

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2019

N° 2019-115

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Charlotte MORICHON
née le 31/07/1988 à Poitiers

Présentée et soutenue publiquement le 10 Septembre 2019

L'AUTO-MESURE TENSIONNELLE EN 2017, UNE ÉVALUATION DES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES À LA MAISON DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLE DE
SAVENAY.

Président : Monsieur le Professeur TROCHU Jean-Noël

Directeur de thèse : Docteur SPIRE Thibaut

REMERCIEMENTS

Aux patients, pour me faire progresser chaque jour.

Au Pr Trochu, pour avoir accepté la présidence de mon jury.

Au Pr Goronflot, pour m'avoir accompagnée de façon bienveillante et attentive lors de ma fin d'internat, merci de me faire le plaisir de faire partie de mon jury.

Au Dr Guihard, pour sa participation à mon jury.

Au Dr Spire, même si ma direction de thèse n'a pas toujours été de tout repos pour toi et que nos objectifs étaient différents, merci d'avoir été présent jusqu'au bout de ce travail et d'y avoir consacré du temps.

Aux médecins de la MSP de Savenay, et tout particulièrement au Dr Michenaud Jérôme, merci de m'avoir permis d'analyser vos pratiques et d'avoir pris le temps d'en rediscuter en réunion. J'espère que ce travail pourra vous servir de façon locale.

À Elise Gand, statisticienne poitevine, amie d'amie, pour ton aide dans la structuration de mon travail, tes remarques avisées, le temps que tu as consacré à relire mon travail. Un grand merci !

Aux médecins rencontrés lors de ma formation et tout particulièrement lors de mon internat, merci pour votre implication dans l'amélioration de mes compétences médicales, et pour votre humanité.

À mes co-internes, pour votre convivialité et votre aide.

À mes co-externes, en particulier la « pétonnet-team », pour votre présence lors de ces années de labeur.

À mes amis de lycée, la « team times-up », pour notre amitié, nos vacances, nos week-ends... grandir et évoluer à vos côtés est un réel bonheur.

Aux cocos, pour notre amitié, notre formation médicale commune, nos discussions enrichissantes, votre présence occupe une place importante.

À ma famille, mon socle,

à mes parents pour m'avoir supporté au cours de toutes ces années, pour m'avoir accompagnée et guidée de votre mieux dans ma vie d'enfant et continuer à le faire dans ma vie d'adulte, pour tous ces moments de partage, pour votre soutien indéfectible et inconditionnel. C'est un grand bonheur de vous avoir pour parents et je ne vous échangerais pour rien au monde

à mon frère, pour ces moments partagés et à venir

à mes grands-parents, mes cousines

à ma tatitoune, mon tontonté, et aussi à mes taties et tontons de cœur (zaza, bébel...)

aux Roros, aux Moreaux et à toute la « communauté », que de bons souvenirs ! Et quelle joie toujours de passer du temps avec vous.

À ma petite famille, mon équilibre de tous les jours,

Kevin, mon pilier, pour ta patience, ton calme, ton écoute, tes qualités et tes défauts, merci de faire partie de ma vie au quotidien

à nos enfants, Clémentine et Marin, qui illuminent notre vie

... à ceux que j'aurais oublié de citer et qui sont pourtant présents à mes côtés, et aux rencontres à venir qui pourraient avoir une place importante dans ma vie.

SERMENT MÉDICAL

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque

SOMMAIRE

Remerciements.....	2
Serment médical.....	3
Index des tableaux et des figures.....	5
Liste des abréviations	6
I. INTRODUCTION.....	7
I.1 L'hypertension artérielle est un enjeu de santé publique majeur.....	8
I.2. Différentes méthodes de mesure de la pression artérielle.....	8
I.2.1. Objectif tensionnel et définition.....	8
I.2.2. Mesure de la pression artérielle en consultation.....	8
I.2.3. Mesure de la pression artérielle en dehors du cabinet.....	9
I.2.3.1. Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle (MAPA).....	9
I.2.3.2. Auto-Mesure Tensionnelle (AMT).....	10
I.3. Place actuelle de l'auto-mesure tensionnelle.....	10
I.3.1. Recommandation actuelle de pratique clinique de l'auto-mesure tensionnelle.....	11
I.3.1.1. Vérification de la qualité de la recommandation de pratique clinique.....	11
I.3.1.2. Critères de réalisation d'auto-mesure tensionnelle en France.....	11
I.3.1.3. Critères de réalisation d'auto-mesure tensionnelle au niveau international.....	13
I.3.2. Quelle est l'utilisation de l'auto-mesure tensionnelle un peu plus de 10 ans après sa recommandation d'utilisation en France ?.....	13
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	14
II.1. Type d'étude.....	14
II.2. Praticiens analysés.....	14
II.3. Données.....	14
II.3.1. Sélection des cas étudiés.....	14
II.3.1.1. Critères d'inclusion.....	14
II.3.1.2. Critères d'exclusion.....	14
II.3.2. Recueil de données et méthode d'échantillonnage.....	14
II.3.3. Données recueillies.....	15
II.4. Objectif principal.....	15
II.4.1. Définition de l'objectif principal.....	15
II.4.2. Critère de jugement : réalisation d'AMT.....	15
II.4.2.1 « AMT demandée ».....	15
II.4.2.2. « AMT non demandée ».....	15
II.4.3. Expression des résultats.....	16
II.5. Objectifs secondaires.....	16
II.5.1. Comparer l'équilibre tensionnel entre les patients ayant réalisé de l'AMT et les autres....	16
II.5.1.1. Critère de jugement : équilibre tensionnel en consultation.....	16
II.5.1.2. de manière quantitative.....	16
II.5.1.3. de manière qualitative.....	16
II.5.1.4. Analyse statistique.....	16
II.5.2. Analyser l'équilibre tensionnel des patients selon les mesures en consultation et l'AMT.	17
II.5.2.1. Critères de jugement : répartition des patients selon l'équilibre tensionnel en consultation et en AMT.....	17
II.5.2.2. Expression des résultats.....	17
II.5.3. Comparer le nombre de médicaments nécessaire à l'obtention de cet équilibre tensionnel	17
II.5.3.1. Critère de jugement : nombre de médicaments par patient.....	17
II.5.3.2. Analyse statistique.....	17

III. RÉSULTATS.....	18
III.1. Diagramme de flux.....	18
III.2. Caractéristiques des médecins de l'étude.....	18
III.3. Caractéristiques de la patientèle hypertendue de l'étude.....	19
III.4. Évaluation de la réalisation d'auto-mesure tensionnelle à la maison de santé pluri-professionnelle (MSP) de Savenay en 2017.....	20
III.4.1. Ensemble des patients de la MSP.....	20
III.4.1.1. Résultat global.....	20
III.4.1.2. Résultat par médecin.....	21
III.4.2. Résultats par sous-groupe.....	23
III.4.2.1. Patients présentant un déséquilibre tensionnel en consultation.....	23
III.4.2.2. Patients avec effet blouse blanche connu.....	23
III.4.2.3. Patients diabétiques.....	24
III.4.2.4. Patients présentant une atteinte rénale chronique.....	25
III.4.2.5. Patients présentant une maladie cardio-vasculaire.....	25
III.4.2.6. Patients présentant un problème d'observance.....	26
III.4.3. Raisons de demande d'auto-mesure tensionnelle par les médecins.....	27
III.5. Comparaison de l'équilibre tensionnel entre les patients AMT + et les autres (AMT -).....	28
III.5.1. Caractéristiques des 2 groupes d'étude.....	28
III.5.2. Analyse quantitative.....	28
III.5.3. Analyse qualitative.....	29
III.6. Répartition des patients de l'étude selon l'équilibre tensionnel en consultation et en AMT... ..	29
III.6.1. Patientèle globale.....	29
III.6.2. Par médecin.....	30
III.7. Comparaison du nombre de médicaments nécessaire à l'obtention de ce contrôle tensionnel.	30
V. DISCUSSION.....	31
IV.1. Concernant la patientèle de l'étude.....	31
IV.1.1. Échantillonnage.....	31
IV.1.2. Caractéristiques de la patientèle hypertendue.....	31
IV.2. Concernant l'objectif principal.....	31
IV.2.1. Analyse globale.....	31
IV.2.2. Analyse par médecin.....	32
IV.3. Concernant les objectifs secondaires.....	35
IV.3.1. Comparaison de l'équilibre tensionnel entre les 2 groupes.....	35
IV.3.2. Répartition des patients de l'étude selon l'équilibre tensionnel en consultation et en AMT	36
IV.3.2.1. HTA effet blouse blanche et HTA masquée.....	36
IV.3.2.2. Équilibre tensionnel.....	37
IV.3.3. Comparaison du nombre de médicaments nécessaire à l'obtention de ce contrôle tensionnel.....	37
V. CONCLUSION.....	38
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	42
VII. ANNEXE.....	44

INDEX DES TABLEAUX ET DES FIGURES

TABLEAUX

Tab 1 : objectif tensionnel et définition	8
Tab 2 : caractéristiques de la patientèle hypertendue de l'étude.....	19
Tab 3 : répartition des AMT en patientèle globale.....	19
Tab 4 : réalisation d'AMT par médecin en patientèle totale.....	20
Tab 5 : réalisation d'AMT par médecin pour les patients en déséquilibre tensionnel en consultation	22
Tab 6 : réalisation d'AMT par médecin pour les patients avec effet blouse blanche connu.....	23
Tab 7 : réalisation d'AMT par médecin chez les patients diabétiques.....	24
Tab 8 : réalisation d'AMT par médecin chez les patients ayant une atteinte rénale chronique.....	24
Tab 9 : réalisation d'AMT par médecin chez les patients ayant une maladie cardio-vasculaire.....	25
Tab 10 : réalisation d'AMT par médecin chez les patients présentant un problème d'observance....	26
Tab 11 : caractéristiques des 2 groupes d'étude (AMT + et AMT-).....	27
Tab 12 : répartition des patients équilibrés (éq+) et non équilibrés (éq-) au niveau tensionnel en fonction de la pratique ou non d'AMT.....	28
Tab 13 : nombre de médicaments pris au sein du groupe AMT+ et AMT-.....	30

FIGURES

Fig 1 : diagramme de flux de l'étude.....	18
Fig 2 : répartition des patients de l'étude par âge et par sexe.....	18
Fig 3 : répartition des AMT à la MSP de Savenay.....	20
Fig 4 : pourcentage de réalisation des AMT par médecin chez l'ensemble des patients hypertendus	21
Fig 5 : comparaison des différents profil de réalisation d'AMT pour chaque médecin.....	21
Fig 6 : pourcentage de réalisation des AMT par médecin chez les patients hypertendus en déséquilibre tensionnel en consultation.....	23
Fig 7 : pourcentage de réalisation des AMT par médecin chez les patients hypertendus avec effet blouse blanche connu.....	23
Fig 8 : pourcentage de réalisation des AMT par médecin chez les patients hypertendus diabétiques	24
Fig 9 : pourcentage de réalisation des AMT par médecin chez les patients hypertendus avec maladie rénale chronique.....	24
Fig 10 : pourcentage de réalisation des AMT par médecin chez les patients hypertendus avec maladie cardio-vasculaire.....	25
Fig 11 : pourcentage de réalisation des AMT par médecin chez les patients hypertendus présentant un problème d'observance.....	26
Fig 12 : raisons de demande d'AMT par les médecins.....	26
Fig 13 : répartition des patients en fonction de leur équilibre tensionnel en consultation, puis en AMT.....	29
Fig 14 : pourcentage d'AMT retenues par médecin en corrélation avec l'équilibre tensionnel en consultation et après correction sur l'AMT.....	29

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

AGREE : Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument
AMT : Auto-Mesure Tensionnelle
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
CS : consultation
DFG : Débit de Filtration Glomérulaire
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
FA : Fibrillation Atriale
FC : Fréquence Cardiaque
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA : HyperTension Artérielle
IDM : Infarctus Du Myocarde
MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle
MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PA : Pression Artérielle
PAD : Pression Artérielle Diastolique
PAS : Pression Artérielle Systolique
RPC : Recommandation pour la Pratique Clinique
SFHTA : Société Française d'HyperTension Artérielle
TA : Tension Artérielle

I. INTRODUCTION

I.1 L'hypertension artérielle est un enjeu de santé publique majeur

- en terme de fréquence : première maladie chronique dans le monde ; premier motif de consultation en médecine générale dans le monde ; facteur de risque cardio-vasculaire le plus fréquent et en constante augmentation ; en France métropolitaine, en 2007, en moyenne 15 à 20 nouveaux patients hypertendus par médecin et par an (1)
- en terme de gravité : deuxième facteur de risque cardio-vasculaire responsable de décès après le tabac ; selon l'OMS, elle serait responsable de 18 % des décès dans les pays riches en 2004 et de 45 % des décès d'origine cardiovasculaire (2)
- parce qu'il s'agit d'un facteur de risque cardio-vasculaire en partie modifiable (mesures hygiéno-diététiques, thérapeutique)
- parce qu'elle est insuffisamment détectée, traitée et contrôlée en France (3)

Les bénéfices du contrôle de la pression artérielle chez le patient hypertendu sont démontrés. De plus, son dépistage précoce et sa prise en charge contribuent à l'allongement de l'espérance de vie.

Cependant, il reste des progrès à réaliser : en France, environ 20% des patients hypertendus ne sont pas traités et 50% des patients hypertendus traités n'atteignent pas les objectifs de pression artérielle contrôlée. (4)

I.2. Différentes méthodes de mesure de la pression artérielle

I.2.1. Objectif tensionnel et définition

Tab 1 : objectif tensionnel et définition :

		mesure au cabinet	
		NORMALE < 80ans < 140/90mmHg ≥ 80ans <150/90mmHg	AUGMENTÉE < 80ans > 140/90 mmHg ≥ 80ans > 150/90 mmHg
mesure ambulatoire en AMT	NORMALE < 80ans < 135/85 mmHg ≥ 80ans < 145/85 mmHg	TA normale	HTA blouse blanche
	AUGMENTÉE < 80ans > 135/85 mmHg ≥ 80ans > 145/85 mmHg	HTA masquée	HTA permanente

I.2.2. Mesure de la pression artérielle en consultation

Elle reste le gold standard, même si l'AMT et la MAPA sont toutes deux plus fortement corrélées à l'atteinte des organes cibles (cœur, artères, reins) et au risque de complications cardio-vasculaires, que la PA au cabinet médical. (5) (6) (7) (8)

Type d'appareil :

Il est préférable d'utiliser un appareil de mesure électronique oscillométrique, plutôt que d'effectuer une mesure auscultatoire. En effet, la méthode électronique permet de limiter les erreurs de manipulation et les biais liés à l'observateur. (6) (7)

Technique de mesure de la PA : (4)

- Utiliser de préférence un appareil au bras, électronique et validé
- Effectuer au minimum 2 mesures avec un brassard adapté à la circonférence du bras
- Mesurer la PA la première fois aux deux bras (considérer le bras où la mesure est la plus haute) et mesurer la fréquence cardiaque
- Effectuer les mesures chez un patient en position assise ou allongée, au repos durant au moins 3 à 5 minutes, dans le calme et sans parler
- Lors de la mesure initiale et au cours du suivi : il faut rechercher une hypotension orthostatique après 1 et 3 minutes au moins en position debout. L'hypotension orthostatique est définie par une réduction de la PAS > 20 mmHg ou de la PAD > 10 mmHg au cours des 3 minutes suivant le passage en position debout. Elle constitue un facteur aggravant de mortalité et d'événements cardiovasculaires. (9)

Classification des résultats de PA : (10)

L'HTA est définie par une PA ≥ 140 mmHg et/ou une PAD ≥ 90 mmHg

- stade 1 : PAS ≥ 140 -159 mmHg et/ou PAD ≥ 90 -99 mmHg
- stade 2 : PAS ≥ 160 -179 mmHg et/ou PAD ≥ 100 -109 mmHg
- stade 3 : PAS ≥ 180 mmHg et/ou PAD ≥ 110 mmHg

I.2.3. Mesure de la pression artérielle en dehors du cabinet**I.2.3.1. Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle (MAPA) (7)**

Modalité de la MAPA : les mesures de PA sont effectuées automatiquement et en moyenne, toutes les 15 minutes en journée et toutes les 30 minutes dans la nuit, pendant une période de 24h, le plus souvent à l'aide d'un appareil oscillométrique.

