous êtes à 3 mois de la poussée tensionnelle et les chiffres tensionnels sont bien contrôlés. Modifiez-vous le traitement antihypertenseur de fond :

a) s'il n'a **pas été augmenté lors de la poussée** tensionnelle ?* *Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- Oui, je majore le traitement de fond
- Non, je garde la même posologie

34 Vous êtes à 3 mois de la poussée tensionnelle et les chiffres tensionnels sont bien contrôlés. Modifiez-vous le traitement antihypertenseur de fond :

b) s'il a **été augmenté** lors de la poussée tensionnelle ? * *Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- Oui, je le diminue pour revenir aux posologies antérieures à la poussée
- Non, je garde la même posologie

35 En revanche, si les chiffres tensionnels restent élevés dans les 3 mois suivant la poussée tensionnelle, que faites-vous ? * *Cochez la ou les réponses*

- Majorer le traitement de fond
- Demander l'avis à un spécialiste
- Refaire le bilan étiologique
- Autre(s) :

Le questionnaire est maintenant terminé !

Merci de votre participation à cette étude.

Je me tiens à votre disposition pour toute information supplémentaire et ne manquerai pas de vous tenir au courant des résultats de cette étude.

BURBAN, Etienne- Prise en charge ambulatoire des élévations tensionnelles sans souffrance viscérale immédiate en médecine générale : évaluation des pratiques professionnelles en Bretagne

50 feuilles, 4 figures, 14 tableaux. 3 cm- Thèse : Médecine générale ; Rennes 1; 2019 ; N° .

Introduction : Environ 1 à 2 % des patients traités pour une hypertension artérielle présenteront au cours de leur vie une poussée hypertensive. Fréquente dans les cabinets, on comprend aisément le rôle clé du médecin généraliste, en première ligne pour distinguer urgence hypertensive et poussée tensionnelle simple, afin d'optimiser la prise en charge du patient et d'organiser son suivi. Les recommandations internationales et nationales ne sont pas clairement établies. **Objectif** : Cette étude a pour objectifs d'évaluer les connaissances et les pratiques professionnelles des médecins généralistes en Bretagne dans la prise en charge des poussées hypertensives sans souffrance viscérale immédiate. **Méthode** : Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive et transversale, par le biais d'un questionnaire adressé en ligne aux médecins généralistes de la région Bretagne de mars à juin 2018. **Résultats** : 283 réponses ont été colligées avec 190 questionnaires complets. Cette étude montre que les critères diagnostiques permettant de distinguer l'urgence hypertensive de l'élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate sont clairement maîtrisés. L'hospitalisation du patient ayant une poussée hypertensive et un examen clinique normal est très rare. L'orientation devant la suspicion d'urgence hypertensive est aussi bien réalisée. L'étude montre un pourcentage élevé de prescriptions d'antihypertenseur d'action rapide per os (67%) malgré les recommandations françaises de l'AFSSAPS de 2002, lors d'une élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate. Cette proportion importante de prescriptions est justifiée des médecins généralistes par le caractère symptomatique du patient, même bénin, l'importance des chiffres tensionnels ou la crainte de voir décompenser une comorbidité cardiovasculaire. La réévaluation à court terme du patient est trop rare (4,21%). Devant l'absence de formation, notamment récente (9,5%), le développement de formation sur ce sujet pourrait améliorer les pratiques professionnelles. **Conclusion** : La prise en charge des élévations tensionnelles sans souffrance viscérale immédiate par les médecins généralistes en Bretagne est proche des recommandations françaises bien qu'une moindre prescription d'antihypertenseur d'action rapide et une réévaluation à court terme du patient plus fréquente s'imposent.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Elévations tensionnelles sans souffrance viscérale immédiate, médecin généraliste, urgences hypertensives, poussées hypertensives, poussées tensionnelles simples

Mots-clés anglais MeSH : Hypertensives emergencies, Hypertensives urgencies, général practitioners

Président : Madame le Professeur VIGNEAU Cécile

JURY : Assesseurs : Monsieur le Professeur MABO Philippe
Madame le Professeur TATTEVIN-FABLET Françoise
Monsieur le Docteur FOURNET Maxime