



Etude MEGAMET (MEdecins Généralistes et Auto-Mesure Tensionnelle) : recherche qualitative

Georgia Tsintzila

► To cite this version:

Georgia Tsintzila. Etude MEGAMET (MEdecins Généralistes et Auto-Mesure Tensionnelle) : recherche qualitative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01733804

HAL Id: hal-01733804

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733804>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2011

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N°

THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Georgia TSINTZILA

le 30 mai 2011

ÉTUDE MEGAMET
(MÉdecins Généralistes et Auto-MÉsure Tensionnelle)
RECHERCHE QUALITATIVE

Examineurs de la thèse :

M. A. BENETOS	Professeur	Président
M. F. ALLA	Professeur	Juge
M. P. ROSSIGNOL	Professeur	Juge
M. JM. BOIVIN	Professeur Associé	Juge et directeur

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2011

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N°

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Georgia TSINTZILA

le 30 mai 2011

ÉTUDE MEGAMET

(MÉdecins Généralistes et Auto-MÉsure Tensionnelle)

RECHERCHE QUALITATIVE

Examineurs de la thèse :

M. A. BENETOS	Professeur	Président
M. F. ALLA	Professeur	Juge
M. P. ROSSIGNOL	Professeur	Juge
M. JM. BOIVIN	Professeur Associé	Juge et directeur

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-
DUPREZ	
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- «Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales»	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
«DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques»	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
«DES Spécialité Médecine Générale»	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard
BOLLAERT	
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE
KORWIN	

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire) Professeur Ali DALLOUL
4^{ème} sous-section : (Nutrition) Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS
3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)
Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)
Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)
Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)
Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD -
Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari
CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur
Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine
PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER
Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas
GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

**5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie
médicale*)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick
RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS -
Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY -
Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur
Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain
LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur
Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND
– Professeur Michel STRICKER
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT -
Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
(1996)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
(JAPON)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Perfectionnement des
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A notre Président du Jury,

Monsieur le Professeur Athanase BÉNÉTOS
Professeur de Gériatrie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites de
présider cette thèse.

Nous vous sommes reconnaissants de votre présence, de votre
soutien, et votre confiance.

Nous vous exprimons ici notre reconnaissance et notre profond
respect.

A notre Juge,

**Monsieur le Professeur François ALLA
Professeur de Santé Publique**

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail en acceptant d'être notre juge.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A notre Juge,

**Monsieur le Professeur Patrick ROSSIGNOL
Professeur de Thérapeutique**

Nous sommes honorés que vous ayez à juger ce travail.

Nous sommes heureux d'avoir pu partager vos connaissances dans le domaine de l'Hypertension Artérielle au cours de notre internat.

Nous vous exprimons ici notre reconnaissance et notre profond respect.

A notre Juge et Directeur de Thèse,

**Monsieur le Docteur Jean-Marc BOIVIN
Professeur associé de Médecine Générale**

Nous vous remercions de nous avoir confié ce sujet et d'avoir dirigé ce travail qui a retenu toute notre attention.

Nous avons eu l'occasion de partager votre passion de la médecine générale, vos connaissances et votre expérience durant ce semestre à travailler à vos côtés.

Que ce travail soit le témoignage de notre admiration de notre sincère reconnaissance.

Remerciements

Au Docteur Joëlle KIVITS

Sociologue de la santé, responsable de projets à la Société française de santé publique

Enseignante à l'Ecole de Santé Publique de Nancy

Qui a permis l'analyse sociologique de ce travail

A ma famille

Pour leur soutien pendant ces longues années d'études malgré la distance géographique qui nous sépare

A tous mes amis et collègues

Qui ont cru en moi et m'ont soutenue pendant ce séjour une expérience unique

SERMENT

"Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
L’AUTOMESURE TENSIONNELLE (AMT)	15
-Diagnostic.....	19
-Indications de l’AMT.....	19
-Contre-indications et limites de l’AMT.....	20
-Profils des patients hypertendus.....	21
-Hypertension blouse-blanche.....	22
-Hypertension masquée.....	23
ÉTUDE MEGAMETquali	25
Justification scientifique du projet.....	26
Objectif principal.....	26
Caractéristiques de la population.....	26
Méthode.....	27
Résultats.....	29
Discussion.....	30
Conclusion.....	53
Retombées.....	53
BIBLIOGRAPHIE	54
ANNEXE	65

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque cardiovasculaire (FRCV) majeur et le principal facteur impliqué dans les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC). (1) La relation entre la pression artérielle (PA) et la survenue d'accidents cardiovasculaires est linéaire. (2)

Les essais randomisés contrôlés et les méta-analyses de ces essais, portant sur les antihypertenseurs depuis une vingtaine d'années ont conduit, d'une part, à individualiser des seuils de définition de l'HTA, d'autre part, à définir des objectifs à atteindre sous traitement, édictés par les recommandations. (3)

Les seuils de définition de l'HTA et les seuils d'intervention sont basés sur des mesures conventionnelles de la PA par méthode stéthacoustique à l'aide d'un sphygmomanomètre à mercure ou parfois anéroïde. L'importance de la variabilité de cette méthode a conduit à développer des méthodes complémentaires de mesure comme la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) et l'automesure tensionnelle (AMT) à domicile. Il n'existe toutefois pas de véritable consensus entre ces différentes méthodes de mesures.

L'automesure tensionnelle

L'automesure tensionnelle (AMT) est définie par la mesure ambulatoire de la PA réalisée par le patient lui-même à domicile. Elle fournit des valeurs sur plusieurs jours dans des conditions proches de la vie «normale».

La pratique de l'AMT est recommandée dès 2000 par la première conférence de consensus. Ses modalités pratiques ont été fixées par le Comité Français de Lutte contre l'HTA puis par les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2005. En Europe par la Société Européenne de l'Hypertension (ESH) en 2007(4).

La méthode utilisée pour la réalisation des automesures a été définie par les Sociétés Savantes afin de s'assurer d'une bonne reproductibilité des valeurs de pression artérielle fournies par le patient:

RECOMMANDATIONS ESH

- Utiliser un appareil validé et automatique (liste ESH)
- Respecter une position assise après cinq minutes de repos
- Utiliser un brassard huméral positionné à hauteur du cœur sur le bras présentant la PA la plus élevée
- Réaliser 2 mesures à une ou deux minutes d'intervalle matin et soir
- Avant la prise des médicaments
- Durant 3 jours minimum et idéalement 7 jours
- Éliminer l'analyse du premier jour de mesures
- Retranscrire les résultats ou mieux, utiliser un appareil à mémoire interne
- Suivi à long terme : une ou deux mesures par semaine ou une semaine par mois

RECOMMANDATIONS HAS

Appliquer la règle des 3 :

- 3 mesures consécutives entre le lever et le petit déjeuner à quelques minutes d'intervalle
- 3 mesures consécutives entre le dîner et le coucher à quelques minutes d'intervalle
- Mesures réalisées après quelques minutes de repos

Réaliser ces 2 séries de mesures pendant 3 jours de suite, durant la semaine précédant la consultation

- Il n'est pas recommandé de mesurer la pression artérielle à d'autres moments de la journée

- Utiliser un brassard adapté à la taille du bras : un brassard trop large conduit à une sous-estimation de la pression artérielle et un brassard de taille insuffisante surestime la pression artérielle. Le brassard standard est adapté à un bras de circonférence inférieure à 33 cm.

Diagnostic

Les valeurs tensionnelles proposées définissant l'hypertension artérielle sont supérieures ou égales à 135/85 selon la HAS et 130-135/85 selon l'ESH.

Pour la définition des seuils diagnostiques de l'hypertension artérielle par l'automesure deux méta-analyses ont été effectuées :

1) Une méta-analyse des 17 études publiées (5) représentant un total de 5422 sujets analysés :(huit études chez des sujets normotendus et des sujets hypertendus non traités, et 9 comprenant uniquement des sujets normotendus). Pour chaque étude, la limite entre la normotension et l'hypertension a été définie chez les sujets normotendus en ajoutant deux déviations standards à la moyenne de la PA enregistrée en automesure et/ou en déterminant les 95èmes percentiles de la distribution des PA enregistrées en automesure chez les sujets normotendus. Les résultats de cette méta-analyse montrent que les pressions mesurées en automesure sont en moyenne de 115/71 mmHg chez les sujets normotendus et de 119/74 mmHg chez les sujets non traités et non sélectionnés en fonction de leur niveau tensionnel. Chez les sujets normotendus, les seuils pour l'automesure de la PA, définis à partir des 95èmes percentiles (135/86 mmHg) ou en ajoutant deux déviations standards à la moyenne (137/89 mmHg) sont comparables à 2 ou 3 mmHg près.

2) Une deuxième méta-analyse basée sur des données individuelles dans une base des données internationales (6). Le 95ème percentile de la PA mesurée en automesure chez 2401 sujets normotendus était de 136/85 mmHg pour les mesures réalisées le matin, de 139/86 mmHg pour celles réalisées le soir et de 137/85 mmHg quel que soit le moment de la journée.

Dans une autre approche, une analyse de la régression entre la PA enregistrée par automesure et la PA conventionnelle a été réalisée pour

déterminer les valeurs correspondant à la PA conventionnelle de 140/90 mmHg (7). Les valeurs seuils dérivées de cette analyse avec un intervalle de confiance à 95% sont de 124/79 mmHg et 130/83 mmHg, respectivement.

En considérant les résultats présentés ci-dessus et le fait que la détermination des valeurs de normalité en utilisant des méthodes de statistique, comporte toujours une approximation, ces seuils diagnostiques devront donc être validés par des études pronostiques.

Dans l'attente de données issues d'études prospectives, la valeur de **135/85 mmHg** pour la PA enregistrée en automesure pourrait être considérée comme la limite supérieure de la normale.