Normes : (9)

définition de l'HTA avec la MAPA: PAS > 130 mmHg et PAD > 80 mmHg

- jour : PAS > 135 mmHg et PAD > 85 mmHg
- nuit : PAS > 120 mmHg et PAD > 70 mmHg

Avantages :

- fournir un nombre élevé de mesures
- permettre d'identifier une HTA blouse blanche ou une HTA masquée
- fournir des mesures sur tout le nyctémère et évaluer les variabilités de la PA sur 24 heures
- pas de nécessité de former le patient
- pas de risque de mauvaise retranscription des données par le patient

Inconvénients :

- coût élevé
- durée de 24 heures
- accessibilité
- inconfort pour le patient

Limites :

- plus adaptée en soins spécialisés, moins adaptée en soins primaires

I.2.3.2. Auto-Mesure Tensionnelle (AMT) (7)**Modalités de l'AMT : (4)**

- Utiliser un appareil validé et de préférence avec un brassard huméral
- Former le patient à la technique de l'AMT (et si besoin son entourage)
- Prendre les mesures en position assise, au repos avec l'avant-bras posé sur la table
- Effectuer 3 mesures le matin avant le petit déjeuner et la prise de médicaments, 3 mesures avant le coucher, 3 jours de suite, en espaçant les mesures de quelques minutes
- Demander au patient de noter par écrit les valeurs de PA (systolique et diastolique) et de la FC observées

Normes :

moyenne des valeurs de PA correspondant à une HTA : PAS $\geq$ 135 mmHg ou PAD $\geq$ 85 mmHg

Avantages :

- fournir un nombre élevé de mesures, tout en pouvant être répétée plus fréquemment que la MAPA
- permettre d'identifier une HTA blouse blanche ou une HTA masquée
- fournir des mesures sur toute la période diurne
- évaluer les variabilités de la PA en fonction des traitements
- être bien tolérée par les patients
- avoir un faible coût

Inconvénients :

- nécessité de former le patient à cette technique
- absence de mesures en période de sommeil

Limites :

- possible risque d'erreur de retranscription des résultats par le patient (mais les appareils de mesure avec mémoire intégrée limitent ce biais)
- méthode inadaptée en cas de trouble du rythme
- déficience mentale ou physique empêchant le patient d'utiliser correctement l'appareil

I.3. Place actuelle de l'auto-mesure tensionnelle

L'utilisation de l'AMT pour le dépistage, le diagnostic et le suivi de l'HTA est une méthode validée et recommandée par les Sociétés Européennes et Américaines :

- première conférence de consensus internationale formulant des recommandations pour l'utilisation de l'AMT en Mai 2000, (11)
- en France, usage recommandé depuis 2005 (HAS) (12) avec confirmation et extension de son recours en 2011 (SFHTA) (5), ainsi que plus récemment en Septembre 2016 (fiche mémo HAS) (4), et dernièrement en Décembre 2018 (SFHTA) (13).

I.3.1. Recommandation actuelle de pratique clinique de l'auto-mesure tensionnelle

En France, le référentiel le plus récent en 2017, est la fiche mémo HAS de Septembre 2016 « Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte ». (4) (7)

I.3.1.1. Vérification de la qualité de la recommandation de pratique clinique

Afin de confirmer la qualité de cette recommandation pour la pratique clinique (RPC), nous lui avons appliqué la grille AGREE 2 (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument), (14) réalisée par un seul évaluateur :

la qualité générale de la RPC est évaluée à 6/7, ce qui permet d'en recommander l'évaluation ; avec dans le détail :

- domaine 1 : Champ et objectif 100 %
- domaine 2 : Participation des groupes concernés 77.8 %
- domaine 3 : Rigueur d'élaboration de la recommandation 93.8 %
- domaine 4 : Clarté et présentation 88.9 %
- domaine 5 : Applicabilité 76 %
- domaine 6 : Indépendance éditoriale 91.7 %

I.3.1.2. Critères de réalisation d'auto-mesure tensionnelle en France

Dans cette fiche mémo, l'AMT est recommandée pour **tous les patients hypertendus** :

« *La surveillance tensionnelle comprend la mesure de la PA au cabinet médical, ET l'analyse de mesures tensionnelles récentes faites au domicile* » (p 7)

« *Cette consultation [dans le cadre de l'organisation du suivi après 6 mois] a aussi pour but de rappeler les règles pratiques de l'AMT* » (p 7)

Donc si nous nous référons aux recommandations actuelles, l'ensemble des patients hypertendus devrait bénéficier d'un suivi tensionnel par réalisation d'AMT.

Nous nous demandons s'il existe des sous-groupes dans lesquels la réalisation d'AMT aurait un intérêt majeur.

En se basant sur la RPC, 3 sous-groupes ressortent de façon claire et précise :

- les patients en déséquilibre tensionnel sur les mesures de consultation :

« *à 6 mois, si la PA de consultation n'est pas contrôlée, il est recommandé de réaliser une AMT ou une MAPA* » (p 8) et « *Le plus souvent une mesure tensionnelle à domicile est nécessaire pour évaluer l'efficacité du traitement. Elle est recommandée avant chaque modification thérapeutique* » (p 6)

- l'« HTA blouse blanche » :

« *La constatation d'une HTA en consultation associée à une PA normale en dehors du cabinet médical [...] est appelée « HTA blouse blanche » [...] Elle nécessite une surveillance tensionnelle annuelle...* » (p 2)

Elle est à différencier de l'**HTA avec effet blouse blanche**, dans laquelle le patient est hypertendu et nécessite un traitement pour avoir des chiffres tensionnels normaux en AMT. Néanmoins, sous traitement, il pourra présenter une PA de consultation non contrôlée et une AMT normale (rejoignant la catégorie « patients en déséquilibre tensionnel »).

- les patients diabétiques :

« *l'HTA masquée est plus fréquente chez le patient diabétique* » (p 8) or la définition de l'HTA masquée (PA mesurée en consultation normale VS PA mesurée à domicile augmentée), nécessite la réalisation d'AMT ; donc celle-ci doit être réalisée chez le patient diabétique pour ne pas méconnaître une HTA masquée.

3 autres sous-groupes méritent que nous leur prêtions attention, même si les recommandations de pratiques restent plus floues :

- les patients présentant un problème d'observance :

« *En pratique l'AMT est plus adaptée en soins primaires et favorise l'implication du patient dans sa prise en charge* » (p 2)

Nous pouvons donc penser que chez un patient présentant un problème d'observance, la réalisation d'AMT sera bénéfique en favorisant son implication dans sa prise en charge.

-les patients présentant une atteinte d'organe cible : **maladie cardiovasculaire et **maladie rénale chronique** :**

« *Les bénéfices de la baisse de PA chez les patients hypertendus sont démontrés :*

→ *elle réduit le risque d'accidents vasculaires cérébraux, de démence, d'insuffisance cardiaque et de décès d'origine cardio-vasculaire ;*

→ *elle retarde l'insuffisance rénale chronique terminale* » (p 1)

« *rechercher une atteinte vasculaire, cardiaque, cérébrale ou rénale associée* » [atteinte des organes cibles] (p 3)

en creusant dans le rapport d'élaboration de la recommandation, on trouve la notion suivante :
« *L'AMT et la MAPA sont toutes deux plus fortement corrélées à l'atteinte des organes cibles (cœur, artères, reins) et au risque de complications cardio-vasculaires, que la PA au cabinet médical.* » (p 36)

Donc chez les patients présentant déjà une atteinte des organes cibles (**cardio-vasculaire, maladie rénale chronique**), il serait intéressant d'effectuer de l'AMT.

Pour résumer, la pratique de l'AMT est donc intéressante :

- pour l'ensemble des patients hypertendus

et plus particulièrement pour :

- les patients présentant un déséquilibre tensionnel sur les mesures de consultation
- les patients avec effet blouse blanche
- les patients diabétiques

et certainement pour :

- les patients présentant un problème d'observance
- les patients présentant une maladie rénale chronique
- les patients présentant une atteinte cardio-vasculaire

I.3.1.3. Critères de réalisation d'auto-mesure tensionnelle au niveau international

Au niveau international, les recommandations les plus précises concernant les critères de réalisation des AMT sont les recommandations canadiennes (6). Le recours à l'AMT y est indiqué de façon régulière chez tous les patients et plus particulièrement en cas de :

- diabète associé (grade D);
- maladie rénale chronique (grade C) ;
- mauvaise observance (grade D);
- HTA blouse blanche ou HTA masquée (grade C)

Au niveau européen, les recommandations de pratique de l'AMT sont les suivantes : (9)

- suspicion ou confirmation d'HTA « blouse blanche » ou d'HTA « masquée »
- variabilité importante des mesures de PA au cabinet
- hypotension (orthostatique, posturale, post-prandiale, induite par des médicaments)
- HTA élevée ou suspicion de pré-éclampsie
- exploration d'une HTA résistante

Les critères retrouvés et déduits de la recommandation Française, sont donc concordants avec les critères internationaux.

I.3.2. Quelle est l'utilisation de l'auto-mesure tensionnelle un peu plus de 10 ans après sa recommandation d'utilisation en France ?

Pour répondre à cette question, nous réalisons une évaluation des pratiques professionnelles à la Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) de Savenay sur l'année 2017.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

II.1. Type d'étude

Nous réalisons une évaluation des pratiques professionnelles.

Il s'agit d'une étude descriptive, monocentrique à la MSP de Savenay, rétrospective sur la période du 01/01/2017 au 31/12/2017, avec échantillonnage pour analyse de 1/4 des patients hypertendus de chaque médecin de la MSP, respectant la méthodologie de référence MR-004.

II.2. Praticiens analysés

8 praticiens installés ou collaborateurs, travaillant à la MSP de Savenay en 2017,

1 des praticiens a été exclu de l'analyse, car récemment installé (patientèle non comparable aux autres).

II.3. Données

II.3.1. Sélection des cas étudiés

II.3.1.1. Critères d'inclusion

- être patient de la MSP de Savenay,
- être hypertendu,
- avoir été suivi sur la totalité de l'année 2017 pour l'équilibre tensionnel

II.3.1.2. Critères d'exclusion

- administratifs :
 - décès
 - institutionnalisation (EHPAD)
 - patient non vu en 2017
 - dossier incomplet, notamment avec ≤ 1 mesure tensionnelle
 - AMT non réalisable :
 - troubles du rythme cardiaque (dont fibrillation atriale)
 - déficience mentale
 - déficience physique
- } empêchant le patient d'utiliser correctement l'appareil d'AMT

II.3.2. Recueil de données et méthode d'échantillonnage :

Utilisation du logiciel ICT chorus.

La codification des données ne permettant pas de récupérer directement les patients ayant bénéficié d'AMT, nous récupérons la liste de tous les patients hypertendus de chaque médecin (génération automatique de cette liste, qui nécessite au préalable que le médecin ait coché la case « HTA » dans le dossier de chaque patient hypertendu).

Le nombre de patients ainsi obtenu étant très important (1327), nous décidons (après échange avec les médecins de la MSP) de réaliser un échantillonnage pour aboutir à environ 25 % de dossiers analysables par médecin. Nous procédons par sélection dans la liste classée par ordre alphabétique : si le patient est inclus, les 3 patients suivants ne seront pas analysés et le 4ème patient sera analysé ; s'il est exclu, le patient suivant est analysé jusqu'au prochain patient inclus.

II.3.3. Données recueillies :

Pour chaque patient exclu, nous avons recueilli son motif d'exclusion.

Pour chaque patient inclus, nous avons recueilli :

- son âge
- ses antécédents de : diabète, atteinte rénale chronique (définie par un DFG <60 mL/min, la présence d'une micro-albuminurie ou d'une protéinurie significative de façon prolongée), atteinte cardio-vasculaire (IDM, AOMI, AVC), effet blouse blanche connu (case cochée), problème d'observance (évaluation subjective par la lecture des notes de consultation)
- les chiffres de PA mesurée en consultation
- les moyennes des chiffres de PA mesurée en AMT
- la classe thérapeutique des traitements anti-hypertenseurs pris et le nombre de médicaments pris

II.4. Objectif principal

II.4.1. Définition de l'objectif principal :

évaluer le pourcentage de réalisation d'AMT préconisées, par les praticiens de la MSP de Savenay, chez les patients hypertendus, au cours de l'année 2017.

II.4.2. Critère de jugement : réalisation d'AMT :

II.4.2.1 « AMT demandée »

concerne toutes les situations dans lesquelles le praticien a demandé au patient de réaliser une AMT.

Nous les répartirons de la manière suivante :

- « **AMT +** » : les AMT répondant au protocole ont été retenues :
 - AMT visualisable : 18 mesures, 3 matins et 3 soirs sur 3 jours consécutifs, ou plus
 - AMT non visualisable, mais moyenne précise notée en texte libre dans l'observation médicale
- « **AMT écartée** » : les AMT ne répondant pas au protocole n'ont pas été retenues :
 - AMT visualisable : < 18 mesures et/ou < 3 jours ou réalisation de mesures isolées de TA à domicile
 - AMT non visualisable et moyenne d'AMT notée dans l'observation médicale approximative (exemple « entre 13 et 14 »)
- « **AMT non faite** » :
 - concerne la demande de réalisation d'AMT par le praticien et sa non réalisation par le patient

II.4.2.2. « AMT non demandée »

concerne l'absence de demande de réalisation d'AMT par le praticien

II.4.3. Expression des résultats

Nous analyserons séparément le pourcentage de réalisation d'AMT dans les sous-groupes de patients suivants :

- ensemble des patients
- patients en déséquilibre tensionnel en consultation
- patients avec effet blouse blanche surajouté connu
- patients présentant un diabète
- patients présentant une atteinte cardio-vasculaire
- patients présentant une atteinte rénale chronique
- patients présentant un problème d'observance

Cette analyse sera présentée sur l'ensemble des patients et par médecin.

Pour avoir un reflet complet de l'utilisation de l'AMT à Savenay, nous décrirons également les raisons de demandes de réalisation d'AMT par les médecins.

II.5. Objectifs secondaires :

II.5.1. Comparer l'équilibre tensionnel entre les patients ayant réalisé de l'AMT et les autres

II.5.1.1. Critère de jugement : équilibre tensionnel en consultation

Les patients AMT + sont ceux répondant aux critères précédemment définis en 5.2.1.

Les patients AMT - sont tous les autres : AMT écartée + AMT non faite + AMT non demandée.

II.5.1.2. de manière quantitative :

pour chaque patient nous calculerons la moyenne des relevés tensionnels effectués en consultation sur l'année, puis nous comparerons la moyenne tensionnelle annuelle pour chaque groupe

II.5.1.3. de manière qualitative :

à partir de la moyenne des relevés tensionnels effectués en consultation sur l'année de chaque patient, nous définirons le statut « éq+ » pour les patients atteignant l'objectif tensionnel et « éq- » pour les patients n'atteignant pas cet objectif.

L'objectif tensionnel étant défini à partir de l'âge par :

si < 80 ans, équilibré si PAS < 140 mmHg et PAD < 90 mmHg / non équilibré sinon

si ≥ 80 ans, équilibré si PAS < 150 mmHg et PAD < 90 mmHg / non équilibré sinon

II.5.1.4. Analyse statistique :

- les variables quantitatives seront présentées sous forme moyenne ± écart type, et étudiées avec un test de Student

-les variables qualitatives seront présentées sous forme nombre et fréquence, et étudiées avec un test de Chi2

II.5.2. Analyser l'équilibre tensionnel des patients selon les mesures en consultation et l'AMT

II.5.2.1. Critères de jugement : répartition des patients selon l'équilibre tensionnel en consultation et en AMT

Nous utiliserons la moyenne annuelle des TA de consultation et des AMT réalisées pour juger de l'équilibre tensionnel.

L'équilibre tensionnel en consultation est défini comme précédemment en 6.1.3

L'équilibre tensionnel en AMT est défini à partir de l'âge par :

si < 80 ans, équilibré si PAS < 135 mmHg et PAD < 85 mmHg / non équilibré sinon

si ≥ 80 ans, équilibré, si PAS < 145 mmHg et PAD < 85 mmHg / non équilibré sinon

II.5.2.2. Expression des résultats :

Les résultats seront présentés pour la patientèle totale et par médecin.

Concernant la patientèle totale, nous présenterons les résultats sous forme de diagramme de flux.

Les patients pour lesquels une discordance sera objectivée entre équilibre tensionnel de consultation et équilibre tensionnel en AMT seront considérés comme :

- HTA masquée, si TA consultation équilibrée et TA AMT non équilibrée
- HTA effet blouse blanche, si TA consultation non équilibrée et TA AMT équilibrée

Concernant les résultats par médecin, nous les présenterons sous forme de diagramme, avec mise en rapport entre pourcentage d'AMT+, pourcentage de patients éq+ sur les mesures de consultation et pourcentage de patients éq+ après correction sur les mesures en AMT lorsqu'elles sont disponibles. Nous calculerons les moyennes ± écart type des pourcentages d'équilibre tensionnel.

II.5.3. Comparer le nombre de médicaments nécessaire à l'obtention de cet équilibre tensionnel

II.5.3.1. Critère de jugement : nombre de médicaments par patient

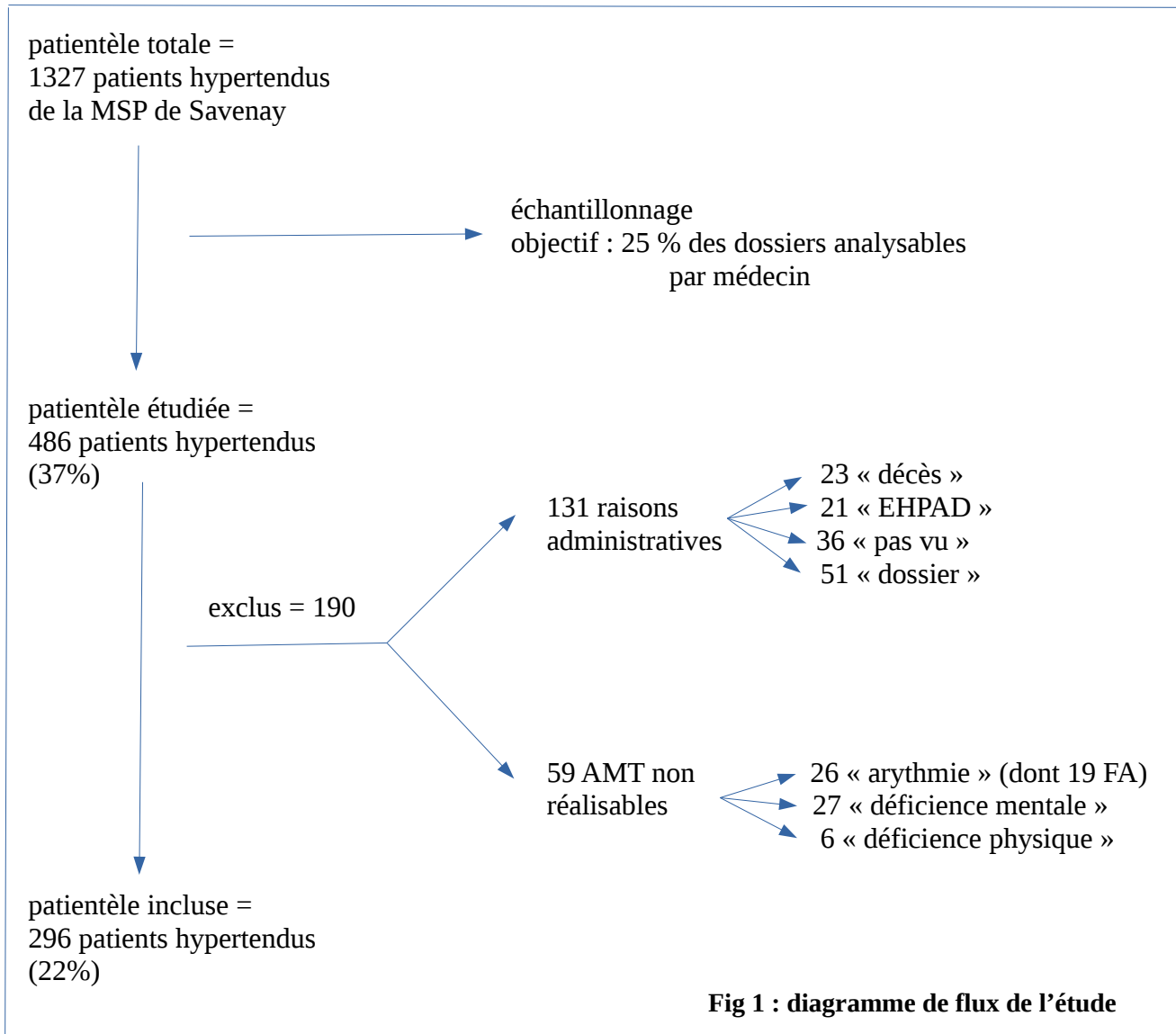
Nous analyserons le nombre de médicaments pris par patient dans les groupes AMT+ et AMT-.

II.5.3.2. Analyse statistique :

Le nombre de médicaments pris étant une variable quantitative discrète, les résultats seront présentés sous forme nombre et fréquence et analysés avec un test exact de Fisher.

III. RÉSULTATS

III.1. Diagramme de flux

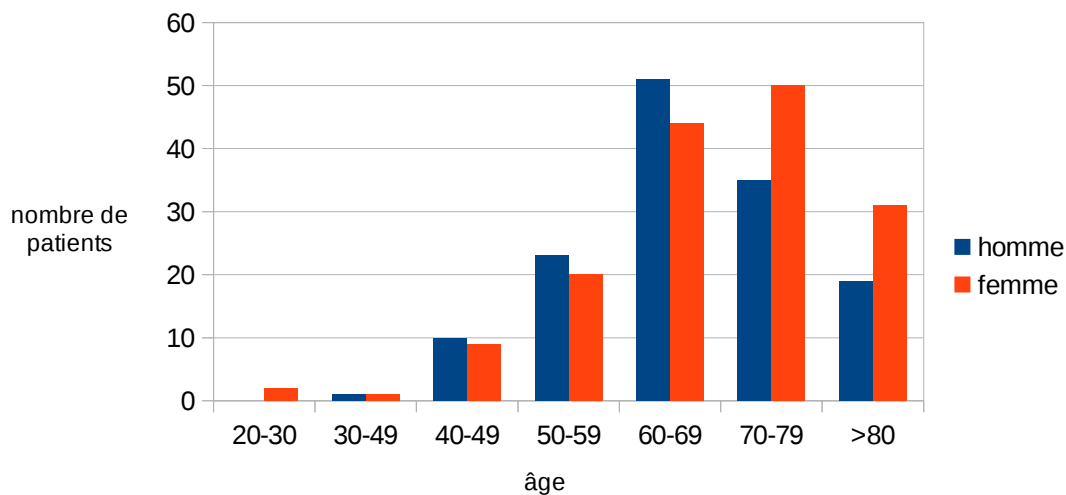


III.2. Caractéristiques des médecins de l'étude

- sex ratio de 2,5 (5 hommes pour 2 femmes),
- âge moyen de 45 ans (de 38 à 60 ans),
- installés depuis 12,8 ans en moyenne (de 1985 à 2013),
- nombre moyen de patients suivis de 1339 (1053 à 1500),
- mesure de TA en consultation : oscillométrique pour 4 et manuelle pour les 3 autres

III.3. Caractéristiques de la patientèle hypertendue de l'étude

Fig 2 : répartition des patients de l'étude par âge et par sexe



Tab 2 : caractéristiques de la patientèle hypertendue de l'étude

Caractéristiques de la patientèle hypertendue analysée	
nombre de patients	296
âge	68 ± 12
femme	157 (53 %)
diabétique	65 (22 %)
maladie rénale chronique	33 (11 %)
maladie cardio-vasculaire	52 (18 %)
effet blouse blanche surajouté connu	86 (29 %)
déséquilibre tensionnel en consultation	119 (40 %)
problème d'observance	40 (14 %)

Les patients de notre étude ont un âge moyen de 68 ans (± 12).

Ils sont composés à 53 % de femmes.

22 % présentent un diabète, 11 % une maladie rénale chronique, 18 % une maladie cardiovasculaire.

14 % ont des problèmes d'observance, 29 % un effet blouse blanche connu.

40 % des patients sont en déséquilibre tensionnel en consultation.

III.4. Évaluation de la réalisation d'auto-mesure tensionnelle à la maison de santé pluri-professionnelle de Savenay en 2017

III.4.1. Ensemble des patients de la MSP

III.4.1.1. Résultat global

Tab 3 : répartition des AMT en patientèle globale

Patientèle globale

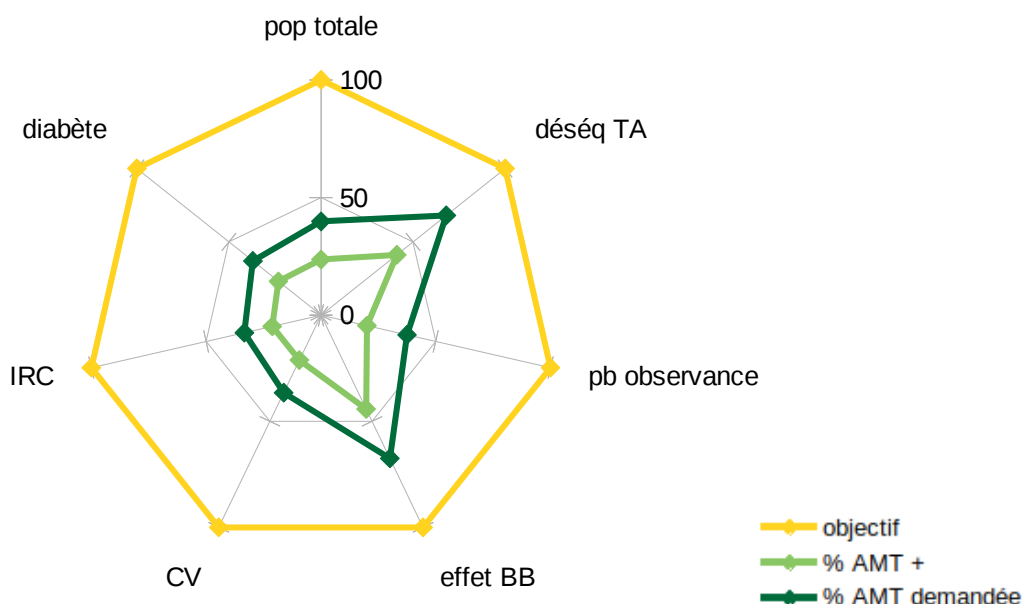
	total	% pop	AMT demandée	%	AMT +	%	AMT écartée	%	AMT non faite	%	pas d'AMT demandée	%
pop totale	296		118	40	70	24	21	7	27	9	178	60
déséq TA	119	40	81	68	49	41	17	14	15	13	38	32
effet BB	86	29	58	67	38	44	12	14	8	9	28	33
diabète	65	22	24	37	15	23	5	8	4	6	41	63
IRC	33	11	11	33	7	21	1	3	3	9	22	67
CV	52	18	19	37	11	21	3	6	5	10	33	63
pb observance	40	14	15	38	8	20	1	3	6	15	25	63

Concernant la patientèle globale de l'étude :

- ensemble des patients (pop totale) : 40 % d'AMT demandées et 24% d'AMT+
- patients en déséquilibre tensionnel en consultation (déséq tensionnel) : 68 % d'AMT demandées et 41 % d'AMT+
- patients avec effet blouse blanche connu (effet BB) : 67 % d'AMT demandées et 44 % d'AMT+
- diabétiques (diabète) : 37 % d'AMT demandées et 23 % d'AMT+
- maladie rénale chronique (IRC) : 33 % d'AMT demandées et 21 % d'AMT+
- maladie cardio-vasculaire (CV) : 37 % d'AMT demandées et 21 % d'AMT+
- problème d'observance (pb observance) : 38 % d'AMT demandées et 20 % d'AMT+

Ce qui nous donne le profil d'AMT suivant à la MSP :

Fig 3 : répartition des AMT à la MSP de Savenay



III.4.1.2. Résultat par médecin (cf annexe 1)

Tab 4 : réalisation d'AMT par médecin en patientèle totale

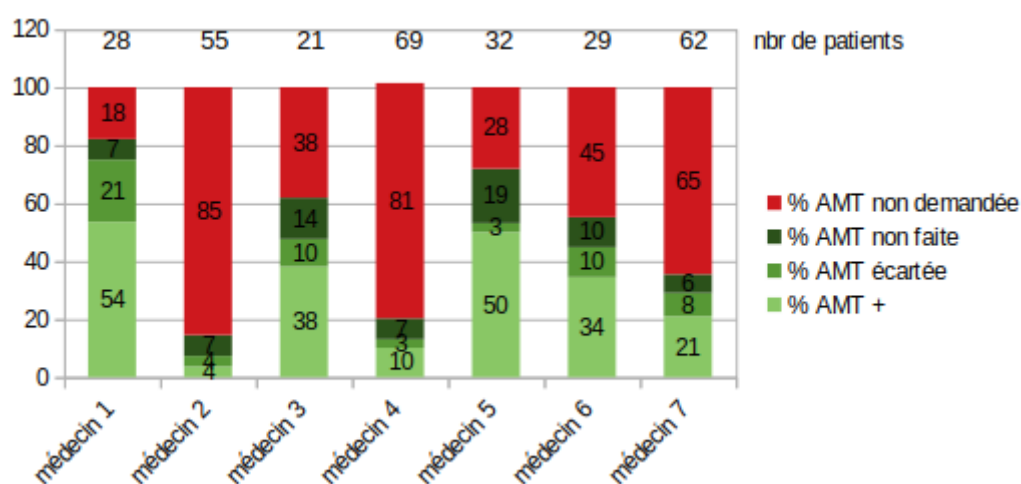
POP TOTALE

	total	% AMT +	% AMT écartée	% AMT non faite	% AMT non demandée
médecin 1	28	54	21	7	18
médecin 2	55	4	4	7	85
médecin 3	21	38	10	14	38
médecin 4	69	10	3	7	81
médecin 5	32	50	3	19	28
médecin 6	29	34	10	10	45
médecin 7	62	21	8	6	65

En moyenne :

- AMT non demandées : 51 % $\pm$ 26, soit AMT demandées : 49 % $\pm$ 26
- AMT non faites par le patient : 10 % $\pm$ 5
- AMT écartées : 8 % $\pm$ 7
- AMT retenues: 30 % $\pm$ 19
- AMT réalisées (retenues + écartées) = 39 % $\pm$ 24

Fig 4 : pourcentage de réalisation des AMT par médecin chez l'ensemble des patients hypertendus