Indications de l'automesure

Les automesures complètent les mesures cliniques de la pression artérielle. Elles seront utilisées :

- 1) Avant de débiter un traitement antihypertenseur médicamenteux afin de s'assurer de la permanence de l'HTA
- 2) En cas de chiffres de PA compris entre 140-179/ 90-109 mmHg et en l'absence d'atteinte des organes cibles, de diabète, d'antécédents cardio ou cérébrovasculaire ou d'insuffisance rénale lors du bilan initial
- 3) Afin de rechercher un effet "blouse blanche"
- 4) Chez le sujet âgé dont la variabilité de la pression artérielle est augmentée et la présence d'un effet blouse blanche important
- 5) En cas d'HTA résistante
- 6) Pour évaluation du traitement antihypertenseur
- 7) Pour le dépistage d'une "HTA masquée"

Contre-indications(CI) à l'AMT

- Arythmie ou extrasystoles fréquentes
- Lorsque le patient est amené à modifier lui-même son traitement
- Validation insuffisante des brassards pour les bras de circonférence >32 cm
- Patient anxieux ou stressé
- Incapacité du patient à appliquer le protocole de mesures
- Enfants et femmes enceintes

Limites de la méthode d'AMT

- Incertitude quant à la fiabilité du relevé de mesures par le patient
- Mesures uniquement diurnes
- Coût à la charge du patient, quand le matériel n'est pas prêté par le médecin traitant

Les différents profils des patients hypertendus

L'étude SHEAF publiée dans la revue américaine JAMA en 2004 apporte la démonstration de l'intérêt à la pratique de l'AMT pour le suivi de

tous les patients hypertendus en identifiant les quatre situations cliniques possibles concernant l'HTA (8)

Mesure ambulatoire (AMT et MAPA)	Mesure au cabinet	
	Normale: < 140/90 mmHg	Augmentée: >140/90 mmHg
Normale AMT<135/85 MAPA<130/80 mmHg	Tension normale	HTA blouse blanche ou isolée de consultation
Augmentée AMT>135/85 MAPA>130/80 mmHg	HTA masquée	Hypertension permanente

Hypertension blouse blanche

Chez certains patients, la pression artérielle de consultation est toujours élevée alors que les mesures ambulatoires (MAPA et automesure) donnent des valeurs normales. Cette situation est connue sous le terme "hypertension blouse blanche"(9) ou encore "hypertension de consultation isolée" puisque la différence entre la mesure au cabinet et la mesure ambulatoire n'est pas toujours liée à la présence du médecin [10, 11] Il a été démontré que ce phénomène correspond à environ 15% de la population générale et à plus de 30% des diagnostics d'hypertension. [10, 11, 14]

Le risque cardiovasculaire des sujets porteurs d'une hypertension "blouse blanche" est moindre que celui des sujets hypertendus autant en consultation qu'en mesure ambulatoire [13-20]. Pourtant certaines études ont montré que ces sujets présentent plus souvent des troubles métaboliques et une atteinte des organes cibles que les sujets normo-tendus ce qui tend à montrer que ce phénomène n'est pas anodin [13].

Le diagnostic d'"hypertension blouse blanche" doit être posé lorsque la PA de consultation est supérieure ou égale à 140/90 mesurée au moins trois fois lors des consultations différentes alors que les mesures ambulatoires retrouvent des valeurs normales.

Ce diagnostic doit être suivi par la recherche des facteurs de risque cardiovasculaires et une atteinte des organes cibles. Un traitement médicamenteux doit être instauré s'il existe une atteinte des organes cibles ou un risque cardiovasculaire élevé. Pour les autres porteurs d'hypertension "blouse blanche" un suivi régulier et des mesures hygiéno-diététiques sont recommandées.

Hypertension masquée

L'hypertension masquée est le phénomène inverse de l'hypertension blouse blanche. Il s'agit des sujets qui ont une pression artérielle <140/90mmHg au cabinet et \geq 140/90mmHg en automesure ou en MAPA. Cette situation est décrite aussi sous le terme d' "hypertension ambulatoire isolée" [11, 12, 14, 16, 19, 21-24].

La prévalence de l'hypertension masquée est importante, de l'ordre de 17%, pouvant atteindre 50% chez les hypertendus traités. [26-29] Cela signifie que chaque fois qu'un hypertendu traité apparaît cliniquement contrôlé, on aurait jusqu'à un risque sur deux d'affirmer à tort le contrôle tensionnel. Il semble qu'il n'y ait pas de différence significative de prévalence de l'hypertension masquée selon que l'on utilise la MAPA ou l'automesure tensionnelle.

Dans plusieurs études ayant utilisé des analyses multi variées, les hommes, les sujets qui ont une fréquence élevée des facteurs classiques de risque cardio-vasculaire (âge, obésité, hypercholestérolémie, hyperglycémie indice de masse corporelle élevé) [25, 26] sont plus à risque d'hypertension masquée.

L'hypertension masquée est fréquemment associée à d'autres facteurs de risque cardiovasculaire. Les études ont démontré que l'atteinte des organes cibles est quasiment aussi fréquente en cas d'hypertension masquée qu'en cas d'hypertension non contrôlée, en tout cas nettement supérieure à celle des patients normotendus.

Enfin, les méta-analyses des études de cohortes montrent que l'hypertension masquée est associée à une augmentation importante de la morbi-mortalité cardiovasculaire, approximativement du double de celle des sujets normotendus (ou contrôlés) et proche de celle des sujets hypertendus (ou non contrôlés). En particulier, ces patients ont une plus grande fréquence d'atteinte des organes cibles [index de masse ventriculaire gauche (IMVG) et présence de plaques carotidiennes]. [25-26] Cela est vraisemblablement dû à la méconnaissance de l'élévation de la pression artérielle, et donc à l'absence de prise en charge appropriée.

Les éventuels mécanismes physiopathologiques de l'hypertension masquée ne sont pas connus. Chez les hypertendus traités, les causes qui ont été évoquées sont la faible observance et le rôle du traitement par sa nature et par l'horaire des prises médicamenteuses par rapport à l'horaire des mesures tensionnelles (le traitement étant généralement pris le matin, la consultation est faite au pic de l'effet antihypertenseur et les mesures matinales d'AMT sont faites à la vallée de l'effet du médicament). Des enquêtes épidémiologiques vont à l'encontre d'une telle hypothèse, puisque la prévalence de l'hypertension masquée évaluée à partir de l'«AMT matin et soir» est identique à la prévalence évaluée à partir de l'«AMT jour» réalisée aux mêmes heures que les consultations. De toute façon une telle hypothèse ne pouvait pas expliquer l'hypertension masquée constatée en population générale non traitée. L'influence du stress potentiellement généré par l'automesure tensionnelle a également été éliminée [30]. Enfin la constatation qu'une PA clinique proche du seuil définissant l'HTA, entre 130 et 140 mmHg, est associée à l'hypertension masquée, et qu'à l'inverse une PA clinique basse est un facteur prédictif négatif d'hypertension masquée, est en faveur d'un phénomène statistique dû à la variabilité des mesures de la PA (régression vers la moyenne de la mesure conventionnelle).

La sévérité du pronostic de l'HTA masquée [31] justifie son dépistage par l'utilisation systématique des méthodes complémentaires de mesure de la pression artérielle telles que l'automesure tensionnelle au domicile. Le bénéfice du traitement antihypertenseur dans cette indication reste cependant à établir.

JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE DU PROJET

Malgré les nombreuses études qui démontrent le rôle primordial de l'HTA comme facteur de risque cardiovasculaire et la rédaction des recommandations qui tentent à améliorer sa prise en charge, le traitement de l'HTA est encore loin d'être optimal. Le contrôle de l'hypertension artérielle s'est toutefois amélioré au cours de ces dernières années. En France, l'étude FLAHS 2009 montre une amélioration du contrôle avec 53% des patients traités contrôlés contre 38% en 2004 (32).

L'utilisation de l'automesure tensionnelle pour le diagnostic et le suivi des patients hypertendus a démontré qu'elle améliore la surveillance de la part des patients et conduit à un meilleur contrôle de l'HTA. En outre, l'AMT est mieux corrélée à la morbidité que les mesures casuelles réalisées au cabinet. (33)

Cependant, une enquête nationale récente (34), réalisée chez 540 médecins généralistes répartis en France, a montré que 70% d'entre eux utilisaient occasionnellement l'AMT, mais que seulement 5% d'entre eux respectaient les recommandations et s'en servaient régulièrement pour le suivi de leurs patients hypertendus. Les motifs de cette résistance de la part des MG à utiliser l'AMT lors du suivi des patients hypertendus seraient selon l'étude les suivants : Pour 62% des médecins interrogés, la technique n'est pas fiable, pour près de 50% d'entre eux, le médecin ne peut pas faire confiance aux résultats apportés par le patient, pour 67% des médecins cette technique stresse inutilement le patient, enfin 30% d'entre eux jugent la technique difficile à mettre en œuvre d'un point de vue pratique.

Lors des 29es Journées de l'Hypertension Artérielle, Boivin et al. (CIC-INSERM, CHU de Nancy) a rappelé que la pratique de l'AMT nécessitait une méthodologie standardisée comme celle-ci a été définie par les recommandations françaises 2005 ou européennes (ESH 2007). L'enquête MAGAMET 2 (sous presse) montre que 92% des généralistes déclarent désormais utiliser l'automesure, au moins de façon épisodique, mais pratiquement toujours sans respect strict du protocole. Si l'aide au diagnostic est bien intégrée, les notions d'HTA masquée et la valeur pronostique de l'automesure ne sont pas encore connues.

Il était nécessaire de recueillir l'avis des médecins, afin d'identifier, à l'aide d'une étude qualitative (MEGAMETquali) les réels motifs du défaut d'appropriation de l'AMT par les médecins généralistes pour le suivi de leurs patients hypertendus et l'absence de respect des recommandations. La révélation des facteurs associés à cette réticence de la part des MG

permettra d'agir ensuite pour améliorer l'appropriation de l'AMT par les MG pour la prise en charge de l'HTA.

OBJECTIF PRINCIPAL

Identifier les raisons de non adhésion à l'AMT selon les recommandations (HAS et ESH) pour la prise en charge de l'HTA par les médecins généralistes.

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

La population interrogée comportait 26 médecins généralistes choisis selon les critères suivants en recherche qualitative

- Les médecins des **deux sexes** ont été représentés pour des raisons de mixité de l'exercice

- Dans l'enquête MEGAMET l'appropriation de l'AMT par le MG semblait corrélée à l'âge des médecins donc les **différentes classes d'âge** ont été interrogés (< 40, 40-50, >50 ans)

- Il est possible qu'il existe une variabilité de l'utilisation de l'AMT selon les régions, donc les MG venaient **des régions différentes**

- Les médecins qui ont participé aux deux premiers groupes celui de Meurthe-et-Moselle et des Vosges faisaient partie d'un **groupe FMC** alors que les médecins installés dans la Meuse ne participaient pas aux groupes FMC. Cela permettait de rechercher une différence entre les médecins qui ont plus ou moins accès aux nouvelles informations.