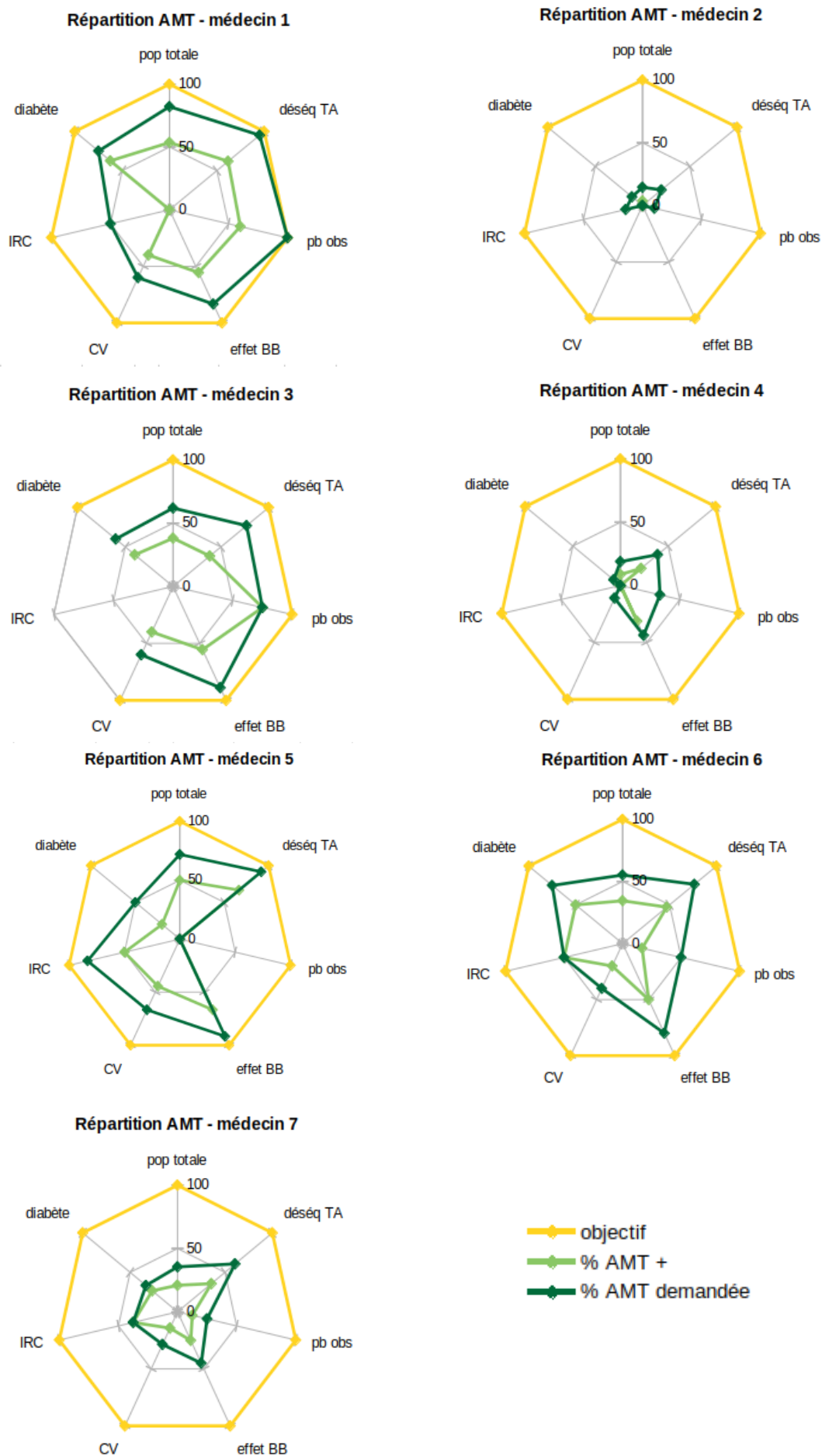


Nous constatons donc qu'il existe une forte hétérogénéité de pratique de l'AMT à la MSP de Savenay.

Les médecins qui réalisent le moins d'AMT sont aussi ceux qui mesurent la tension artérielle de façon manuelle au cabinet et sont les plus âgés.

Cette hétérogénéité est confirmée par l'analyse des différents sous-groupes (patients en déséquilibre tensionnel en consultation, patients avec effet blouse blanche connu, diabétique, maladie rénale chronique, maladie cardio-vasculaire, problème d'observance). En considérant chaque sous-groupe pour chaque médecin, nous aboutissons aux différents profils de réalisation d'AMT suivants :

Fig 5 : comparaison des différents profil de réalisation d'AMT pour chaque médecin



III.4.2. Résultats par sous-groupe :

III.4.2.1. Patients présentant un déséquilibre tensionnel en consultation

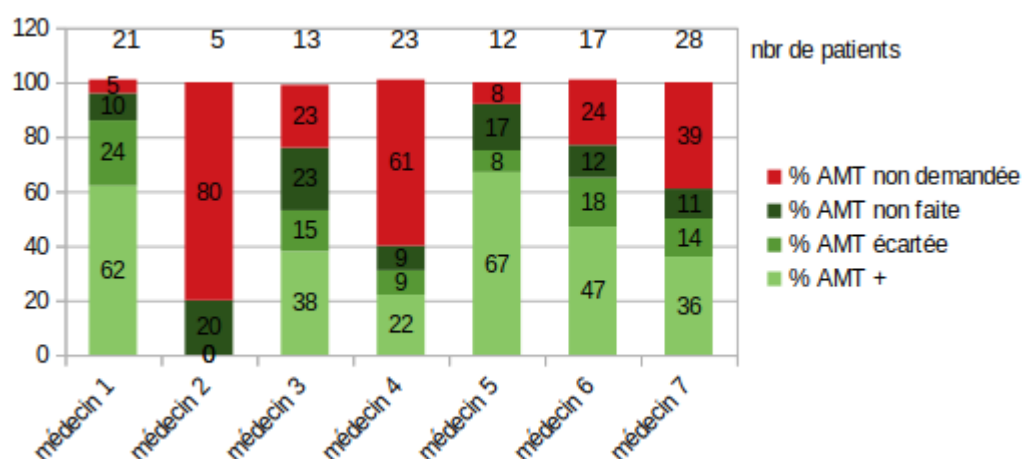
Tab 5 : réalisation d'AMT par médecin pour les patients en déséquilibre tensionnel en consultation

DESEQUILIBRE TENSIONNEL

	total	% pop	% AMT +	% AMT écartée	% AMT non faite	% AMT non demandée
médecin 1	21	75	62	24	10	5
médecin 2	5	9	0	0	20	80
médecin 3	13	62	38	15	23	23
médecin 4	23	33	22	9	9	61
médecin 5	12	38	67	8	17	8
médecin 6	17	59	47	18	12	24
médecin 7	28	45	36	14	11	39

En moyenne, 46 % des patients présentent un déséquilibre tensionnel en consultation, avec un minimum de 9 %, un maximum de 75 % et un écart type de 22.

Fig 6 : pourcentage de réalisation des AMT par médecin chez les patients hypertendus en déséquilibre tensionnel en consultation



Les médecins ont demandé en moyenne 66 % (± 28) d'AMT dans ce sous-groupe.

III.4.2.2. Patients avec effet blouse blanche connu

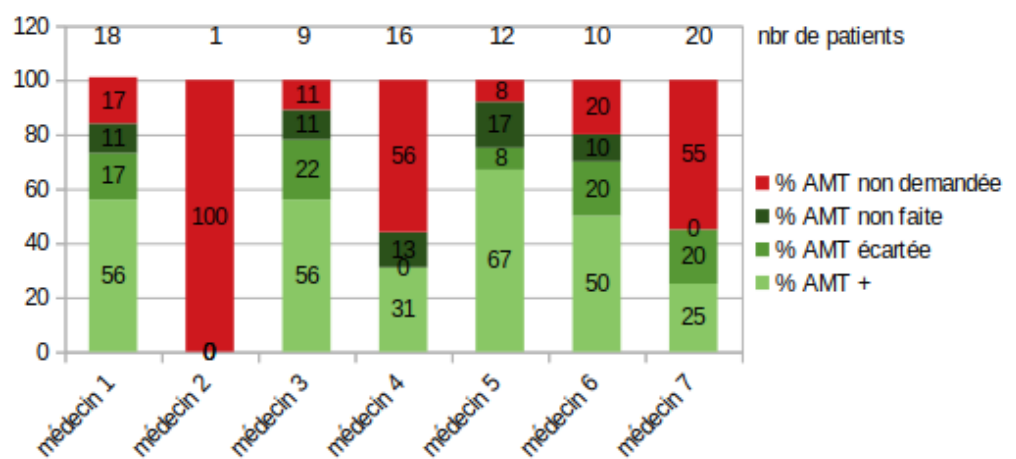
Tab 6 : réalisation d'AMT par médecin pour les patients avec effet blouse blanche connu

EFFET BB

	total	% pop	% AMT +	% AMT écartée	% AMT non faite	% AMT non demandée
médecin 1	18	64	56	17	11	17
médecin 2	1	2	0	0	0	100
médecin 3	9	43	56	22	11	11
médecin 4	16	23	31	0	13	56
médecin 5	12	38	67	8	17	8
médecin 6	10	34	50	20	10	20
médecin 7	20	32	25	20	0	55

En moyenne, 34 % des patients présentent un effet blouse blanche connu, avec un minimum de 2 %, un maximum de 64 % et un écart type de 19.

Fig 7 : pourcentage de réalisation des AMT par médecin chez les patients hypertendus avec effet blouse blanche connu



Les médecins ont demandé en moyenne 62 % ($\pm$ 34) d'AMT dans ce sous groupe.

III.4.2.3. Patients diabétiques

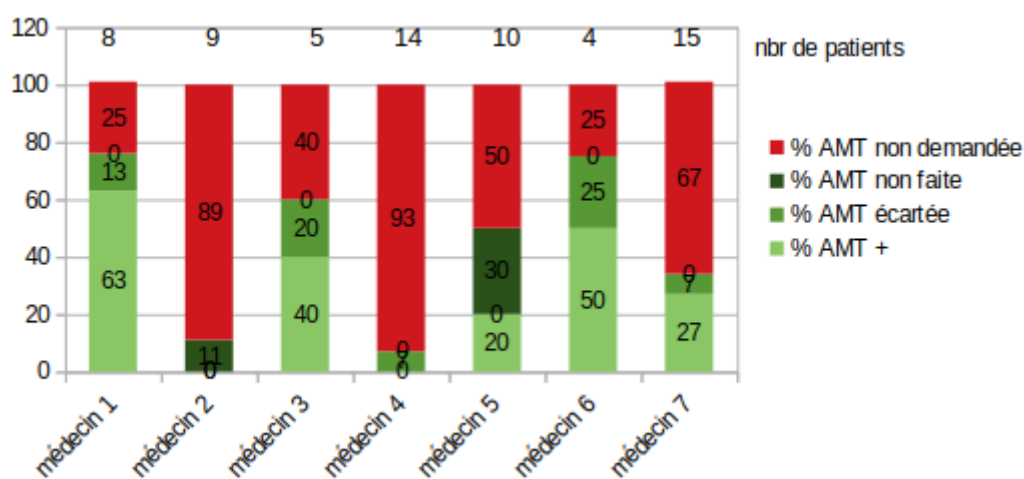
Tab 7 : réalisation d'AMT par médecin chez les patients diabétiques

DIABETE

	total	% pop	% AMT +	% AMT écartée	% AMT non faite	% AMT non demandée
médecin 1	8	29	63	13	0	25
médecin 2	9	16	0	0	11	89
médecin 3	5	24	40	20	0	40
médecin 4	14	20	0	7	0	93
médecin 5	10	31	20	0	30	50
médecin 6	4	14	50	25	0	25
médecin 7	15	24	27	7	0	67

En moyenne, 23 % des patients sont diabétiques, avec un minimum de 4 %, un maximum de 31 % et un écart type de 6.

Fig 8 : pourcentage de réalisation des AMT par médecin chez les patients hypertendus diabétiques



Les médecins ont demandé en moyenne 44 % ($\pm$ 28) d'AMT dans ce sous-groupe.

III.4.2.4. Patients présentant une atteinte rénale chronique

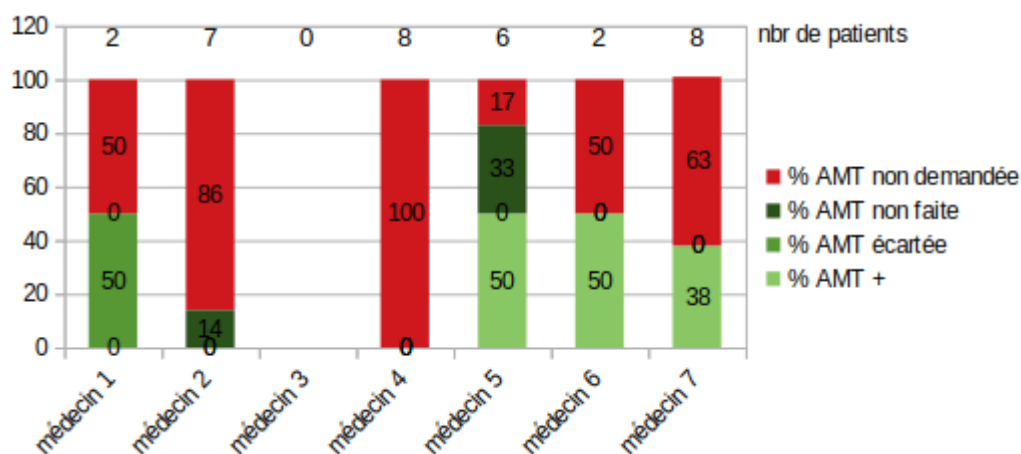
Tab 8 : réalisation d'AMT par médecin chez les patients ayant une atteinte rénale chronique

IRC

	total	% pop	% AMT +	% AMT écartée	% AMT non faite	% AMT non demandée
médecin 1	2	7	0	50	0	50
médecin 2	7	13	0	0	14	86
médecin 3	0					
médecin 4	8	12	0	0	0	100
médecin 5	6	19	50	0	33	17
médecin 6	2	7	50	0	0	50
médecin 7	8	13	38	0	0	63

En moyenne, 12 % des patients présentent une atteinte rénale chronique, avec un minimum de 7 %, un maximum de 19 % et un écart type de 4.

Fig 9 : pourcentage de réalisation des AMT par médecin chez les patients hypertendus avec maladie rénale chronique



Les médecins ont demandé en moyenne 39 % (± 29) d'AMT dans ce sous-groupe.

III.4.2.5. Patients présentant une maladie cardio-vasculaire

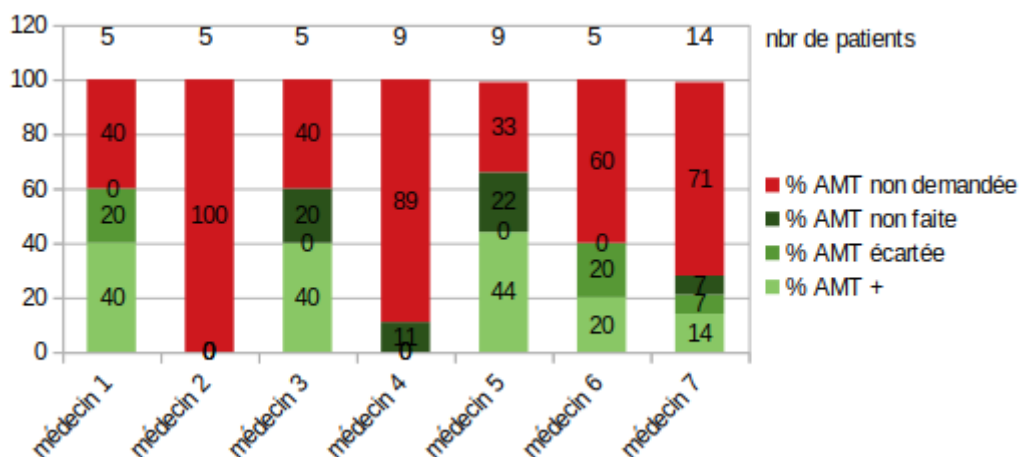
Tab 9 : réalisation d'AMT par médecin chez les patients ayant une maladie cardio-vasculaire

CV

	total	% pop	% AMT +	% AMT écartée	% AMT non faite	% AMT non demandée
médecin 1	5	18	40	20	0	40
médecin 2	5	9	0	0	0	100
médecin 3	5	24	40	0	20	40
médecin 4	9	13	0	0	11	89
médecin 5	9	28	44	0	22	33
médecin 6	5	17	20	20	0	60
médecin 7	14	23	14	7	7	71

En moyenne, 19 % des patients présentent une maladie cardio-vasculaire, avec un minimum de 9 %, un maximum de 28 % et un écart type de 7.

Fig 10 : pourcentage de réalisation des AMT par médecin chez les patients hypertendus avec maladie cardio-vasculaire



Les médecins ont demandé en moyenne 38 % ($\pm$ 26) d'AMT dans ce sous-groupe.

III.4.2.6. Patients présentant un problème d'observance

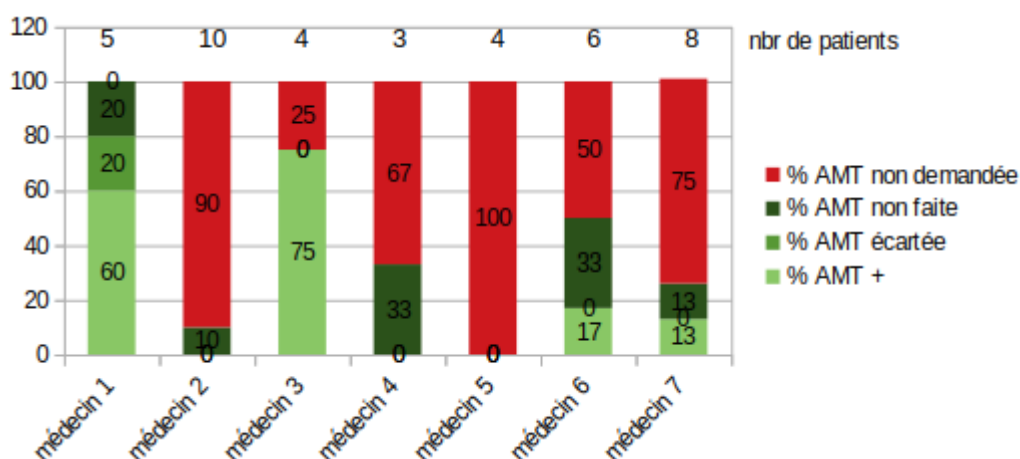
Tab 10 : réalisation d'AMT par médecin chez les patients présentant un problème d'observance

PB OBSERVANCE

	total	% pop	% AMT +	% AMT écartée	% AMT non faite	% AMT non demandée
médecin 1	5	18	60	20	20	0
médecin 2	10	18	0	0	10	90
médecin 3	4	19	75	0	0	25
médecin 4	3	4	0	0	33	67
médecin 5	4	13	0	0	0	100
médecin 6	6	21	17	0	33	50
médecin 7	8	13	13	0	13	75

En moyenne, 15 % des patients présentent un problème d'observance, avec un minimum de 4 %, un maximum de 21 % et un écart type de 6.

Fig 11 : pourcentage de réalisation des AMT par médecin chez les patients hypertendus présentant un problème d'observance



Les médecins ont demandé en moyenne 42 % ($\pm$ 36) d'AMT dans ce sous-groupe.

III.4.3. Raisons de demande d'auto-mesure tensionnelle par les médecins

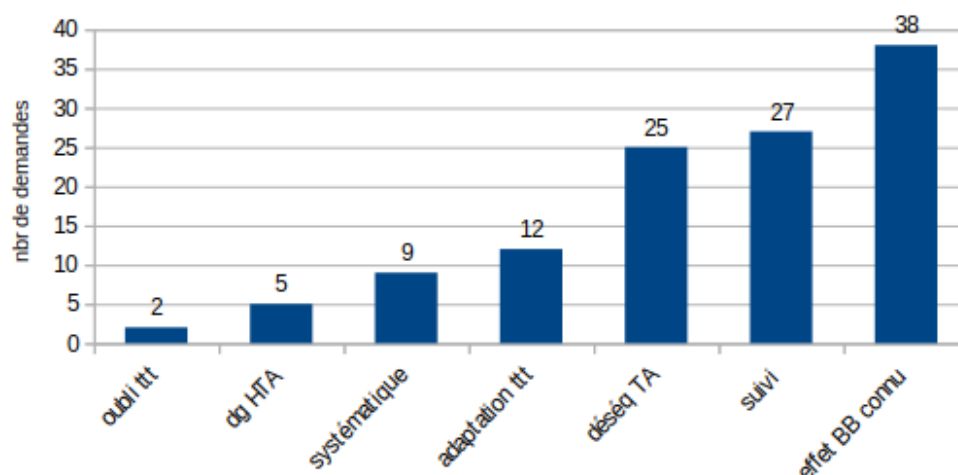


Fig 12 : raisons de demande d'AMT par les médecins

Au total 118 AMT ont été demandées aux patients, réparties ainsi :

- 32 % (38) pour effet blouse blanche connu (effet BB connu)
- 23 % (27) en raison d'une mesure tensionnelle en consultation plus élevée de façon isolée (suivi)
- 21% (25) en raison d'un déséquilibre tensionnel en consultation persistant sur plusieurs mesures (déséq TA)
- 10 % (12) suite à une modification de traitement, pour vérifier son adaptation (adaptation ttt)
- 8 % (9) à titre systématique (systématique)
- 4 % (5) pour poser le diagnostic d'hypertension (dg HTA)
- 2 % (2) en raison d'un oubli de traitement par le patient ne permettant pas de juger de son équilibre tensionnel en consultation (oubli ttt)

Les raisons principales de demande d'AMT sont donc la connaissance d'un effet blouse blanche et la constatation d'un déséquilibre tensionnel, qu'il soit ponctuel ou répété.

Il est à noter que tous les patients diagnostiqués hypertendus en 2017 à Savenay, inclus dans notre étude, ont bénéficié d'une AMT lors de leur diagnostic et ce quel que soit le médecin.

III.5. Comparaison de l'équilibre tensionnel entre les patients AMT + et les autres (AMT -)

III.5.1. Caractéristiques des 2 groupes d'étude

Tab11 : caractéristiques des 2 groupes d'étude (AMT + et AMT-)

Caractéristiques	AMT+	AMT-	p
nombre de patients	70	226	
âge	66 ± 11	68 ± 12	0,28
femme	31 (44 %)	126 (56 %)	0,09
diabétique	15 (21 %)	50 (22.5 %)	0,90
maladie rénale chronique	7 (10 %)	26 (12 %)	0,89
maladie cardio-vasculaire	11 (16 %)	41 (18 %)	0,64
effet blouse blanche surajouté connu	38 (54 %)	48 (21 %)	<0,01
déséquilibre tensionnel en consultation	49 (70 %)	70 (31 %)	<0,01
problème d'observance	8 (11 %)	32 (14 %)	0.56

Concernant les 2 groupes d'études, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes concernant : l'âge, la proportion de femme, de diabétique, de patients présentant une maladie rénale chronique, de patients présentant une maladie cardio-vasculaire et de patients présentant un problème d'observance.

En revanche, on constate une différence statistiquement significative concernant les patients avec effet blouse blanche connu et les patients en déséquilibre tensionnel en consultation : il y a plus d'AMT réalisées dans ces 2 catégories.

III.5.2. Analyse quantitative

Il existe une différence statistiquement significative concernant les moyennes de tension artérielle annuelle en consultation, en défaveur du groupe AMT+ :

groupe AMT + : PAS = 152 mmHg (± 10) / PAD = 84 mmHg (± 7)
groupe AMT - : PAS = 140 mmHg (± 8) / PAD = 79 mmHg (± 5)

pour les PAS : $p = 0.08.10^{-13}$
pour les PAD : $p = 0.07.10^{-5}$

III.5.3. Analyse qualitative

Il existe une différence statistiquement significative concernant l'équilibre tensionnel annuel en consultation, en défaveur du groupe AMT+ :

	éq +	éq -	total
AMT +	21	49	70
AMT -	156	70	226
total	177	119	296

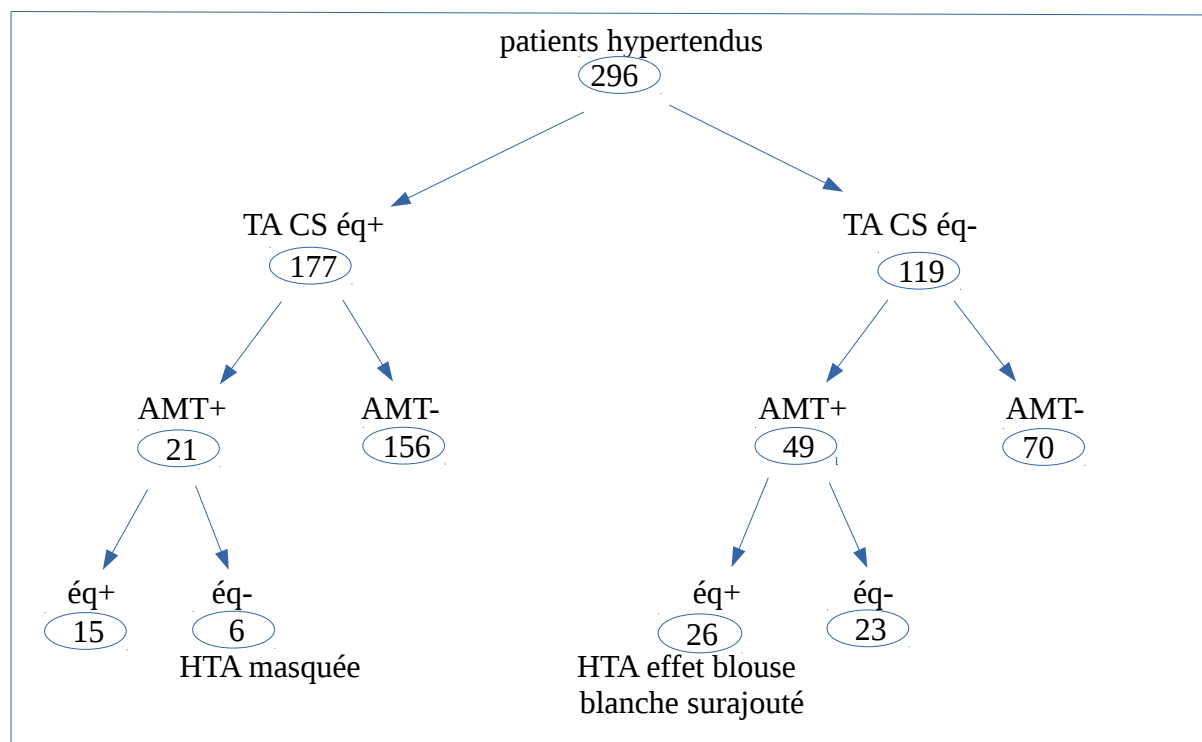
$$p = 0.06.10^{-7}$$

Tab 12 : répartition des patients équilibrés (éq+) et non équilibrés (éq-) au niveau tensionnel en fonction de la pratique ou non d'AMT

III.6. Répartition des patients de l'étude selon l'équilibre tensionnel en consultation et en AMT

III.6.1. Patientèle globale

Fig 13 : répartition des patients en fonction de leur équilibre tensionnel en consultation, puis en AMT

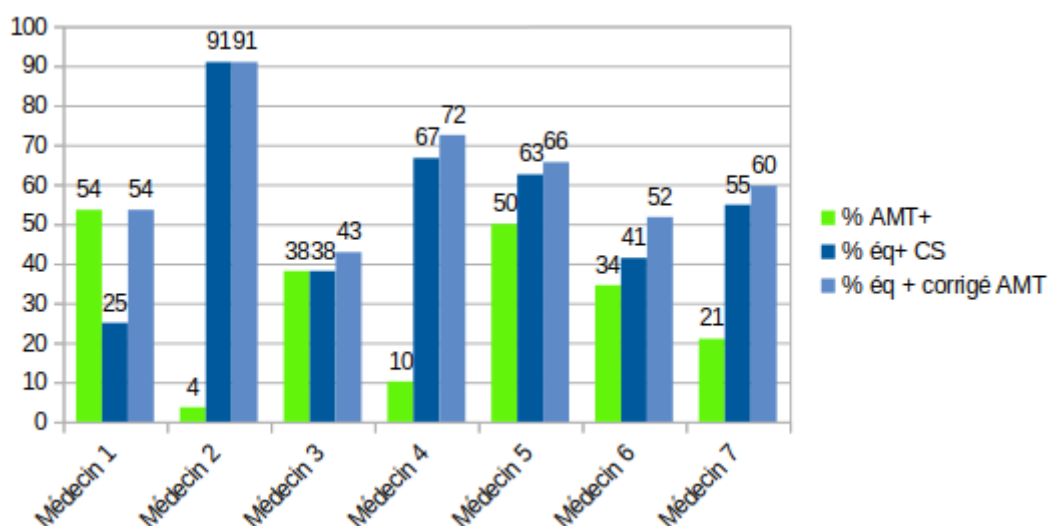


Parmi les 49 patients du groupe AMT+ considérés comme non équilibrés sur les mesures tensionnelles annuelles de consultation, 26 sont en fait équilibrés sur les mesures en AMT.

Parmi les 21 patients du groupe AMT+ considérés comme équilibrés sur les mesures tensionnelles annuelles de consultation, 6 sont en fait non équilibrés sur les mesures en AMT.

III.6.2. Par médecin

Fig 14 : pourcentage d'AMT retenues par médecin en corrélation avec l'équilibre tensionnel en consultation et après correction sur l'AMT



% AMT+ = pourcentage d'AMT retenues réalisées

% éq+ CS = pourcentage de patients équilibrés sur les mesures de consultation

% éq+ corrigé AMT = pourcentage de patients équilibrés après éventuelle correction du statut « équilibre tensionnel » par le résultat d'AMT

En moyenne, 30 % (± 19) des patients ont réalisé une AMT répondant aux critères recommandés.

En moyenne, 54 % (± 22) des patients atteignent l'équilibre tensionnel, sur les mesures de consultation.

En moyenne, 62 % (± 16) des patients atteignent l'équilibre tensionnel, après correction sur les résultats d'AMT lorsqu'ils sont disponibles.

III.7. Comparaison du nombre de médicaments nécessaire à l'obtention de ce contrôle tensionnel

Nous ne mettons pas en évidence de différence statistiquement significative entre les 2 groupes concernant le nombre de médicaments moyen nécessaire à l'obtention de ce contrôle tensionnel.

Tab 13 : nombre de médicaments pris au sein du groupe AMT+ et AMT-

nombre de médicaments	0	1	2	3	4	5
AMT +	0 – 0 %	27 – 39 %	21 – 30 %	17 – 24 %	5 – 7 %	0 – 0 %
AMT –	2 – 1 %	80 – 35 %	93 – 41 %	44 – 19 %	6 – 3 %	1 – 0 %

$p = 0.27$

En moyenne, dans le groupe AMT+, les patients prennent 2 ± 0.96 médicaments anti-hypertenseurs recommandés, et 1.89 ± 0.85 médicaments dans le groupe AMT-, sans différence statistiquement significative.

V. DISCUSSION

IV.1. Concernant la patientèle de l'étude

IV.1.1. Échantillonnage

Un échantillonnage ayant pour objectif d'obtenir 25 % de patients analysables pour chaque médecin a été réalisé. La méthode de recrutement a été la même pour chaque médecin. Aucune méthode statistique n'a été mise en place pour s'assurer de la représentativité de l'échantillon, mais cette proportion avait été discutée avec les praticiens en début d'analyse et majorée (ils proposaient une analyse de 20 % de leurs dossiers). Après restitution des résultats auprès des médecins et discussion avec eux, il semblerait que l'échantillon soit bien représentatif de la pratique de chacun.

IV.1.2. Caractéristiques de la patientèle hypertendue

La patientèle de l'étude est globalement représentative de la répartition par âge attendue pour les patients hypertendus (la prévalence de l'hypertension augmente avec l'âge, donc il y a plus de sujets âgés que de sujets jeunes). (15)

Concernant la répartition par sexe, nous savons que la prévalence de l'hypertension est supérieure chez l'homme par rapport à la femme (36,5% vs 25,2%). (15) Sur notre graphique, le nombre absolu de femmes hypertendues est supérieur à celui des hommes pour les 70 ans et plus. Une des explication possible est que l'espérance de vie chez la femme étant supérieure à celle chez l'homme, le nombre absolu de patientes hypertendues âgées est plus important que celui de patients hypertendus (sans que cela ne change la prévalence de l'HTA, non calculée dans notre étude).

IV.2. Concernant l'objectif principal

IV.2.1. Analyse globale :

Notre étude montre une pratique très hétérogène de l'AMT à la MSP de Savenay (fig 8). Si la pratique du suivi tensionnel à l'aide de l'AMT varie fortement, en revanche tous les diagnostics d'HTA ont été confirmés par une AMT, et ce quelque soit le médecin.