- Le mode **d'exercice rural ou urbain** peut avoir un impact sur l'utilisation de l'AMT, donc les médecins interrogés étaient des médecins installés en campagne ou en ville

- Enfin des médecins installés **seuls ou en groupe** ont été interrogés puisque cela peut influencer certains paramètres comme l'achat de l'appareil

MÉTHODE

Les médecins généralistes ont été interrogés selon la méthode de focus groupes. Ils ont été incités à participer à une discussion et à s'exprimer de façon libre sur leurs expériences, connaissances et réticences vis à vis l'AMT.

L'avantage de l'étude qualitative avec la méthode des focus groupes et qu'elle permet de :

- prendre connaissance et évaluer la diversité des points de vues et opinions sur un sujet avec interactions possibles
- donner aux participants la possibilité d'exposer et d'expliquer leurs demandes et leurs attentes
- déterminer le degré de consensus existant sur un sujet donné

Les interviews étaient de type semi-directif menées par un modérateur en collaboration avec un observateur. Le modérateur et l'observateur étaient des médecins généralistes formés à la recherche qualitative, aptes à modérer les sessions qui ont duré de 1 à 2 heures.

Lors des interviews un schéma standard suivant a été respecté, le suivant :

1er temps :

- Expérience d'utilisation
- Fréquence d'utilisation
- Evaluation des connaissances en termes d'AMT

2ème temps :

- L'appropriation de l'AMT par les MG
- Les freins à l'utilisation de l'AMT :
 - Réticences d'origine cognitive
 - Réticences matérielles
- Les intérêts de l'utilisation de l'AMT

3ème temps : L'information

- Moyens d'information
- Moyens de formation éventuelle
- Comment obtenir l'appropriation de l'AMT par les MG ?
- Questions diverses

Chaque focus groupe a été enregistré et filmé par l'observateur qui a retranscrit par la suite tout ce qui a été dit pour que les éléments apportés puissent être analysés. Cette analyse a été effectuée par l'observateur et le modérateur à l'aide de Mme le Docteur Joëlle Kivits, sociologue rompue à la recherche qualitative.

RÉSULTATS

26 médecins ont participé aux interviews. Ils étaient répartis en 3 groupes selon leur région d'exercice (Meurthe-et-Moselle, Vosges, Meuse). Les réunions ont été interrompues lorsque l'information est devenue redondante.

La première réunion a eu lieu à Nancy et comprenait 8 médecins de ville qui font partie d'un groupe FMC. Ils avaient pour la plupart d'entre eux plus de 50 ans et exerçaient seuls. La deuxième réunion comportait 10 médecins qui exerçaient en milieu rural, dans les Vosges et faisaient également partie d'un groupe FMC. Huit médecins ont participé à la troisième réunion, ils ne participaient pas à un groupe FMC et exerçaient seuls ou en groupe dans le département de la Meuse. Les trois réunions ont été filmées et chaque interview a été retranscrite dans son intégralité. Les réponses des médecins ont été analysées selon leur genre, âge, mode et lieu d'exercice, leur participation ou non à un groupe FMC. Tous les verbatims ont été regroupés et analysés selon l'origine de réticence identifiée de point de vue sociologique.

Les raisons de la réticence des médecins généralistes à l'utilisation de l'automesure dans leur pratique quotidienne peuvent être réparties en quatre grandes catégories : 1) le transfert de compétence au patient et à l'outil, 2) les difficultés organisationnelles, 3) l'insuffisance d'information et/ou de formation et 4) la pratique interprofessionnelle.

MEDECINS	SEXE	AGE	REGION	FMC	RURAL/URBAIN	SEUL/EN GROUPE
M1	>50	H	Meurthe-et-Moselle	OUI	Urbain	Seul
M2	>50	H	Meurthe-et-Moselle	OUI	Urbain	Seul
M3	>50	F	Meurthe-et-Moselle	OUI	Urbain	Seule
M4	>50	H	Meurthe-et-Moselle	OUI	Urbain	Seul
M5	<40	H	Meurthe-et-Moselle	OUI	Urbain	Seul
M6	40-50	F	Meurthe-et-Moselle	OUI	Urbain	Seule
M7	>50	H	Meurthe-et-Moselle	OUI	Urbain	Seul
M8	>50	F	Meurthe-et-Moselle	OUI	Urbain	Seule
M9	<40	H	Vosges	OUI	Rural	En groupe
M10	40-50	H	Vosges	OUI	Rural	En groupe
M11	>50	F	Vosges	OUI	Rural	En groupe
M12	40-50	H	Vosges	OUI	Rural	En groupe
M13	<40	H	Vosges	OUI	Rural	En groupe
M14	>50	H	Vosges	OUI	Rural	Seul
M15	<40	F	Vosges	OUI	Rural	Seule
M16	<40	F	Vosges	OUI	Rural	En groupe
M17	<40	H	Vosges	OUI	Rural	En groupe
M18	40-50	H	Vosges	OUI	Rural	En groupe
M19	>50	H	Meuse	NON	Rural	En groupe
M20	>50	H	Meuse	NON	Urbain	Seul
M21	>50	H	Meuse	NON	Urbain	En groupe
M22	>50	H	Meuse	NON	Rural	En groupe
M23	<40	H	Meuse	NON	Rural	En groupe
M24	>50	H	Meuse	NON	Rural	Seul
M25	>50	H	Meuse	NON	Rural	Seul
M26	>50	H	Meuse	NON	Rural	Seul

1. Le transfert de compétence au patient et à l'outil

Pendant les entretiens, les médecins ont souvent évoqué une méfiance vis à vis des valeurs tensionnelles apportées par le patient. Ils considèrent que les patients ne sont pas capables de se prendre en charge ou qu'ils vont apporter des valeurs erronées afin de montrer à leur médecin qu'ils suivent bien leur traitement alors que ça n'est pas toujours le cas. Ce manque de confiance concerne surtout les personnes plus âgées et les patients anxieux. On rencontre le même scepticisme de la part du médecin à la conformité du patient au traitement médicamenteux ou les consignes médicales sur le régime, le mode de vie, la nécessité d'un exercice régulier, l'arrêt du tabac, etc. (1)

D'un autre côté les médecins ont souvent exprimé l'inquiétude que l'automesure stresse le patient. Cela peut, selon les médecins, non seulement influencer la qualité des résultats rapportés par le patient, mais aussi conduire à un comportement excessif avec nombreuses mesures, ou des mesures tensionnelles sous des conditions non appropriées (suite un malaise, une forte émotion, un exercice physique etc.). L'expression d'une inquiétude de l'automesure comme source de stress se retrouve dans les 3 groupes d'entretiens. Pourtant cette inquiétude semble aussi liée aux conséquences d'une mauvaise utilisation de la méthode par le patient ce qui peut parfois prendre des dimensions trop importantes, difficilement gérables par les médecins (2).

La confiance réciproque est sans doute primordiale dans la relation médecin-malade. Pourtant, un autre élément moins connu semble préoccuper les médecins : c'est l'inquiétude de perdre leur "pouvoir" sur le patient, ce qui pourrait déstabiliser leur relation. De plus la possibilité qu'une personne du milieu paramédical (pharmacien, infirmière) éduque le patient à la pratique de l'automesure n'est pas toujours acceptée par les médecins.

Le "pouvoir" médical pourrait être souhaité par certains patients, selon quelques médecins interrogés, qui affirment que leurs patients ont plus confiance à la mesure et l'appareil du médecin, ce qui voudrait dire que même si certains patients pratiquent l'automesure, ils ne seraient rassurés que quand leur médecin leur confirmerait les résultats par la mesure de consultation (3).

Le transfert de compétence à l'outil est aussi discuté, qu'il s'agisse de l'appareil d'automesure ou de la technique. La qualité de l'appareil et la fiabilité des mesures dépendant de son emploi par le patient, inquiètent particulièrement les médecins (4).

1. "ils ne savent pas la prendre" *homme>50 ans, médecin de ville*, "...on va avoir ces quatre patients qui vont remplir n'importe comment et ils vont nous emmener des 12/7 parce qu'ils savent que 12/7 c'est normal" *homme<40 ans médecin de campagne*, "l'automesure à partir d'un certain âge n'est pas très fiable" *homme>50 ans, médecin de ville*, "chez les gens anxieux ça marche jamais" *femme 45 ans, médecin de ville*, "la mesure à domicile serait plus fiable en dehors du stress" *homme 47 ans, médecin de campagne*, "il y a pas de raison qu'il y ait une meilleure observance par rapport à l'automesure que par rapport à la prise médicamenteuse" *homme>50 ans médecin de ville*.

2. "on ne peut pas créer une psychose" *homme>50 ans, médecin de ville*, "ça devient obsessionnel après, on a des cahiers entiers" *homme>50 ans, médecin de ville*, "ils vont nous demander une consultation de psychiatrie après! Ils vont commencer à focaliser sur le problème" *homme>50 ans médecin de campagne* "ils vont nous appeler toutes les deux secondes" *homme>50 ans, médecin de ville*, "il suffit d'être réveillé en pleine nuit pour un 17 de la tension pour ne pas dormir de la semaine" *homme<40 ans médecin de campagne*, "je connais une patiente qui connaît tous les médecins, le SAMU et les pompiers parce qu'elle a pratiqué l'automesure de manière intensive" *homme>50 ans, médecin de campagne*, "la personne se réveille dans la nuit petite angoisse, elle prend la tension elle a 17 la tension elle appelle le SAMU pour partir parce qu'elle est hypertendue" *homme>50 ans, médecin de campagne*,

3. "Le patient français considère que la consultation est bien faite y compris dans une entorse de la cheville, il faut que tu prennes la tension" *homme>50 ans, médecin de campagne*, "Je trouve cette attitude...qu'il nous demande de prendre la tension même si ils sont venus pour n'importe quoi d'autre...il y a forcément une relation de pouvoir entre le médecin et..." *homme<40 ans, médecin de campagne*, "C'est aussi que le risque associé est sur moi" *femme>50 ans, médecin de campagne*, "Quelqu'un de l'extérieur du cabinet c'est à dire qu'on perd une partie de..." *Homme<40 ans, médecin de campagne*, "Ils aiment bien dire : vous pouvez vérifier mon appareil ? " *homme<40 ans, médecin de campagne*, "je vais plus croire son appareil et le contraire le patient sur la mienne parce que là on les connaît un peu" *femme>50 ans médecin de campagne*.

4. "Il y a des freins,...la qualité de l'appareil...etc." *homme<40 ans, médecin de campagne*, "c'est un problème du poignet...il suffit un mauvais positionnement du bracelet, ils ont pas la systolique qu'il faut" *homme>50 ans, médecin de ville*, "il y a six millions mais trois millions d'efficaces" *homme>50 ans, médecin de campagne*

Le "stress" du patient vis-à-vis l'automesure semble préoccuper plus les hommes que les femmes et se rencontre plus fréquemment chez les médecins qui ne participent pas aux groupes FMC. Pour les médecins qui exercent dans la Meuse, le frein principal semble aussi être l'inquiétude que la pratique d'automesure stresse le patient, alors que pour les deux autres groupes, c'est plutôt un problème de moyens. Cette différence pourrait être expliquée par l'effet que dans les petites régions rurales de la Meuse la relation médecin-malade est plus proche, plus conviviale. Un autre aspect de la même relation pourrait expliquer la crainte des médecins des Vosges que l'automesure puisse finalement minimiser leur "pouvoir". Cette inquiétude qui est présente aussi dans le groupe des médecins de Meuse, n'est pas présente dans le groupe de médecins qui exercent en Meurthe-et-Moselle qui sont tous des médecins de ville.

Le manque de confiance concernant les valeurs apportées par le patient semble plus important pour les médecins de ville. De la même façon pour les médecins qui travaillent en groupe, la relation médecin-malade est un facteur déterminant dans leur pratique quotidienne. Cela pourrait se justifier par le "stress" du médecin de favoriser cette relation, qui devient moins fort quand plusieurs acteurs (médecins associés) s'impliquent dans la prise en charge du même patient.

2. Les difficultés organisationnelles

Une autre catégorie de facteurs de réticence à l'utilisation de l'automesure concerne les difficultés organisationnelles liées au manque de remboursement de l'appareil, aux moyens insuffisants et au manque de temps. Le problème de coût de l'appareil semble préoccupant pour un grand nombre de médecins. L'absence de remboursement par la sécurité sociale rendrait difficile l'acquisition de l'appareil par certains patients. Les médecins sont donc souvent amenés à prêter leur appareil, ce qui leur pose certains problèmes, soit à cause d'un nombre insuffisant d'appareils disponibles, soit par la crainte que l'appareil ne soit pas restitué au médecin. (1)

Un autre problème organisationnel qui semble important pour les médecins est le manque de temps. Le problème de coût et l'absence de cotation de l'automesure tensionnelle font que le médecin considère que l'éducation du patient pour que celui-ci puisse pratiquer des automesures est "une perte de temps" surtout lors des journées "les plus chargées". Il préfère donc enchaîner des consultations de courte durée, ce qui lui rapporte plus d'un point de vue financier. (2)

Finalement le problème organisationnel pour les médecins généralistes, qui sont en première ligne des soins et font face au quotidien à des pathologies différentes d'une patientelle très variable, se résume en une phrase : "*il ne faut pas que ça nous coûte cher en Euros et que ça nous coûte cher en temps*" (homme<40 ans, médecin de campagne).

Pour améliorer l'appropriation de l'automesure les médecins pensent qu'un premier pas serait le remboursement de l'appareil, la cotation et la prise en charge de l'acte par la Sécurité Sociale. Le problème de manque de temps pourrait être résolu par la délégation des actes, avec des infirmières salariées qui se chargent de l'éducation du patient. (3)

1. "on peut pas faire une prescription pour le faire rembourser" *homme<40 ans médecin de ville*, "faut pas que le coût de l'appareil nous accompagne" *homme<40 ans médecin de campagne*, "il n'y a pas de cotation là" *homme<40 ans médecin de campagne*, «Je pense que c'est le coût. Le coût pour le patient et le coût pour nous" *homme 45 ans, médecin de campagne*. "il faut le prêter et j'en ai deux après ça traîne un peu.." *homme>50 ans, médecin de ville*, "moi j'ai qu'un appareil, quand il est prêté, il est prêté" *homme>50 ans, médecin de ville*, "j'ose pas prêter l'appareil du médecin" *femme<40 ans, médecin remplaçante de campagne*, , "c'est un problème de moyens, il faudrait avoir 10 ou 12 d'appareils d'automesure" *homme>50 ans, médecin de campagne*, "si il vient avec l' appareil c'est bien déjà" *homme 42 ans, médecin de campagne*, "j'avais trois appareils et un moment j'avais plus qu'un" *homme<40 ans, médecin de ville*, "Ils ne le rendent pas tout de suite quand on leur demande" *femme>50 ans, médecin de ville*, "Pour moi c'est un vrai problème. Il y a eu un moment donné ou on a perdu beaucoup" *homme 45 ans, médecin de campagne*,

2. "il va passer plus de temps et les jours quand t'as beaucoup de monde à la salle d'attente...on va pas travailler gratuitement !" *homme>50 ans, médecin de ville*, "et si c'est un jour de travail ?" *femme>50 ans, médecin de ville*, "il y a d'autres problèmes à régler dans la journée, on est limités dans le temps...y a des priorités...on est là pour faire le tri!" *homme>50 ans, médecin de campagne*

3. "Si la consultation était à 70 euros on pourrait salarier une infirmière...on ferait de la meilleure médecine et on pourrait se former...être servi par un certain nombre soit du matériel soit du personnel qui nous mâchent la tâche et en ce moment on se concentra plus qu' à la médecine" *homme>50 ans, médecin de campagne*, "il faut aussi que ça soit pris en compte par le pouvoir public pour les modalités du remboursement et la distribution des appareils" *homme<40 ans, médecin de campagne*

Pour les hommes comme pour les femmes les problèmes organisationnels et surtout le manque de cotation, sont au premier plan de la discussion. Le manque de moyens reste aussi le problème le plus évoqué des médecins de toutes classes d'âge (<40, 40-50 et >50 ans).

La répartition des médecins en groupes selon leur lieu d'exercice montre que le déficit des moyens comme le manque de cotation ou de remboursement de l'appareil reste le frein principal de réticence.

Quand on compare les réponses des médecins qui font partie ou non d'un groupe FMC, on se rend compte que pour ceux qui participent aux groupes FMC les problèmes organisationnels et surtout le manque de cotation de l'automesure sont beaucoup plus importants que les autres freins. Le problème de manque de remboursement de l'appareil est autant évoqué par les médecins de campagne et de ville mais le manque de cotation semble préoccuper plus les médecins de ville.

Il serait logique de penser que les médecins qui travaillent en groupe ont moins de difficultés organisationnelles comme le manque de moyens, le prix de l'appareil et le manque de temps surtout pour des examens qui ne sont pas côtés. Pourtant ces problèmes semblent être un frein aussi important pour les médecins qui exercent seuls que ceux qui travaillent en groupe.

3. Insuffisance des informations et/ou formations

Une des causes de non-appropriation de l'automesure par les médecins généralistes pour le suivi de leurs patients hypertendus est le manque de formation et/ou information. Même des médecins qui utilisent l'automesure tensionnelle dans leur pratique quotidienne confient qu'ils n'ont pas été formés et qu'ils font ça sans avoir un plan précis. Cela a comme conséquence le recueil des résultats ininterprétables puisque les mesures se font sous des conditions non appropriées et même si ça n'est pas le cas il existe toujours une partie des médecins qui ignorent le seuil tensionnel au-dessus lequel le patient est considéré comme hypertendu en automesure. (1)

Les modalités de la pratique d'automesure et les valeurs normales sont définies dans le texte des recommandations mais il semble que la plupart des médecins ignorent les recommandations HAS et ESH et les études réalisées démontrant l'intérêt à l'utilisation de la méthode. On note pourtant une demande importante de la part des médecins pour plus de

formation sur l'automesure et les preuves de son utilité dans le suivi du patient. (2)

1. "Déjà je pense qu'il faut une meilleure formation" *femme>50 ans, médecin de ville*, "jamais eu des connaissances" *homme>50, médecin de ville*, "informés par qui?" *femme 45 ans, médecine de ville*, "Ce n'est pas facile, chacun fait un peu sa recette, un peu son truc" *homme<40 ans, médecin de campagne*, "c'est la formation sur le tas" *homme>50 ans, médecin de campagne*, "On a vu une fois" *femme>50 ans, médecin de ville*, "En automesure je crois que(les normes)c'est au-dessus de 14 c' est... de 13,5...sais pas" *homme>50 ans, médecin de campagne*
2. "Si on avait plus d'information et plus de données en disant voilà il y a quelques études qui montrent..." *homme>50 ans, médecin de campagne*, "est-ce qu'on a...la preuve ... des études qui montraient...qu'à la fin il y a moins de morts..." *homme>50 ans, médecin de campagne*, "Il faut qu'il y ai des recommandations précises pour tenir sur une microfiche.....ça doit être cinq minutes en consultation" *homme<40 ans, médecin de campagne*).

Le manque de formation/information est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes et plus marqué chez les médecins qui exercent en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges. Contrairement à ce qu'on pourrait penser la demande pour une meilleure formation est aussi importante par les médecins qui font partie à un groupe FMC que ceux qui n'y participe pas. La répartition des médecins selon qu'ils exercent en campagne ou en ville ne retrouve pas de différence concernant le manque de formation, ce qui comporte un facteur de réticence primordial pour les deux groupes.

Pour le groupe des médecins qui exercent seuls un manque de formation/information est la cause principale de la non-appropriation à la méthode. Cela pourrait être dû à l'isolement professionnel du praticien qui risque ainsi de s'éloigner des sources d'informations sur les nouvelles recommandations, techniques et thérapies. La fondation de la Formation Médicale Continue (FMC) a donné en partie la solution à ce problème. L'incitation pour qu'il y ait de plus en plus de médecins qui y participent est nécessaire.