En patientèle totale, en considérant la pratique de chaque médecin (fig 6 et fig 7) :

- nous constatons qu'en moyenne il y a eu environ autant de demandes de réalisation d'AMT que de non demandes (51 % d'AMT non demandée), avec une variation de pratique importante chez les médecins (écart type de 26). La pratique systématique de l'AMT n'est pas encore atteinte, avec là encore des variations individuelles importantes (AMT demandée max = 82 % - min 15%).

- concernant le pourcentage d'AMT non réalisée par les patients, son taux est faible (en moyenne 10 %) et comparable chez l'ensemble des médecins (écart type de 4).

Quand la réalisation d'une AMT leur est demandée, les patients l'acceptent et la réalisent le plus souvent.

- concernant la réalisation des AMT, en moyenne : 8 % ($\pm$ 7) des patients ont effectué une AMT ne correspondant pas aux critères préconisés et 30 % ($\pm$ 19) une AMT valide ; soit un taux de réalisation moyen d'AMT de 39 % ($\pm$ 24).

Ces chiffres restent assez imprécis, car le relevé de données dans le logiciel ne nous a pas permis de vérifier pour chaque AMT la présence des 18 mesures requises. Le chiffre d' « AMT écartée » pourrait donc être supérieur à celui indiqué et le chiffre d' « AMT retenue » inférieur.

En 2004, l'étude Megamet (Médecins Généralistes et Auto-Mesure Tensionnelle) - recherche quantitative, avait étudié de façon déclarative (enquête téléphonique nationale) la pratique de l'AMT par les médecins généralistes (511 inclus). (16)

Notre étude en analysant directement la pratique médicale de l'AMT à partir des dossiers des médecins, n'a pas de biais déclaratif. Elle a en revanche une plus faible valeur statistique puisque seulement 7 médecins ont été inclus.

En comparant les données de 2004 aux nôtres, nous constatons que la pratique de l'AMT s'est développée conformément aux recommandations de bonne pratique :

-en effet en 2004, 30 % des médecins n'utilisaient pas du tout l'AMT, alors qu'en 2017 tous les médecins de Savenay y ont recours,

-en 2004, 70 % des médecins déclaraient utiliser l'AMT : la moitié de façon rare ou exceptionnelle et la moitié souvent ou le plus souvent possible, alors qu'en 2017 à Savenay, 2 médecins/7 l'utilisent rarement (29%), 1/7 de façon intermédiaire (14%) et 4/7 souvent ou le plus souvent possible (57%).

Le protocole de réalisation de l'AMT (3 mesures matin et soir sur 3 jours) apparaît mieux respecté : en 2004, seuls 4 % des médecins font réaliser les mesures conformément à la recommandation, alors qu'en 2017 nous retrouvons pour tous les médecins des AMT protocolisées en plus grande proportion que les AMT non protocolisées.

Ce critère semble néanmoins moins important qu'en 2004, puisque l'étude de C. Sert en 2017 (17), a démontré une excellente corrélation entre les AMT protocolisées et non protocolisées, alors que la corrélation avec les mesures de PA en consultation reste médiocre, concluant donc que les AMT, même sans respect du protocole, sont plus pertinentes que les mesures en consultation.

IV.2.2. Analyse par médecin.

Nous définirons l'utilisation de l'AMT par :

- 75-100 % d'AMT demandées : très fortement utilisée
- 50-75% d'AMT demandées : fortement utilisée
- 25-50 % d'AMT demandées : peu utilisée
- 0-25 % d'AMT demandées : très peu utilisée

Il existe 2 profils de pratique de l'AMT qui émergent :

- les médecins qui l'utilisent peu (< 50 % de demandes de réalisation en patientèle totale) : médecins 2, 4, 7
- les médecins qui l'utilisent (> 50 % de demandes de réalisation en patientèle totale) : médecins 1, 3, 5, 6

Concernant le groupe de médecins qui l'utilisent:

nous constatons une tendance globale à l'utilisation de l'AMT comme suit :

- l'AMT est très fortement utilisée pour :
 - les patients présentant un déséquilibre tensionnel,
 - les patients hypertendus avec effet blouse blanche connu,
- l'AMT est fortement utilisée pour :
 - les patients diabétiques
 - les patients avec maladie cardio-vasculaire (tendance)
- l'AMT est peu utilisée pour :
 - les patients avec atteinte rénale chronique (tendance)
- l'AMT est différemment utilisée pour :
 - les patients présentant un problème d'observance

Ces résultats sont concordants avec les raisons de demandes d'AMT recueillies, dont les 2 principales sont : effet blouse blanche connu et déséquilibre tensionnel constaté en consultation qu'il soit ponctuel ou persistant.

Après présentation des résultats de l'étude aux médecins de la MSP et discussion, il semblerait que :

- il existe une méconnaissance de la recommandation d'utilisation systématique
- l'utilisation chez les patients diabétiques ne soit pas « très fortement utilisée » par méconnaissance par les médecins du risque plus élevé d'HTA masquée dans cette population

Concernant le groupe des médecins qui l'utilisent peu :

Ce sont ceux qui mesurent la pression artérielle de manière manuelle et ce sont les plus âgés.

De plus lors du relevé de données, nous avons constaté une tendance à une PA plus élevée lorsque les patients sont vus par des collègues utilisant une méthode de mesure oscillométrique.

Ce qui laisse penser que la mesure de PA de manière manuelle en consultation minore la demande d'AMT, possiblement via l'arrondissement du résultat tensionnel obtenu ou via des biais de mesure (moins bonne perception auditive du chiffre tensionnel par exemple).

Lors de la discussion avec les médecins, il a mis en avant des raisons de :

- manque de temps pour informer sur l'AMT et former le patient / manque d'habitude dans l'utilisation de l'AMT / difficultés de mise en œuvre en pratique
- sentiment de capacité limitée d'utilisation par le patient après 80 ans
- caractère anxiogène pour le patient de la réalisation d'AMT
- risque de mauvaise retranscription des chiffres par le patient / voire d'erreur volontaire (manque de confiance dans les résultats retranscrits par le patient)

Les freins à l'usage de l'AMT cités par les médecins l'utilisant peu à Savenay sont concordants avec ceux retrouvés au niveau national par l'étude Megamet - recherche quantitative (2004) (16):

29 % méthode difficile à mettre en œuvre en pratique,

67 % caractère anxiogène de l'AMT,

48 % manque de confiance à propos des résultats fournis par le patient,

sauf concernant le manque de fiabilité de la méthode retrouvé à 62 % dans l'étude Mégamet, alors que la fiabilité de la méthode n'est pas du tout remise en cause à Savenay 15 ans plus tard.

Il semble donc que la fiabilité de la méthode est bien été intégrée au raisonnement médical, mais que d'autres freins persistent.

Ces freins sont aussi concordants avec ceux retrouvés par l'étude Megamet - recherche qualitative (focus groupe de 26 médecins généralistes de la région Lorraine, en interviews semi-directives) (2011) (18):

- transfert de compétence au patient / à l'outil : méfiance vis-à-vis des valeurs apportées par le patient, peur de stresser le patient
- difficultés organisationnelles : manque de moyens (absence de remboursement de l'appareil d'AMT, manque de cotation) et manque de temps
- insuffisance de formation

La notion de capacité limitée d'utilisation de l'AMT en fonction de l'âge n'avait pas été retrouvée ou questionnée spécifiquement dans les études Mégamet.

En revanche, elle a été étudiée par l'étude 3C-HBPM (19) (portant sur un échantillon de 1814 sujets âgés de 73 à 97 ans) (2012). Cette étude montre une faisabilité de l'AMT à domicile excellente chez les personnes âgées en population générale (96 % de réussite d'utilisation chez les sujets âgés étudiés, après une formation simple par visualisation directe et unique), avec une bonne acceptation de la méthode.

A partir de ces données, nous pouvons donc conclure que la capacité limitée d'utilisation par le patient âgé de la méthode d'AMT, citée comme frein à son utilisation, est seulement une présomption, s'opposant aux données scientifiques actuelles, qui ont retrouvé une faisabilité excellente de l'AMT chez le sujet âgé.

Concernant l'acceptabilité de l'AMT par le patient et notamment son caractère anxiogène, plusieurs études ont montré que l'AMT était bien acceptée par les patients :

-en 1999 (20): les patients ont rapporté un degré élevé d'intérêt et de satisfaction à l'usage de l'AMT

-en 2002 (21) une étude a comparé l'acceptabilité par les patients de différentes méthodes de mesures de PA (mesure par le médecin / par l'IDE en consultation, AMT, MAPA) : les patients ont estimé que toutes les méthodes avaient un intérêt pour obtenir des mesures précises, mais la méthode classée « meilleure mesure pour eux » a été majoritairement l'AMT (44 % VS 10 % pour la mesure de PA en consultation par le médecin). Concernant le niveau d'anxiété entraîné par la méthode : l'AMT obtient à la question « me rend anxieux » un score médian de 2 (pas d'accord) et moyen de 3,2 alors que la mesure en consultation par un médecin obtient un score médian de 4 (incertain) et moyenne de 3.7 (sur une échelle de 1 à 7 : 1 = pas du tout d'accord / 2 = pas d'accord / 3 = légèrement en désaccord / 4 = incertain, non applicable / 5 = légèrement d'accord / 6 = d'accord / 7 = fortement d'accord). Selon les résultats de cette étude, l'AMT serait donc moins anxiogène pour les patients que la mesure de TA en consultation

Concernant la possibilité d'erreur de retranscription des valeurs par le patient, voir de truchage des résultats, plusieurs études déjà anciennes ont étudiées la question (1998, 1999). Leurs résultats démontraient l'existence d'un faible taux d'erreur de la part des patients dans la notification des valeurs de PA auto-mesurée, acceptable pour l'usage de l'AMT :

-dans l'étude de 1998 (22), la précision de la déclaration (valeurs identiques aux moments correspondants) était de $76\% \pm 34\%$

-l'étude de 1999 (23) retrouvait 73 % des valeurs correctement rapportées et un taux de retranscription médiocre faible (15%). Elle concluait que l'exactitude de report des mesures de PA prises à la maison était acceptable pour la plupart des patients, avec toutefois une limite concernant les patients de faible niveau d'instruction. De plus, il est à noter que les erreurs de retranscription étaient dans les 2 sens (autant de PA majorées que minorées), ce qui contredit la présomption

médicale de tentative de trucage des résultats par le patient pour faire croire au médecin un bon équilibre tensionnel.

Les résultats plus récents (2002 et 2012 chez les personnes âgées), confirment la fiabilité de retranscription des valeurs par les patients :

-l'étude de 2002 (24) montre qu'en moyenne, la PA enregistrée par le patient était équivalente aux valeurs de surveillance stockées 80% du temps ou plus. Les PA moyennes auto-déclarées et stockées dans l'appareil étaient globalement presque identiques: 134 ($\pm 16,8$) / 78 ($\pm 11,6$) mm Hg et 135 ($\pm 19,6$) / 80 ($\pm 13,3$) mm Hg. La fiabilité de l'auto-déclaration du patient a été maintenue au cours de la période d'étude de six mois. Notamment, les patients n'ont pas signalé de manière sélective des lectures de PA inférieure.

-l'étude de 2012 (19) montre une concordance totale entre résultats d'AMT enregistrés par l'appareil et retranscription par les patients.

Les données scientifiques sont donc en désaccord avec la présomption de non fiabilité des résultats d'auto-mesures retranscrits par les patients.

Donc concernant les freins cités, les données scientifiques actuelles vont à l'encontre des présomptions des médecins.

Le seul frein persistant après étude de la bibliographie actuelle reste les difficultés de mise en œuvre en pratique.

En fin de discussion lors de la présentation des résultats, la nécessité d'un protocole d'utilisation de l'AMT commune aux médecins de la MSP a été mise en avant avec une forme en 2 parties, comprenant une partie à usage médical et une partie informative pour les patients. L'idée étant d'uniformiser la pratique médicale au sein de la MSP et de répondre aux difficultés de mise en œuvre de l'AMT.

IV.3. Concernant les objectifs secondaires

IV.3.1. Comparaison de l'équilibre tensionnel entre les 2 groupes.

Nous souhaitons savoir si contrôler régulièrement la PA en AMT avait un impact favorable sur l'équilibre tensionnel.

Nous constatons une différence de répartition de la population statistiquement significative entre les 2 groupes, concernant les patients présentant un effet blouse blanche connu et les patients en déséquilibre tensionnel (qui sont surreprésentés dans le groupe AMT+).

Or par définition, ces 2 sous-groupes ont des chiffres tensionnels en consultation qui sont ou ont tendance à être plus élevés.

Cette différence de répartition est en corrélation avec l'usage de l'AMT à Savenay (fig 21) : les motifs principaux de proposition d'AMT sont l'effet blouse blanche connu (32%), et le déséquilibre tensionnel qu'il soit ponctuel (23%) ou persistant (21%).

Comme nous pouvions nous y attendre au vu de la différence de constitution des groupes, nous observons un moins bon équilibre tensionnel en consultation dans le groupe AMT+ et ce que ce soit de manière quantitative (PAS 152 mmHg vs 140 mmHg, $p=0.08.10^{-13}$ / PAD 84 mmHg vs 79 mmHg, $p=0.07.10^{-5}$) ou qualitative (test de Chi² $p=0.06.10^{-7}$).

Néanmoins en prenant en compte l'équilibre tensionnel en AMT (fig 24), nous retrouvons parmi les 49 patients du groupe AMT + considérés comme non équilibrés sur les mesures tensionnelles

annuelles de consultation, 26 qui sont en fait équilibrés sur les mesures en AMT, et donc présentent un effet blouse blanche.

Ce qui confirme que la différence tensionnelle observée en défaveur du groupe AMT+ n'est que le reflet de constitution des 2 groupes.

Notre étude étant rétrospective avec, par conséquent, constitution non aléatoire des 2 groupes (AMT+ et AMT-), ses résultats n'ont pas la même puissance statistique qu'une étude prospective bien menée. De plus, le seul chiffre tensionnel connu dans les 2 groupes étant celui de PA en consultation, nous n'avons pu comparer les équilibres tensionnels que sur la base de cette mesure en consultation (qui n'est pas le reflet le plus fiable de l'équilibre tensionnel).

Les études de plus grande envergure comparant l'équilibre tensionnel entre des patients pratiquant l'AMT et ne pratiquant pas l'AMT (en 2006 (25) et 2009 (26)) se sont basées sur une 3ème méthode de mesure tensionnelle pour juger de l'équilibre tensionnel.

Elles n'ont pas retrouvé de différence statistiquement significative de contrôle tensionnel entre les patients pratiquant ou non l'AMT.

Une étude française plus récente de 2017 (27), prospective sur 24 mois, menée chez des sujets âgés de 73 à 97 ans, a mis en évidence qu'effectuer des mesures régulières de la PA en AMT tous les 3 mois, sans co-intervention, entraînait une diminution faible mais significative de la PAS en consultation (-2,1 mmHg) et en AMT (-3.4 mmHg), et de la PAD en AMT (-1,1 mmHg) à 24 mois, sans différence notable sur la consommation de médicaments.

Résultat auquel nous n'avons pu aboutir en raison de la méthodologie de notre étude.

IV.3.2. Répartition des patients de l'étude selon l'équilibre tensionnel en consultation et en AMT

IV.3.2.1. HTA effet blouse blanche et HTA masquée

Sur 296 patients hypertendus connus, analysés, nous trouvons (fig 24) :

- 6 patients dont la mesure de PA en consultation est équilibrée alors que la mesure en AMT est déséquilibrée, soit 2% des patients de l'étude
- 26 patients dont la mesure de PA en consultation est déséquilibrée alors que la mesure en AMT est équilibrée, soit 9 % des patients de l'étude

Peu d'études ont recensé la proportion d'HTA effet blouse blanche et d'HTA masquée chez les hypertendus. En effet, la prévalence étudiée d'HTA effet blouse blanche et d'HTA masquée est le plus souvent calculée en population générale.