4. La pratique interprofessionnelle

Un frein important à l'utilisation de l'automesure est le manque de consensus entre les professionnels de santé et plus particulièrement avec les cardiologues qui, selon les médecins généralistes, proposent peu cette méthode. La MAPA comporte pour les cardiologues la mesure ambulatoire de premier choix pour le diagnostic et le suivi de l'hypertension artérielle. Les médecins généralistes se sentent donc troublés quand les confrères spécialistes, non seulement ne proposent pas l'utilisation de l'automesure mais aussi déconseillent sa pratique à leurs patients pour le suivi tensionnel. (1)

Un consensus par l'ensemble des professionnels de santé et surtout entre généralistes et spécialistes cardiologues sur l'utilisation de l'automesure peut donner la croyance à la méthode et améliorer l'appropriation. (2)

1. "on sait que l'automesure n'est pas adoptée par l'ensemble de la chaîne de cardiologie" *homme <40 ans, médecin de campagne*, "Les cardiologues ne le pratique pas" *homme <40 ans, médecin de ville*, "les cardiologues nous recommandent peu ces moyens" *homme >50 ans, médecin de campagne*, "Au contraire ils disent attention aux automesures" *femme 45 ans, médecin de ville*, "qu' il vaut mieux faire une MAPA" *homme >50 ans, médecin de ville*, "il y a des cardiologues qui systématiquement conseillent de supprimer les appareils de tension qui sont chez les personnes" *homme >50 ans, médecin de campagne*
2. "Il faut que ça soit vraiment adopté par la chaîne des personnes qui suit le patient...que les cardiologues disent aussi c'est bien...si on dit tous la même chose on est beaucoup plus audibles...si on n'est pas les seuls à militer pour ce truc" *homme <40 ans, médecin de campagne*

La relation interprofessionnelle semble moins importante que la relation médecin-malade pour les trois groupes des médecins (départements). La répartition des médecins en sous-groupes ne montre pas de différences concernant la réticence due au manque de consensus entre les professionnels de santé. Ce frein est évoqué également par tous les groupes mais reste d'une importance faible par rapport à tous les autres facteurs de réticence.

DISCUSSION

Le manque de confiance de la part du médecin en ce qui concerne la capacité du patient à effectuer des automesures correctement et d'apporter des résultats fiables sont souvent évoqués au cours des entretiens. Cela fait partie d'un phénomène plus global qui comporte les difficultés de l'adhésion du patient à "l'ordonnance médicale", qu'il s'agisse d'un traitement médicamenteux ou des consignes sur le mode de vie, l'arrêt du tabac, l'alimentation, etc.

Le problème de l'observance thérapeutique est aussi vieux que la pratique de la médecine. Hippocrate disait déjà : «Les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leurs médicaments» (36). Dès les années 70, les auteurs anglo-saxons ont introduit dans la littérature le terme de "*compliance*" signifiant consentement, obéissance. En français ce terme est souvent remplacé par celui d'observance auquel certains préfèrent la terminologie d'adhésion au traitement qui englobe l'adhésion primaire, l'observance, et la persistance. L'adhésion primaire est un concept utilisé pour les patients nouvellement diagnostiqués chez lesquels un traitement est initié et il concerne le respect de cette prescription. L'observance correspond à la manière dont un patient respecte son traitement au jour le jour. La persistance représente la durée de l'observance. (37)

De nos jours, le problème reste entier. Dans un de ses rapports, l'Organisation Mondiale de la Santé a conclu que «*améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique devrait s'avérer plus bénéfique que n'importe quelle découverte biomédicale*». Le défaut d'observance thérapeutique représente, en effet, certainement un frein majeur à la rencontre des objectifs médicaux fixés (38, 39).

Le problème de l'observance est au cœur même de la relation médecin-malade. La prescription médicale peut être considérée comme un contrat fondé sur la confiance. Pour le médecin ce contrat est indiscutable, comportant la représentation de l'écrit, "*l'ordonnance*". Il est perçu comme une responsabilité, la matérialisation d'une négociation aboutie mais qui, finalement, peut apparaître au patient comme un renforcement du pouvoir médical. Le contrat de prescription est moins évident pour le patient et les enjeux d'une négociation moins aboutie feront place à l'intervention des conflits personnelles, des représentations sociales, la personnalité avec ses besoins, ses craintes, ses désirs etc. Finalement ce contrat, discutable et déséquilibré, est virtuel puisque de toute évidence, les médecins ne peuvent pas obliger les patients à se soigner (40, 41).

Pour améliorer l'observance thérapeutique plusieurs synthèses récentes proposent les interventions suivantes : 1) développer l'éducation du patient et de sa famille, 2) faciliter le programme du suivi, 3) organiser plusieurs rappels (visites de suivi, intervention d'infirmières ou des pharmaciens), 4) améliorer et renforcer la relation médecin-malade. Les méthodes efficaces comprennent en général des approches multifactorielles, une approche unique étant rarement suffisamment efficace (42, 43, 44).

Pour passer de l'observance passive à l'adhésion active, on doit adapter les modalités précises selon les situations et abandonner le modèle traditionnel du médecin « ordonnant » qui impose un traitement, comme cela a été décrit dans l'ouvrage de T. Parsons (45) qui était le premier sociologue à essayer de théoriser la relation médecin-patient. Selon sa théorie, il existe d'un côté comme de l'autre, des atteintes clairement définies : les patients ont besoin de l'aide des médecins et réciproquement, les médecins disposent de connaissances spécialisées permettant d'atteindre le but commun du malade et du médecin : la guérison. Ainsi le modèle de la relation médecin-patient élaboré par Parsons est simultanément asymétrique et consensuel. Il est asymétrique parce que c'est le médecin qui peut résoudre le problème du malade et consensuel parce que le malade reconnaît le pouvoir du médecin. La relation thérapeutique, fondée sur une forte réciprocité est décrite comme un couple de rôles attendus et complémentaires : le malade est passif et le médecin est actif. Une consultation qui se déroule avec succès requiert donc simplement que le médecin et le patient jouent correctement leur rôle respectif (46).

Dans nos jours, le modèle de Parsons n'est plus applicable. Le patient est libre à suivre ou pas les conseils du médecin et d'exercer son propre jugement. Les médias et le réseau internet ont joué un rôle important à l'information des patients sur leurs maladies et les thérapeutiques possibles, le traitement médicamenteux et ses effets indésirables etc. Toute décision doit être prise donc mutuellement (47). L'observance ne peut être obtenue que par l'adhésion du patient aux objectifs du traitement, ce qui implique sa participation active à la sélection et l'ajustement des prescriptions, qu'elles concernent des médicaments ou le mode de vie. On doit comprendre les points de vue du patient et ses possibilités réelles, passer par l'écoute et le dialogue lors de la prescription et ses renouvellements. Questionner sur l'observance doit se faire en amont de tout problème, par des questions ouvertes, prenant en compte les barrières psychologiques et fonctionnelles. Cela demande une durée que malheureusement la consultation actuelle favorise peu.

La mauvaise observance médicamenteuse est considérée par les médecins comme la cause principale d'un échec du contrôle tensionnel. Pourtant il a été prouvé que la plupart des médecins (84%) ne modifient pas

le traitement si les objectifs ne sont pas atteints (34). Le terme de l'inertie thérapeutique (IT) a été utilisé pour la première fois par Androde et al (juillet 2004) pour décrire "l'échec d'adaptation du traitement médical par les praticiens, soit par introduction d'un nouveau médicament soit par majoration du dosage du traitement déjà administré quand les cibles thérapeutiques ne sont pas atteints" (48). Dans ce contexte, l'étude SHARE (Supporting Hypertension Awareness and Research Europe-wide survey) a consisté en un suivi des praticiens pour déceler les difficultés qu'ils affrontent en tentant d'amener les hypertendus aux objectifs tensionnels. Alors que 50 à 60 % des patients sont notés «non arrivés aux objectifs», la moitié à deux tiers d'entre eux seulement sont décrits comme «patients difficiles». Deux tiers ajustent le traitement dans les 4 semaines, un tiers se laisse bien plus de temps, alors que 19 % se disent satisfaits, même au-dessus de 140 mmHg de PAS, 78 % ne prennent pas alors d'initiative thérapeutique et 50% ne font rien jusqu'à 168 mmHg (49). Selon une autre étude rétrospective, effectuée en 2003 chez 7253 patients hypertendus ayant au moins une valeur élevée de tension artérielle lors d'au moins 4 visites médicales, une diminution des scores IT de l'ordre de 50% qui se traduirait par une intensification du traitement antihypertenseur lors d'environ 30% des visites augmenterait le contrôle de la tension artérielle de 45 % à 66 % sur une période d'une année (50). Ces résultats démontrent clairement l'impact négatif de l'IT sur l'amélioration de la qualité du contrôle de la tension artérielle. Une attention particulière doit donc être portée à cet aspect majeur si on veut améliorer la prise en charge de l'HTA.

L'éducation thérapeutique et l'auto surveillance de sa pression artérielle rend le patient responsable ce qui, non seulement améliore l'observance médicamenteuse mais aussi joue un rôle important contre l'inertie clinique des médecins. Le facteur anxigène et la manque de fiabilité du recueil des données qui paraissent comme les raisons principales de la non appropriation de l'AMT par les MG, ont été étudiés dans des plusieurs essais cliniques. L'étude SHEAF a montré que l'automesure est facile à pratiquer même par les patients âgés autant le matin que le soir (25). Une étude suisse réalisée sur 54 patients a démontré que 90% d'entre eux y sont parvenus avec succès (51). L'automesure n'est pas plus anxigène que les autres méthodes quand on compare l'opinion des patients vis-à-vis de l'AMT, de l'automesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) et de la prise de tension effectuée par infirmière ou par le médecin (52). Une autre étude menée auprès de 200 patients hypertendus souligne la contribution de la possession d'un appareil d'automesure par le patient à l'amélioration de l'observance clinique et médicamenteuse. Comme méthode de mesure tensionnelle l'AMT avait significativement la préférence des patients par rapport à la MAPA qui était critiquée pour son inconfort alors que peu préféraient la mesure au cabinet médical par le médecin. Pour les auteurs de l'étude l'AMT non

seulement est la mieux acceptée par les patients mais elle favorise aussi les connaissances des patients sur leur hypertension (53).

L'étude SETHI propose aux patients d'adapter leur traitement eux-mêmes selon les résultats des mesures. Elle a montré que la moitié des 111 patients sont capables de suivre avec succès un programme éducatif de 8 semaines et adapter sans erreur leur traitement selon un plan d'action thérapeutique tel qu'il en existe dans d'autres maladies comme l'asthme ou le diabète. Cette responsabilité n'a pas stressé la plupart des patients puisque elle a été acceptée par le 85% des patients (54). L'enquête Autoprov a également étudié la restitution de l'AMT par les patients. Sur l'ensemble de la population analysée, 2832 hypertendus (62,4%) ont déclaré souhaiter participer à la surveillance de leur hypertension artérielle et une large majorité des patients (72, 5%) s'estimaient capables de juger eux-mêmes si leur hypertension artérielle était contrôlée ou pas (55). L'AMT encourage le patient à jouer un rôle actif dans la prise en charge de son hypertension. Il est possible alors que le médecin se sent dessaisi d'un acte médical important.

Le transfert de compétence à l'outil et le manque de confiance à la méthode d'automesure comporte un problème moins important pour les médecins que celui de la relation avec le patient. Dans tous les cas, cela ne devrait pas préoccuper les médecins puisque depuis 2005, l'Afssaps a mis en place un contrôle du marché des appareils d'automesure tensionnelle avec la publication d'une liste d'appareils validés par d'un groupe de travail en collaboration étroite avec la Société Française d'Hypertension Artérielle. Ce contrôle du marché a porté sur les appareils d'automesure électromécaniques automatiques non invasifs de la pression artérielle (autotensiomètres) destinés aux sujets de la population générale hypertendus ou normotendus. Son objectif était d'évaluer la validation clinique de la fonction de mesure de la pression artérielle des modèles commercialisés en France. La liste des autotensiomètres conformes a été publiée sur le site Internet de l'Afssaps et elle concerne des autotensiomètres automatiques, destinés au grand public (56).

Le coût de l'appareil d'AMT est souvent cité par les médecins comme un frein à l'utilisation de l'AMT dans leur pratique quotidienne. L'enquête FLAHS 2010 qui a tenté d'évaluer le nombre et le profil des possesseurs d'un appareil d'AMT en France en 2010 a révélé qu'il existe 6,78 millions d'appareils d'automesure en circulation dont 3,8 millions chez les patients hypertendus traités (57). Il est donc fort probable qu'un patient possède un autotensiomètre validé. Pour ceux qui n'en possèdent pas, le prêt par le médecin est une bonne alternative sans que ça soit financièrement une charge importante parmi les autres dépenses nécessaires pour l'équipement d'un cabinet médical : il est estimé que trois appareils seulement suffissent pour effectuer un "roulement" soit un coût moyen de 200€. Ce coût est à

rapprocher du prix moyen d'une table d'examen de 1090 à 1500€ et d'un tensiomètre de bureau de 250 à 800€ (58).

Le métier du généraliste se fonde principalement sur la relation avec le patient, il s'agit d'un travail sur autrui (59). Il n'est donc pas étonnant que le discours sur la dégradation des conditions de travail soit centré d'un côté sur la charge de travail et le manque des moyens et de l'autre côté à l'augmentation des exigences de la part des patients. Les médecins généralistes décrivent une double pression exercée par les patients : en termes de disponibilité et de contenu de la prise en charge. Par exemple l'exigence des patients d'être vus rapidement perturbe le travail et en augmente la charge sans que ça soit toujours justifié. En outre l'obligation de moyens qui impose une démarche diagnostique conforme aux « bonnes pratiques » peut entrer en conflit avec une logique de réduction des dépenses de santé comme dans le cas de la pratique de l'automesure tensionnelle ou l'appareil n'est pas remboursé, en charge du malade ou du médecin qui doit prêter son appareil.

L'activité médicale est en lien étroit avec les organismes financeurs. Les activités qui donnent lieu à un remboursement sont bien connus, mais moins l'exercice quotidien et sa dynamique. En 2007, les médecins généralistes ont déclaré travailler en moyenne entre 55 et 59 heures par semaine (60). L'absence d'une politique des revenus médicaux définie favorise la plainte sur la rémunération de l'activité. La médecine générale est devenue une spécialité en 2004, depuis l'arrêté du 22 septembre 2004 qui, fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, ajoute la médecine générale à la liste des spécialités médicales. Malgré les efforts récents de la part des Médecins Généralistes de valoriser leur pratique avec l'obtention de l'égalisation de la cotation de leur consultation à celle des autres spécialistes, la médecine Générale est toujours considérée par un nombre de patients comme "une médecine inférieure". Selon la formule de PL. Bras nous sommes en présence de « prix politiques sans politique des prix ». Les généralistes qui réalisent des consultations longues, font un travail de prévention, un effort de formation continue ou d'amélioration de leur pratique, se découragent devant un mode de rémunération qui pénalise financièrement une telle orientation et valorise la multiplication des actes. L'augmentation des revenus comme un moyen pour améliorer la qualité des pratiques préoccupe les réformateurs du domaine sanitaire qui ont défini en 2008 les principes qui doivent régir la "rémunération à la performance" (61).

Il est indispensable de revoir la place des médecins généralistes dans le système de soins, leur temps et les conditions de travail qui retentissent sur la qualité des soins. La qualité des conditions de travail des médecins généralistes résulte d'un équilibre à trouver entre le travail jugé de bonne

qualité, une rémunération correcte et une vie privée satisfaisante. La recherche de conciliation entre ces éléments se fait au niveau personnel dans le cadre de styles de pratiques différents.

Les travaux portant sur les facteurs susceptibles d'agir sur les pratiques médicales identifient ceux-ci au niveau macro social et au niveau microsocial. Dans la première catégorie, on trouve l'adhésion incomplète à la validité des valeurs scientifiques et la difficulté de respecter des recommandations élaborées en fonction d'un objectif général et devant être appliquées à des cas particuliers (69, 70, 71). Dans la seconde catégorie, on a des facteurs relatifs aux recommandations (forme, thème, applicabilité, qualité scientifique...), aux médecins (caractéristiques psychologiques, sociodémographiques, économiques, et de la formation de chaque médecin), à leur environnement humain (les patients) et organisationnels (contexte financier et matériel...) (72, 73, 74).

Les recommandations médicales comportent la rationalisation des pratiques médicales, mise en œuvre à l'échelle mondiale (73). Dès les années 1980, sont élaborés des textes qui en font la synthèse, afin de fournir aux médecins les connaissances nécessaires concernant leur pratique quotidienne. La plupart de ces articles comportent des «recommandations professionnelles», définies comme des propositions développées pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Elles sont fondées sur les données actuelles de la science, c'est-à-dire sur l'analyse des résultats des études publiées en fonction du niveau de preuve (*evidence based medicine* ou EBM). En France elles forment un ensemble avec les références médicales opposables (RMO), dont l'introduction en 1993 visait à éliminer les actes inutiles ou inadéquats.

Les recommandations comportent un outil stratégique, visant à atténuer les risques de déprofessionnalisation, améliorer la qualité des soins et réduire les dépenses de santé (62). Cependant, leur nombre important, leur complexité et leur évolution continue ont vite rendu difficile leur accessibilité et leur appropriation par les praticiens. Les premières évaluations de leur influence à la pratique médicale sont réalisées à la fin des années 1980. La revue de Grimshaw et Russel montre que 55 des 59 études réalisées sur les recommandations et leur applicabilité révèlent un changement bénéfique dans la prise en charge des patients, et 9 sur 11 rapportent une amélioration dans la qualité des soins (63, 64).

Cependant les recommandations ne sont pas appliquées par l'ensemble du corps médical (65, 66). La littérature qui interroge les effets de la mise en place des recommandations sur les attitudes des médecins décrit le peu d'enthousiasme que ces derniers manifestent quant à leur application

(67, 68). Une enquête réalisée en 2003 pour l'ANAES montre que les recommandations sont prises au sérieux par la majorité des médecins généralistes interrogés (61% des médecins) bien qu'ils les jugent difficiles à suivre et qu'ils demandent à les améliorer. Une autre étude épidémiologique réalisée en 2006 cherchait à valider l'hypothèse selon laquelle les recommandations de l'ANAES ne répondent pas aux besoins des médecins généralistes dans leur pratique. En effet elle montre que les médecins ont bien connaissance de leur existence, mais ils disent avoir des difficultés à les appliquer scrupuleusement car elles répondent mal à leur pratique quotidienne; les recommandations mettent en avant des actes codifiés sur des segments comme par exemple le diabète ou l'hypertension artérielle, alors que la pratique de médecine générale privilégie la prise en charge globale du patient avec ses caractéristiques personnels (âge, sexe, origines sociales, croyances, culture, antécédents médicaux, etc.). Elles sont donc d'un point de vue en contradiction avec la spécificité de la pratique en médecine générale.

Il existe de nombreux travaux réalisés par des professionnels de la santé, des économistes ou des organismes politiques pour répondre à la question «Comment parvenir à une meilleure adhésion des praticiens ?» (73, 74). Leur objectif est de proposer des moyens susceptibles de modifier les pratiques comme par exemple, l'éducation, ou l'encadrement du praticien (75) et l'élaboration de systèmes de rappels informatiques (76). Il est indispensable de voir comment les recommandations de bonnes pratiques cliniques s'articulent avec les enjeux liés à l'organisation de la prise en charge. Les interactions entre le médecin et le patient sont essentielles et peuvent expliquer l'hétérogénéité des pratiques médicales. La relation entre le médecin et le malade présume la singularité de l'un et de l'autre, ce qui est en opposition avec la généralité des recommandations. Dans ces interactions interviennent des éléments «objectifs», d'autres plus «subjectifs» mais aussi le fait que le patient est aussi un client (77).

Les médecins généralistes sont amenés, dans leur exercice quotidien, à mobiliser d'autres professionnels pour la prise en charge des patients. En premier lieu sont les spécialistes, éléments essentiels du parcours des soins et avec qui les généralistes ont plus de contacts. Il s'agit principalement de spécialistes libéraux à qui les généralistes adressent un courrier ou un appel téléphonique pour discuter de la prise en charge du patient. Les généralistes conseillent à leurs patients des noms de spécialistes en fonction de la qualité des soins, de la relation professionnelle, l'habitude et la qualité du retour d'information. La collaboration avec les médecins généralistes est envisagée dans la perspective d'une meilleure articulation de savoirs réciproques. Lors de l'adressage de leurs patients, ces espaces d'échanges favorisent un climat

de confiance entre les différents médecins, qui facilite les décisions communes.