Concernant la prévalence d'HTA effet blouse blanche, dans la population générale elle serait de 13% (9-16%) et elle concernerait 32% (25-46%) des patients hypertendus. (Sa prévalence varierait aussi en fonction du degré d'HTA, elle concernerait 55% des HTA grade 1 et seulement 10% des HTA grade 3). (6)

Concernant la prévalence d'HTA masquée, elle concernerait environ 8 à 20 % de la population générale, et pourrait atteindre jusqu'à 50 % des patients hypertendus. (6) (28)

Dans notre étude, la pratique de l'AMT chez les patients hypertendus, retrouve seulement 9 % d'HTA effet blouse blanche alors que nous pourrions en attendre 32 % et seulement 2 % d'HTA masquée alors que nous pourrions attendre environ 20 %. Ces faibles taux sont en faveur d'un manque de réalisation d'AMT pour aboutir à la prévalence estimée d'HTA blouse blanche et d'HTA masquée. Dans l'échantillon étudié, il y a donc probablement des patients avec effet blouse blanche sur-traités et des patients avec HTA masquée sous-traités.

Concernant l'HTA effet blouse blanche, si nous reprenons l'analyse en sous-groupe de l'objectif principal concernant l'effet blouse blanche (III.4.2.2), nous constatons que le taux d'effet blouse blanche repéré et notifié par les médecins est plutôt concordant avec celui attendu :
prévalence attendue = 25 à 46 % → médecin 3 : 43 %, médecin 5 : 38 %, médecin 6 : 34 %, médecin 7 : 32 %
les médecins 2 et 4 ont un taux déclaré plus bas (respectivement 2 et 23%)
le médecin 1 a un taux plus haut 64 %
donc même si les AMT de l'année 2017, n'ont mis en avant que 9 % d'effet blouse blanche, les médecins du pôle ont identifié de manière cohérente leur patientèle hypertendue présentant un effet blouse blanche.

IV.3.2.2. Équilibre tensionnel

L'équilibre tensionnel des patients en consultation est meilleur chez les médecins pratiquant le moins d'AMT (fig 26) : médecin 2 : 92 %-4 %, médecin 4 : 67 %-10 %, médecin 7 : 55 %-21 % vs 54 %-30 % pour la moyenne des médecins du pôle.

La moyenne de contrôle tensionnel en consultation des patients, pour l'ensemble des médecins du pôle, (54%) est comparable avec l'équilibre tensionnel connu en France :

-étude Mona Lisa (2011) (29) : population de 35 à 74 ans, contrôle tensionnel chez 38 % des femmes et 22 % des hommes

-étude Esteban (2014-2016) (15) : population de 18 à 74 ans, parmi les personnes traitées, seulement 55 % avaient une PA contrôlée.

-étude FLAHS 2017 (30), 51 % des sujets de plus de 35 ans hypertendus connus sont à l'équilibre en AMT

Ces données laissent penser que le meilleur équilibre tensionnel apparent chez les médecins qui pratiquent le moins d'AMT est plutôt lié à une inexactitude de mesure de la PA en consultation, en méthode manuelle. Ce qui est bien corrélé à la constatation lors du recueil de données, d'une tendance à une PA plus élevée chez les patients lorsqu'ils sont vus par un collègue utilisant une méthode de mesure oscillométrique. Pour confirmer cette hypothèse, il faudrait mesurer la PA des patients avec une seconde méthode de mesure (AMT, MAPA).

En mettant en corrélation le plus faible taux de patients effet blouse blanche (2 % et 23%) et le meilleur contrôle tensionnel apparent (92 % et 67%) pour les médecins 2 et 4, nous pouvons aussi supposer que certains patients traités pour HTA sont en fait des patients HTA blouse blanche qui ne devraient théoriquement pas être traités.

IV.3.3. Comparaison du nombre de médicaments nécessaire à l'obtention de ce contrôle tensionnel

Nous n'observons pas de différence concernant le nombre de médicaments pris entre le groupe pratiquant l'AMT et les autres ; ce qui concorde avec les autres études réalisées. (25) (26) (27)
Nous trouvons un nombre de médicaments anti-hypertenseurs, de classe recommandée, de 2 ± 0.96 dans le groupe AMT+ et 1.89 ± 0.85 dans le groupe AMT- (sans différence statistiquement significative). En 2017, l'étude FLAHS (30) retrouve un nombre de médicaments moyen par ordonnance de 1.7 ± 0.8 . Nos chiffres sont donc comparables avec ceux retrouvés au niveau national.

V. CONCLUSION

Notre travail a permis de mettre en évidence, à la MSP de Savenay en 2017, des disparités de pratiques professionnelles concernant la réalisation d'AMT dans le cadre du suivi des patients hypertendus, mais une uniformité de recours à l'AMT concernant le diagnostic d'HTA.

L'AMT est surtout utilisée chez les patients avec effet blouse blanche connu et chez les patients présentant un déséquilibre tensionnel en consultation (qu'il soit isolé ou persistant).

Concernant les médecins ayant un usage régulier de l'AMT, il existe néanmoins une méconnaissance de la recommandation d'utilisation systématique de l'AMT chez tous les patients hypertendus, et du sur-risque d'HTA masquée chez les patients diabétiques.

Des freins à l'usage de l'AMT persistent dans la représentation des médecins l'utilisant peu (capacité limitée d'utilisation par le sujet âgé / caractère anxiogène / possibilité d'erreur de retranscription) même si les données scientifiques actuelles sont en désaccord avec ces préseptions. Les difficultés de mise en œuvre en pratique persistent.

Comparativement à 2004 (étude Mégamet), l'usage de l'AMT a progressé : tous les médecins utilisent l'AMT, mais avec une variation de pratique importante. L'utilisation systématique de l'AMT (correspondant aux recommandations actuelles de bonne pratique concernant la prise en charge de l'HTA de l'adulte) n'est pas encore atteinte, avec là encore, des variations individuelles importantes.

L'équilibre tensionnel en consultation retrouvé à Savenay est comparable aux chiffres nationaux.

Donc même si la pratique de l'AMT a progressé, l'amélioration du contrôle tensionnel ne suit pas cette tendance.

Pourtant en 2017 une étude retrouve que la pratique régulière (trimestrielle) de l'AMT même sans co-intervention, entraînait des diminutions faibles, mais statistiquement significatives, de PA chez les sujets âgés. (27).

De plus, 2 études, concernant l'AMT et l'auto-titration du traitement anti-hypertenseur par les patients, de 2007 (31) (analysée par l'HAS (32)) et 2014 (33), montrent la faisabilité et l'efficacité d'une démarche « réflexive » d'éducation thérapeutique en soins primaires, aboutissant à l'acquisition de compétences d'auto-soins par les patients (schémas prédéfinis de gestion de traitement en fonction des résultats en AMT), et retrouvent ainsi une amélioration du contrôle tensionnel.

Il serait intéressant de réaliser une étude en population générale de patients hypertendus, pour vérifier que l'amélioration du contrôle tensionnel lié à la pratique de l'AMT trimestrielle observée chez les sujets âgés, est extrapolable à tous les patients hypertendus.

Des perspectives d'avenir existent quant à « l'auto-gestion » guidée des patients de leur HTA, afin d'améliorer le contrôle tensionnel.

Notre travail a permis aux médecins de la MSP de Savenay d'échanger sur leurs pratiques et de réfléchir à une harmonisation.

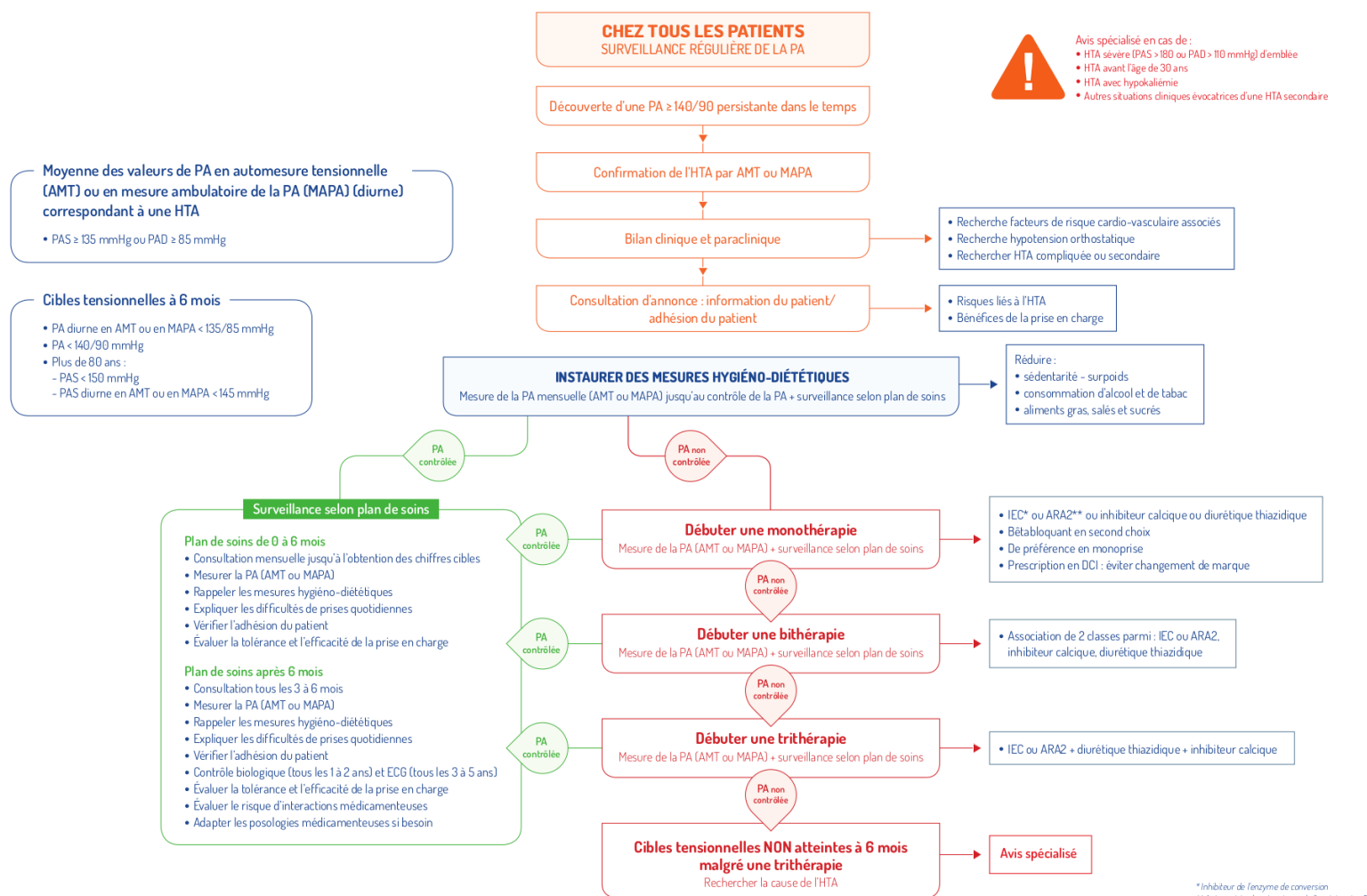
Après concertation concernant leurs besoins d'outils pour faciliter la réalisation d'AMT, nous aboutissons à la fiche outil en 2 parties (médecin et patient) suivante, à partir de sources déjà existantes et bien construites :

PARTIE MÉDECIN

fiche mémo HAS parcours patient hypertendu – algorithme (34)

PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE DE L'ADULTE, HORS GROSSESSE

Septembre 2016



PARTIE PATIENT

-relevé d'AMT kit médical (35)

Nom : Prénom :

Période du relevé : du au

Traitement antihypertenseur actuel :

Questions à poser le jour de la consultation :
.....
.....

Difficultés rencontrées avec le traitement :
.....
.....

RELEVÉ D'AUTOMESURE TENSIONNELLE

Effectuer dans la semaine précédant la consultation avec votre médecin :

- 3 mesures consécutives le matin
 - 3 mesures consécutives le soir
 - 3 jours de suite
- Au repos
À 1 ou 2 min d'intervalle

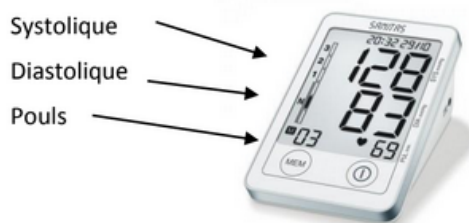
De préférence...

- avant le repas
- avant la prise des médicaments
- après 5 minutes de repos
- sans tabac/thé/café dans les 30 min

→ Apporter le document en consultation pour adapter le traitement



Pendant la mesure... Pensez à vous adosser confortablement, reposer le bras sur l'accoudoir, décroiser les jambes et les pieds, et évitez de parler !



Systolique
Diastolique
Pouls

MOYENNE	
Systolique	Diastolique

objectif < 80ans < 135/85 mmHg
> 80ans < 145/85 mmHg

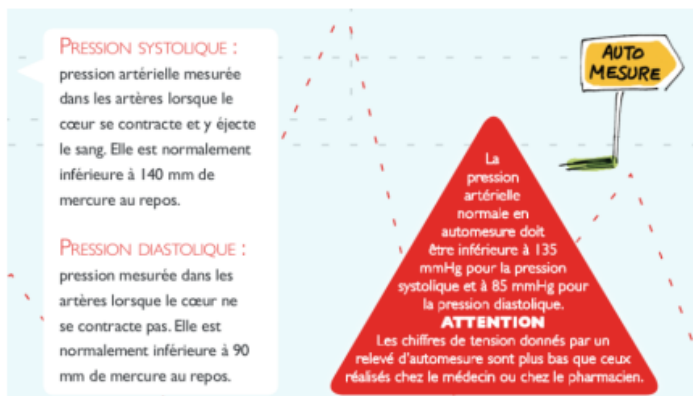
JOUR 1	MATIN			SOIR		
	Systolique	Diastolique	Pouls	Systolique	Diastolique	Pouls
Mesure 1	---	---	---	---	---	---
Mesure 2	---	---	---	---	---	---
Mesure 3	---	---	---	---	---	---

JOUR 2	MATIN			SOIR		
	Systolique	Diastolique	Pouls	Systolique	Diastolique	Pouls
Mesure 1	---	---	---	---	---	---
Mesure 2	---	---	---	---	---	---
Mesure 3	---	---	---	---	---	---

JOUR 3	MATIN			SOIR		
	Systolique	Diastolique	Pouls	Systolique	Diastolique	Pouls
Mesure 1	---	---	---	---	---	---
Mesure 2	---	---	---	---	---	---
Mesure 3	---	---	---	---	---	---

FICHE INFO PATIENT CONCERNANT L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE (HTA):

1. Mieux mesurer sa pression artérielle / tension



Un relevé d'auto-mesure par le patient lui-même est plus précis qu'une mesure occasionnelle chez le médecin, car la tension artérielle n'est pas stable (elle varie en fonction de l'environnement: émotion, stress, activité physique...). Par exemple, elle peut augmenter chez le médecin sous le coup de l'émotion, c'est le fameux effet blouse blanche (qui est fréquent, 25 à 30%, et augmente avec l'âge): à domicile la tension sera normale. A l'inverse, la tension peut être normale en consultation et plus élevée chez soi, c'est l'HTA masquée.

2. Adopter une bonne hygiène de vie.

Vous pouvez vous aider à mieux régulariser votre tension avec des principes d'hygiène de vie et une alimentation équilibrée:

• Alimentation moins riche en sel

Une consommation est excessive si elle dépasse 12g par jour. En diminuant de moitié cet apport, il est possible de faire diminuer sa tension et/ou de rendre plus efficace le traitement, ce qui peut permettre de diminuer le nombre de médicaments nécessaires pour soigner sa tension.