Concernant l'AMT les médecins généralistes prétendent qu'une des causes de la non-adhésion la méthode est la réticence de la part des spécialistes cardiologues. L'alternative de la MAPA, un moyen que seulement les cardiologues disposent pour le diagnostic et le suivi de l'HTA pourrait expliquer en partie cette réticence. Pourtant, en tenant compte la méconnaissance de l'AMT par les généralistes et leur recours facile au cardiologue pour tout ce qui concerne l'HTA, il n'est pas exclu que le cardiologue ne propose pas l'AMT par incertitude que son correspondant généraliste ne puisse assurer une utilisation correcte de l'outil.

Mais les interactions professionnelles sur lesquelles repose l'essentiel de l'activité médicale ne dit rien des logiques sociales et culturelles qui les sous-tendent. Les réseaux de soins informels ne sont pas une simple addition de pratiques individuelles, ils constituent des espaces dans lesquels se construisent et se transforment des identités professionnelles. Les anthropologues ont identifié un triple idéal qui constitue un espace symbolique sous tension : un idéal de travail en équipe sur le modèle hospitalier, un idéal d'autonomie professionnelle et un idéal professionnel valorisant une proximité privilégiée avec les patients. Ces idéaux structurent les stratégies professionnelles et génèrent des conflits ou au moins des tensions, qu'expriment par exemple la tendance à l'appropriation des malades, la tendance à se reposer sur d'autres quand il y a un manque de structures ou de formation. Pourtant l'habitude de faire face seul conduit certains généralistes à préférer tout assumer dans une forme d'isolement professionnel. En même temps, les relations interprofessionnelles ont pour fonction de répondre à des besoins importants comme rassurer le patient, partager des décisions ou des responsabilités et déléguer ce qui sort du champ des compétences.

Une étude des pratiques des médecins généralistes a cherché à comprendre comment se crée la collaboration avec les médecins spécialistes. Les généralistes travaillent sous l'influence d'autres acteurs, mais les variations de leurs positionnements manifestent les orientations qui caractérisent leurs pratiques dominantes. Il existe trois formes de pratiques: l'une mobilise la figure du médecin de famille, une seconde s'appuie sur les services de proximité, une troisième fait plus fortement référence à la médecine de spécialité. Chacun des médecins selon les pathologies, les conditions de travail, les attitudes des patients et de leur entourage, peut parcourir l'ensemble des pratiques.

L'interdépendance entre les professionnels de santé est construite sur les références aux savoirs qui règlent l'exercice médical et dépend du degré

des proximités établies entre les professions médicales. Des attentes réciproques caractérisent les relations entre les différents professionnels de santé, et plus particulièrement entre généralistes et spécialistes, leurs permettant de travailler ensemble. Le généraliste est particulièrement attaché à ce principe de réciprocité parce qu'il lui permet d'affirmer son identité professionnelle comme «médecin de famille». Au contraire, la rétention d'information l'éloigne de son rôle du "médecin coordinateur" et lui donne le sentiment d'être exclu de la prise en charge du patient en le mettant en position de "médecin du tri". Certains se contentent d'être des simples «aiguilleurs» se refusant derrière le manque de temps et les conditions de travail.

Avec l'accentuation de la division du travail dans le champ de la santé des nombreux territoires professionnels sont devenus communs. Dès lors, les acteurs délimitent eux-mêmes leur territoire en fonction de leurs intérêts intellectuels, de leur expérience professionnelle, mais aussi de l'offre locale des soins. On retrouve ainsi des superpositions des territoires professionnels pouvant entraîner des conflits. Les généralistes sont plus exposés à ces conflits territoriaux en raison de l'absence de territoire déterminé et spécifique à la médecine générale.

La communication entre les professionnels de santé est la condition indispensable pour la qualité des soins. La relation entre le généraliste et le spécialiste dépend des facteurs structurels et humains comme la personnalité, la notoriété, les habitudes socio-culturelles locales, le lieu d'exercice. Le généraliste est supplanté par le spécialiste dans des situations comme celle d'une pathologie nécessitant une surveillance étroite par le spécialiste, mais aussi celle du spécialiste qui néglige le rôle du généraliste ou même du malade qui se sent plus en confiance sous l'autorité du spécialiste. Les médias en jouent aussi un rôle en mettant davantage en avant le savoir et le prestige des spécialistes et du monde hospitalier (78)

Pour revaloriser la profession du généraliste il faut réévaluer le cursus universitaire, comme assurer un premier contact avec la médecine de famille très tôt dans les études, avec des cours transversaux associant généralistes et spécialistes, augmenter les cours et les stages de médecine générale, favoriser au cours des stages hospitaliers la communication avec le médecin traitant ou encore intégrer les étudiants de médecine générale à la recherche clinique. Il faut également un travail en profondeur au sein même de la profession : améliorer l'accueil des généralistes en milieu hospitalier, intégrer davantage le médecin traitant dans les décisions thérapeutiques, favoriser l'échange d'informations du dossier médical, diminuer la part administrative du travail et diversifier les activités tout en maintenant les fonctions de la première ligne (79). Dans une époque où la relation patient-médecin est en profonde mutation l'amélioration de l'image des généralistes situés en

première ligne dans cette relation contribuera à une meilleure organisation des soins.

CONCLUSION

En 2004, l'appropriation de l'automesure par les médecins généralistes Français était faible : un tiers refuse d'utiliser cette méthode, un tiers l'utilise rarement et seulement un tiers l'utilise régulièrement (34). En 2009 il existe une augmentation de l'utilisation mais seulement 1% respectent l'ensemble des conditions selon les recommandations (35). L'étude MEGAMETquali a montré que l'origine de réticence de la part des médecins généralistes à l'application de la méthode selon les recommandations officielles est multifactorielle. Les freins principaux identifiés comportent le transfert de compétence au patient et/ou à l'outil, les difficultés organisationnelles, l'insuffisance d'information/formation et la pratique interprofessionnelle. La relation médecin-malade semble être le facteur primordial, déterminant le succès de la prise en charge et de chaque décision médicale.

RETOMBÉES

L'identification des facteurs associés à la résistance des médecins généralistes à l'utilisation de l'automesure tensionnelle dans leur pratique quotidienne permettra de planifier les stratégies qui pourront intervenir pour franchir les freins entravant l'utilisation de l'automesure selon les recommandations. Cela devrait améliorer la prise en charge des patients hypertendus.

BIBLIOGRAPHIE

1. O' Donnell MJ, Xavier D, Liu L et al. Risk factors for ischemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study); A case control study; Lancet 2010 DOI;10.1016/S0140-6736(10)6083-4 Available at <http://www.thelancet.com>
2. Asmar R, Zanchetti A. Guidelines for the use of self-blood pressure monitoring: a summary report of the first international consensus conference. Group Evaluation & Measure of the French Society of Hypertension. J Hypertens 2000;18:493-508
3. Haute Autorité de Santé. Recommandations sur la prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle, 2005. HTA-Info 2005;18:1-27
4. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. Journal of Hypertension 2007; 25:1751–1762
5. Thijs L, Staessen J, Celis H, De Gaudemaris R, Imai Y, Julius S, et al. Reference values for self-recorded blood pressure. A meta-analysis of summary data. Arch Intern Med 1998; 158:481-488.
6. Thijs L, Staessen J, Celis H, Fagard R, De Cort P, De Gaudemaris R, et al. Self-recorded blood pressure in normotensive and hypertensive subjects: a meta-analysis of individual patient data. Blood Pressure Monitoring 1999; 4: 77-86.
7. Mancia G, Sega R, Bravi C, De Vito G, Valagussa F, Cesana G, et al. Ambulatory blood pressure normality: results from the PAMELA study. J Hypertens 1995; 13:1377-1390.
8. G. Bobrie, G. Chatellier, W. Genes, P. Clerson, L. Vour, B. Vaisse, J. Menard, JM Maillon, Cardiovascular Prognosis of "Masked Hypertension" Detected by Blood Pressure Self-measurement in Elderly Treated Hypertensive Patients JAMA 2004, 291, 1342-1349
9. Pickering T, James GD, Boddie C, Hrashfield GA, Blank S, Laragh JH. How common is white coat hypertension? JAMA 1988; 259:225–228
10. Mancia G, Bertinieri G, Grassi G, Parati G, Pomidossi G, Ferrari A, Gregorini L, Zanchetti A. Effects of blood-pressure measurement by the doctor on patient's blood pressure and heart rate. Lancet 1983; 2:695–698

11. Mancia G, Parati G, Pomidossi G, Grassi G, Casadei R, Zanchetti A. Alerting reaction and rise in blood pressure during measurement by physician and nurse. *Hypertension* 1987;9: 209–215.
12. Hansen TW, Jeppesen J, Rasmussen S, Ibsen H, Torp-Pedersen C. Ambulatory blood pressure monitoring and risk of cardiovascular disease: a population based study. *Am J Hypertens* 2006; 19: 243–250
13. Mancia G, Facchetti R, Bombelli M, Grassi G, Sega R. Long-term risk of mortality associated with selective and combined elevation in office, home, and ambulatory blood pressure. *Hypertension* 2006; 47: 846–853.
14. Ohkubo T, Kikuya M, Metoki H, Asayama K, Obara T, Hashimoto J, Totsune K, Hoshi H, Satoh H, Imai Y. Prognosis of masked hypertension and white-coat hypertension detected by 24-h ambulatory blood pressure monitoring. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46:508–515
15. Fagard RH, Celis H. Prognostic significance of various characteristics of out-of-the-office blood pressure. *J Hypertens* 2004; 22: 1663–1666
16. Fagard RH, Van Den Broeke C, De Cort P. Prognostic significance of blood pressure measured in the office, at home and during ambulatory monitoring in older patients in general practice. *J Hum Hypertens* 2005; 19:801–807
17. Khattar RS, Senior R, Lahiri A. Cardiovascular outcome in white-coat versus sustained mild hypertension. A 10-year follow-up study; *Circulation* 1998; 98:1892–1897
18. Fagard RH, Staessen JA, Thijs L, Gasowski J, Bulpitt CJ, Clement D, de Leeuw PW, Dobovisek J, Jaaskivi M, Leonetti G, O'Brien E, Palatini P, Parati G, Rodicio JL, Vanhanen H, Webster J. Response to antihypertensive treatment in older patients with sustained or nonsustained systolic hypertension. *Circulation* 2000; 102: 1139–1144
19. Bobrie G, Chatellier G, Genes N, Clerson P, Vaur L, Vaisse B, Menard J, Mallion JM. Cardiovascular prognosis of “masked hypertension” detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients. *JAMA* 2004; 291:1342–1349
20. Verdecchia P, Reboldi GP, Angeli F, Schillaci G, Schwartz JE, Pickering TG, Imai Y, Ohkubo T, Kario K. Short- and

long-term incidence of stroke in white-coat hypertension. *Hypertension* 2005; 45: 203–208