Pour réduire sa consommation:

- diminuer la quantité d'aliments riches en «sel cachés»: pain, fromage, charcuterie, biscuits apéritif, certains plats tout prêts
- ne pas resaler à table
- éviter de boire les eaux minérales les plus salées

• Alimentation saine et équilibrée

L'excès de poids est un des ennemis de l'hypertendu, perdre quelques kilos peut contribuer à faire diminuer votre tension. Quelques conseils pour y parvenir:

- prenez 3 repas par jour
- mangez équilibré: éviter la surconsommation de sucre, de féculents (pain, pâtes, riz...) et de viande rouge riche en graisses
- privilégiez fruits, légumes, viande blanche et poisson
- réduisez votre consommation d'alcool
- limitez la consommation des sodas



• Pratique d'une activité physique régulière



L'activité physique entraîne votre cœur et assouplit vos artères. Elle est bénéfique si elle est réalisée pendant au moins 20 minutes, plusieurs fois par semaine. Les efforts d'endurance (marche rapide, natation, vélo, golf, jardinage...) sont à privilégier.

Attention: il faut toujours débiter une activité physique par un échauffement, éviter de commencer de façon brutale!

• Arrêt définitif du tabac

Le tabac majore le risque de maladie cardio-vasculaires particulièrement chez l'hypertendu.



Pour plus d'informations:

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/518130/document/livret_hypertendus_suivez_le_guide_cnam.pdf

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Hypertension artérielle et facteurs de risques associés : évolutions des traitements entre 2000 et 2006. Point Inf Mens. 19 oct 2007;(10):1-8.
2. World Health Organization, éditeur. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. 62 p.
3. Institut de veille sanitaire. Surveillance de l'hypertension artérielle en France. Numéro thématique. Bull Epidemiol Hebd. 2008;(49-50):1-16.
4. Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016 [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_hta_mel.pdf
5. Société Française d'Hypertension Artérielle. Mesures de la pression artérielle pour le diagnostic et le suivi du patient hypertendu [Internet]. Recommandations de la SFHTA. 2011 [cité 21 mai 2019]; Disponible sur: http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2015/11/SFHTA_Recommandations_Mesure-nov2011.pdf
6. Canadien Hypertension Education Program, Daskalopoulou SS, Rabi DM, Zarnke KB, Dasgupta K, Nerenberg K, et al. The 2015 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. Can J Cardiol. mai 2015;31(5):549-68.
7. Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte - Rapport d'élaboration. [Internet]. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2016 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_rapport_elaboration_hta_mel.pdf
8. European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring, Parati G, Stergiou GS, Asmar R, Bilo G, de Leeuw P, et al. European Society of Hypertension practice guidelines for home blood pressure monitoring. J Hum Hypertens. déc 2010;24(12):779-85.
9. European Society of Hypertension, European Society of Cardiology, Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. juill 2013;31(7):1281-357.
10. European Society of Hypertension, Parati G, Stergiou G, O'Brien E, Asmar R, Beilin L, et al. European Society of Hypertension practice guidelines for ambulatory blood pressure monitoring: J Hypertens. juill 2014;32(7):1359-66.
11. Asmar R, Zanchetti A. Guidelines for the use of self-blood pressure monitoring: a summary report of the First International Consensus Conference. Groupe Evaluation & Measure of the French Society of Hypertension. J Hypertens. mai 2000;18(5):493-508.
12. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Actualisation 2005. Cette recommandation est suspendue. [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/hta_2005_-_recommandations.pdf
13. Société française d'hypertension artérielle. Mesure de la pression artérielle. Paris SFHTA [Internet]. déc 2018 [cité 24 mai 2019]; Disponible sur: http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2018/12/Recommandation_Mesure_de_la_PA_VF.pdf
14. Haute Autorité de Santé. Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique. Traduction française de la grille AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument) [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009 [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_430333/fr/grille-d-evaluation-de-la-qualite-des-recommandations-pour-la-pratique-clinique-traduction-francaise-de-la-grille-agree-appraisal-of-guidelines-for-research-and-evaluation-instrument
15. Perrine A-L, Lecoivre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(10):170-9.
16. Rousseau S. Automesure tensionnelle pratique en soins primaires: étude MEGAMET enquête téléphonique nationale auprès de 546 médecins généralistes de mai à août 2004 [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nancy 1, France]: Faculté de médecine de Nancy; 2007 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734153>
17. Sert C. Réalité de la réalisation des automesures tensionnelles : doit-on tenir compte des mesures non protocolisées ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nancy 1, France]: Faculté de médecine de Nancy; 2017 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931892>
18. Tsintzila G. Etude MEGAMET (MEdecins Généralistes et Auto-Mesure Tensionnelle): recherche qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nancy 1, France]: Faculté de médecine de Nancy; 2011 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733804>

19. Cacciolati C. Automesure de la pression artérielle chez les personnes âgées en population générale: faisabilité et impact évalués à partir de l'étude 3C-HBPM [Thèse de santé publique et épidémiologie]. [Paris VI, France]: Université Pierre et Marie Curie; 2012.
20. Aylett M, Marples G, Jones K. Home blood pressure monitoring: its effect on the management of hypertension in general practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* sept 1999;49(446):725-8.
21. Little P, Barnett J, Barnsley L, Marjoram J, Fitzgerald-Barron A, Mant D. Comparison of acceptability of and preferences for different methods of measuring blood pressure in primary care. *BMJ.* 3 août 2002;325(7358):258-9.
22. Mengden T, Hernandezmedina R, Beltran B, Alvarez E, Kraft K, Vetter H. Reliability of reporting self-measured blood pressure values by hypertensive patients. *Am J Hypertens.* déc 1998;11(12):1413-7.
23. Nordmann A, Frach B, Walker T, Martina B, Battegay E. Reliability of patients measuring blood pressure at home: prospective observational study. *BMJ.* 30 oct 1999;319(7218):1172-1172.
24. Cheng C, Studdiford JS, Chambers CV, Diamond JJ, Paynter N. The Reliability of Patient Self-Reported Blood Pressures. *J Clin Hypertens.* 2002;4(4):259-64.
25. Niiranen T, Kantola I, Vesalainen R, Johansson J, Ruuska M. A Comparison of Home Measurement and Ambulatory Monitoring of Blood Pressure in the Adjustment of Antihypertensive Treatment. *Am J Hypertens.* mai 2006;19(5):468-74.
26. Conen D, Tschudi P, Martina B. Twenty-four hour ambulatory blood pressure for the management of antihypertensive treatment: a randomized controlled trial. *J Hum Hypertens.* févr 2009;23(2):122-9.
27. Tzourio C, Hanon O, Godin O, Soumaré A, Dufouil C. Impact of home blood pressure monitoring on blood pressure control in older individuals: a French randomized study. *J Hypertens.* 2017;35(3):612-20.
28. Bobrie G, Clerson P, Ménard J, Postel-Vinay N, Chatellier G, Plouin P-F. Masked hypertension: a systematic review: *J Hypertens.* sept 2008;26(9):1715-25.
29. Wagner A, Sadoun A, Dallongeville J, Ferrières J, Amouyel P, Ruidavets J-B, et al. High blood pressure prevalence and control in a middle-aged French population and their associated factors: the MONA LISA study. *J Hypertens.* janv 2011;29(1):43-50.
30. Comité Français de Lutte contre l'HyperTension Artérielle, Girerd X. Enquête FLAHS (French League Against Hypertension Survey) 2017 [Internet]. France: CFLHTA; 2017 [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: http://www.comitehta.org/wp-content/uploads/2018/01/FLAHS2017_Diapo.pdf
31. Bobrie G, Postelvinay N, Delonca J, Corvol P. Self-Measurement and Self-Titration in Hypertension A Pilot Telemedicine Study. *Am J Hypertens.* déc 2007;20(12):1314-20.
32. Haute Autorité de Santé, Varroud Vial M. Une expérience d'autogestion du patient de son traitement contre l'HTA: Auto-adaptation du traitement anti-hypertenseur d'après l'auto-mesure de la Pression Artérielle (PA) [Internet]. Le Webzine de la HAS. 2014 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1766725/en/une-experience-d-autogestion-du-patient-de-son-traitement-contre-l-hta-auto-adaptation-du-traitement-anti-hypertenseur-d-apres-l-auto-mesure-de-la-pression-arterielle-pa
33. McManus RJ, Mant J, Haque MS, Bray EP, Bryan S, Greenfield SM, et al. Effect of Self-monitoring and Medication Self-titration on Systolic Blood Pressure in Hypertensive Patients at High Risk of Cardiovascular Disease: The TASMIN-SR Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 27 août 2014;312(8):799-808.
34. Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte, hors grossesse - Algorithme [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016 [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2677794/fr/algorithme-hta
35. Association KitMédical. Automesure tensionnelle - Recueil sur 3 jours - Fiches patients [Internet]. KitMédical - Le kit numérique des médecins généralistes. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: https://kitmedical.fr/section/pratique-medicale_-LFT5HShUuH5QtUp000k/categorie/specialites-cardio-vasculaire_-LJwzR4a0siGrP2P-NqS
36. Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle. Hypertendus suivez le guide ! [Internet]. ameli.fr. 2012 [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/518130/document/livret_hypertendus_suivez_le_guide_cnam.pdf

VII. ANNEXE

Médecin 1

	total	% pop	AMT demandée	%	AMT +	%	AMT écartées	%	AMT non faite	%	pas d'AMT proposée	%
pop totale	28		23	82	15	54	6	21	2	7	5	18
diabète	8	29	6	75	5	63	1	13	0	0	2	25
IRC	2	7	1	50	0	0	1	50	0	0	1	50
CV	5	18	3	60	2	40	1	20	0	0	2	40
effet BB	18	64	15	83	10	56	3	17	2	11	3	17
pb observance	5	18	5	100	3	60	1	20	1	20	0	0
déséq TA	21	75	20	95	13	62	5	24	2	10	1	5

Médecin 2

	total	% pop	AMT demandée	%	AMT +	%	AMT écartée	%	AMT non faite	%	pas d'AMT proposée	%
pop totale	55		8	15	2	4	2	4	4	7	47	85
diabète	9	16	1	11	0	0	0	0	1	11	8	89
IRC	7	13	1	14	0	0	0	0	1	14	6	86
CV	5	9	0	0	0	0	0	0	0	0	5	100
effet BB	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
pb observance	10	18	1	10	0	0	0	0	1	10	9	90
déséq TA	5	9	1	20	0	0	0	0	1	20	4	80

Médecin 3

	total	% pop	AMT demandée	%	AMT +	%	AMT écartée	%	AMT non faite	%	pas d'AMT proposée	%
pop totale	21		13	62	8	38	2	10	3	14	8	38
diabète	5	24	3	60	2	40	1	20	0	0	2	40
IRC	0	0	0		0		0		0		0	0
CV	5	24	3	60	2	40	0	0	1	20	2	40
effet BB	9	43	8	89	5	56	2	22	1	11	1	11
pb observance	4	19	3	75	3	75	0	0	0	0	1	25
déséq TA	13	62	10	77	5	38	2	15	3	23	3	23

Médecin 4

	total	% pop	AMT demandée	%	AMT +	%	AMT écartée	%	AMT non faite	%	pas d'AMT proposée	%
pop totale	69		13	19	6	9	2	3	5	7	56	81
diabète	14	20	1	7	0	0	1	7	0	0	13	93
IRC	8	12	0	0	0	0	0	0	0	0	8	100
CV	9	13	1	11	0	0	0	0	1	11	8	89
effet BB	16	23	7	44	5	31	0	0	2	13	9	56
pb observance	3	4	1	33	0	0	0	0	1	33	2	67
déséq TA	23	33	9	39	5	22	2	9	2	9	14	61

Médecin 5

	total	% pop	AMT demandée	%	AMT +	%	AMT écartée	%	AMT non faite	%	pas d'AMT proposée	%
pop totale	32		23	72	16	50	1	3	6	19	9	28
diabète	10	31	5	50	2	20	0	0	3	30	5	50
IRC	6	19	5	83	3	50	0	0	2	33	1	17
CV	9	28	6	67	4	44	0	0	2	22	3	33
effet BB	12	38	11	92	8	67	1	8	2	17	1	8
pb observance	4	13	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100
déséq TA	12	38	11	92	8	67	1	8	2	17	1	8

Médecin 6

	total	% pop	AMT demandée	%	AMT +	%	AMT écartée	%	AMT non faite	%	pas d'AMT proposée	%
pop totale	29		16	55	10	34	3	10	3	10	13	45
diabète	4	14	3	75	2	50	1	25	0	0	1	25
IRC	2	7	1	50	1	50	0	0	0	0	1	50
CV	5	17	2	40	1	20	1	20	0	0	3	60
effet BB	10	34	8	80	5	50	2	20	1	10	2	20
pb observance	6	21	3	50	1	17	0	0	2	33	3	50
déséq TA	17	59	13	76	8	47	3	18	2	12	4	24

Médecin 7

	total	% pop	AMT demandée	%	AMT +	%	AMT écartée	%	AMT non faite	%	pas d'AMT proposée	%
pop totale	62		22	35	13	21	5	8	4	6	40	65
diabète	15	24	5	33	4	27	1	7	0	0	10	67
IRC	8	13	3	38	3	38	0	0	0	0	5	63
CV	14	23	4	29	2	14	1	7	1	7	10	71
effet BB	20	32	9	45	5	25	4	20	0	0	11	55
pb observance	8	13	2	25	1	13	0	0	1	13	6	75
déséq TA	28	45	17	61	10	36	4	14	3	11	11	39

Vu, le Président du Jury,
Professeur TROCHU Jean-Noël

Vu, le Directeur de Thèse,
Docteur SPIRE Thibaut

le directeur de thèse : ²Thibaut SPIRE

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized 'S' followed by a horizontal line.

Vu, le Doyen de la Faculté,

L'auto-mesure tensionnelle en 2017, une évaluation des pratiques professionnelles à la maison de santé pluri-professionnelle de Savenay.

RÉSUMÉ

-Introduction : l'hypertension artérielle (HTA) est un enjeu de santé publique majeur, en terme de fréquence, de gravité et parce qu'elle reste insuffisamment détectée, traitée et contrôlée en France. Afin d'améliorer sa prise en charge, la réalisation d'auto-mesure tensionnelle (AMT) est recommandée en France depuis 2005. Qu'en est-il de son usage en pratique un peu plus de dix ans après cette recommandation ?

-Méthodes : réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles à la Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) de Savenay sur l'année 2017 à partir d'une étude descriptive, rétrospective, avec échantillonnage pour analyse de 1/4 des patients hypertendus de chacun des 7 médecins. Recueil des données à partir du logiciel métier (âge, TA, réalisation d'AMT protocolisée ou non, médicaments pris...). Analyse réalisée pour l'ensemble des patients et dans différents sous-groupes d'intérêt pour l'AMT (déséquilibre tensionnel en consultation, effet blouse blanche connu, diabète, atteinte cardio-vasculaire, atteinte rénale chronique, problème d'observance), pour l'ensemble des médecins et pour chaque médecin.

-Résultats : sur 1327 patients hypertendus, 486 ont été étudiés : 190 ont été exclus pour des raisons administratives (131) ou de non faisabilité de l'AMT (59), soit 296 patients inclus. Tous les nouveaux diagnostics d'HTA ont été portés à partir des données d'AMT. Tous les médecins de la MSP utilisent l'AMT (en moyenne 49 % de demandes d'AMT) avec une variation de pratique importante (écart type de 26). L'utilisation systématique de l'AMT n'est pas encore atteinte, avec des variations individuelles importantes (AMT demandée max 82 % - min 15 % sur une année calendaire). L'AMT est surtout utilisée chez les patients avec effet blouse blanche connu et chez les patients présentant un déséquilibre tensionnel en consultation (qu'il soit isolé ou persistant). L'équilibre tensionnel en consultation est pour la moyenne des médecins de 54 % ce qui est comparable aux chiffres nationaux.

-Conclusion : la pratique de l'AMT est très hétérogène à la MSP de Savenay. Même si son utilisation progresse, l'amélioration du contrôle tensionnel ne suit pas cette tendance. Notre travail a permis de proposer une fiche outil en 2 parties médecin / patient pour tendre à uniformiser les pratiques professionnelles et favoriser l'utilisation de l'AMT.

MOTS-CLÉS

médecine générale, soins primaires, hypertension artérielle, auto-mesure tensionnelle, évaluation des pratiques professionnelles, fiche information patient