21. Pickering TG, Shimbo D, Haas D. Ambulatory blood pressure monitoring. *New Engl J Med* 2006; 354:2368–2374

22. Sega R, Trocino G, Lanzarotti A, Carugo S, Cesana G, Schiavina R, Valagussa F, Bombelli M, Giannattasio C, Zanchetti A, Mancia G. Alterations of cardiac structure in patients with isolated office, ambulatory or home hypertension. Data from the general PAMELA population. *Circulation* 2001; 104:1385–1392

23. Wing LMH, Brown MA, Beilin LJ, Ryan P, Reid C. Reverse white-coat hypertension in older hypertensives. *J Hypertens* 2002; 20: 639–644

24. Björklund K, Lind L, Zethelius B, Andren B, Lithell H. Isolated ambulatory hypertension predicts cardiovascular morbidity in elderly men. *Circulation* 2003; 107:1297–1302

25. Vaisse B, Genes N, Vaur L et al. Faisabilité de l'automesure tensionnelle à domicile chez l'hypertendu âgé. *Arch Mal Coeur* 2000 ; 93 : 963-7

26. Liu JE, Roman MJ, Pini R, Schwartz JE, Pickering TG, Devereux RB. Cardiac and arterial target organ damage in adults with elevated ambulatory and normal office blood pressure. *Ann Intern Med.* 1999; 131, 564-572

27. Wing LM, Brown MA, Beilin LJ, Ryan P, Reid CM. 'Reverse white-coat hypertension' in older hypertensives. *J Hypertens.* 2002; 20; 639-644

28. Selenta C, Hogan BE, Linden W. How often do office blood pressure measurements fail to identify true hypertension? An exploration of white-coat normotension. *Arch Fam Med.* 2000; 9; 533-540

29. Larkin TK SS, Elnicki DM. Isolated clinic hypertension and normotension : false positives and false negatives in the assessment of hypertension. *Blood Press Monit.* 1998; 3 :247-254

30. Selenta C, Hogan BE, Linden W. How often do office blood pressure measurements fail to identify true hypertension ? An exploration of white-coat hypertension. *Arch Fam Med* 2000; 9:533-40

31. Hansen TW, Jeppesen J, Rasmussen S, et al. Ambulatory blood pressure and mortality. A population-based study. *Hypertension* 2005;45:499-504

32. J.J Mourad, D. Herpin, N. Postel-Vinay, B. Vaisse, P. Poncelet, J.M. Maillon, M. Murino et X. Girerd: Utilisation des appareils d'auto-mesure tensionnelle en France en 2004-Enquête FLAHS 2004 ; *Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux* ; tome 98 No 7/8 juillet-août 2005 ; 779-782

33. Cardiovascular Prognosis of "Masked Hypertension" Detected by Blood Pressure Self-measurement in Elderly Treated Hypertensive Patients: Guillaume Bobrie, MD; Gilles Chatellier, MD; Nathalie Genes, MD; Pierre Clerson, MD; Laurent Vaur, MD; Bernard Vaisse, MD; Joël Menard, MD; Jean-Michel Mallion, MD *JAMA*. 2004;291:1342-1349

34. Boivin JM, Rousseau S, Fay R, Radauceanu A, Zannad F. Utilisation de l'automesure tensionnelle par les médecins généralistes français dans la prise en charge des patients hypertendus. Etude MEGAMET (MEdecins Généralistes et Auto-Mesure Tensionnelle). *Arch Mal Cœur Vaiss* 2006, 99 :7-8

35. Boivin J, Gaillet TJ, Fay R et coll. Session clinique : 29es journées de l'hypertension artérielle, communications orales. En 2009, les médecins généralistes français pratiquent plus souvent l'automesure qu'en 2004, sans respecter strictement la méthodologie recommandée

36. Le Bot M. Dossier Observance. *Rev Prat (Med Gen)*, 1999, 13, 1335-1348

37. Cramer JA, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*, 2008, 11, 44-47

38. Osterberg L, Blaschke T: Adherence to medication. *N Engl J Med*, 2005, 353, 487-497

39. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. — Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*, 2009, 119, 3028-3035

40. A.J. Scheen, D. Giet Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions *Rev Med Liège* 2010; 65 : 5-6 : 239-245

41. Sobel A.. Editorial. L'observance en matière de santé. *Presse Med*, 1997, 26, 356-357
42. Golay A, et al. Améliorer l'observance médicamenteuse. *Med Hyg*. 2004;62:909-13
43. White HD. Adherence and outcomes: it's more than taking the pills. *Lancet*. 2005;366:1989-91
44. Haynes RB, et al. Helping patients follow prescribed treatment. *JAMA*. 2002;288:2880-3
45. Parsons, Talcott, *The Social System*, New York, The Free Press of 1951; 51 ;35p
46. Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer Singuliers généralistes. *Sociologie de la Médecine Générale* ; (Presses de l'EHESP, coll. "Métiers Santé Social", 2010) : p 70-80, 90-95, 210-220
47. D. Carricaburu, M. Ménoret : *Sociologie de la santé, Institutions, professions et maladies* : p 80-85, 190-195
48. Andrade SE, Gurwitz JH, Field TS, Kelleher M, Majumdar SR, Reed G, Black R. Hypertension management: the care gap between clinical guidelines and clinical practice. *Am J Manag Care*. 2004;10(7):481-86
49. Pr JJ Mourad : Hypertension artérielle : combattre l'inertie thérapeutique ; Communication orale 30es Journées de l'HTA
50. EC Okonofua, KN Simpson, A Jesri et coll. Therapeutic Inertia Is an Impediment to Achieving the Healthy People 2010 Blood Pressure Control Goals. *Hypertension* 2006 ; 47: 345-351
51. Nordmann A, Frach B, Walker T, Martina B, Battegay E. Reliability of patients measuring blood pressure at home: prospective observational study. *BMJ* 1999; 319: 1172
52. Little P, Barnett J, Barosley L, Marjoran J, Fitzgerald-Barron, Mant D. Comparison of acceptability of and preferences for different methods of measuring blood pressure in primary care. *BMJ* 2002; 325: 258-9
53. Hanon O, Mourad JJ, Mounier-Vehier C et al. La possession d'un appareil d'automesure tensionnelle contribue à améliorer l'éducation des patients hypertendus. *Arch Mal Coeur* 2001 : 879-83

54. Bobrie G, Postel-Vinay N, Moulin C, Schmidely N, Corvol P. Self-Measurement and Self-Titration in Hypertension, Pilot Telemedicine study AJH 2007; 20:1314–1320

55. Postel-Vinay N, BOBRIE G., Asmar R. :Automesure de la pression artérielle: quelle restitution par les patients? Enquête Autoprov ; 2009, vol. 59, no8, pp. 8-12

56. Listes des autotensiomètres enregistrés dans le cadre de la surveillance du marché : www.afssaps.fr/appareils-d-automesures

57. N.Postel-Vinay, B. Pannier, O. Hanon, JJ Mourad, X. Girerd : Qui sont les possesseurs d'un appareil d'automesure de la pression artérielle en France en 2010 consultable sur www.comitehta.org

58. NM médical : catalogue des professionnels de santé Printemps/Eté 2011 p 580 ; www.nmmedical.fr

59. Dubet François, «Pour une conception dialogique de l'individu - L'individu comme machine à poser et à résoudre des problèmes sociologiques», Site-revue de sciences sociales EspacesTemps.net, 21 juin 2005, <http://www.espacetemps.net/document1438.html>

60. S Aulagnier, P Broyer, P. Brunet-Lecomte, H. Coquillart, R. Destre, G. Erome, "Comparaison de la faune micromammalienne de la Dombes et de la plaine du Forez", Le Bièvre, t. 2, n°2, 1980, p. 131-144

61. Minvielle E, Irgel C. Rémunération à la Performance dans le contexte sanitaire français. Séminaire HAS-DHOS-CNAMTS, HAS, Paris, 6 février 2008 www.chronisante.inist.fr/spip.php?article159

62. P. Laure et J.Y. Trépos ; Représentations des recommandations professionnelles par les médecins Généralistes ; Société française de santé publique/Santé publique 2006/4 - N° 18 ISSN 0995-3914 ; p 573-584

63. Grimshaw JM, Russel IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. Lancet 1993 ; 342 : 1317-22

64. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, in't Veld C, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice. Br J Med 1998 ; 317 : 858-61

65. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, et al. Do practice guidelines guide practice? *N Engl J Med* 1989 ; 321 : 1306-11
66. Kosekoff J, Kanouse DE, Rogers WH, McCloskey L, Winslow CM, Brooks RH. Effects of the National Institutes of Health Consensus Development Program on physician practice. *J Am Med Assoc* 1987 ; 258 : 2708-13
67. Urfalino P., Bonneti E., Bourgeois I., Dalgarrando S., Havray B., 2001 : Les recommandations à l'aune de la pratique. Le cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein, Paris, Centre de Sociologie des Organisations, p 35-49
68. Richard Grol, Chris Griffiths, Jeremy Grimshaw: Using clinical guidelines *BMJ* 1999; 318 : 728
69. Aubert JP, Laversin S. Ce qu'attend le médecin généraliste des recommandations. *Rev Prat MG* 2000; 511: 1779-80
70. Garfield F.B, Garfield J.M., 2000, Clinical judgment and clinical practice guidelines, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16, 4, 1050-1060
71. Mead P., 2000, Clinical guidelines: promoting clinical effectiveness or a professional battlefield ?, *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1, 110-116
72. Lawler F.H., Viviani N., 1997, Patient and physician perspectives regarding treatment of diabetes: compliance with practice guidelines, *Journal of Family Practice*, 44, 4, 369-373
73. Saillour-Glénisson F., Michel P., 2003, Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 51, 65-80
74. Durieux P., 1998, Comment améliorer les pratiques médicales ? Approche comparée internationale, Paris, Flammarion, Les dossiers de l'Institut d'Études des Politiques de Santé, 76p
75. Zichi Cohen M., Tripp-Reimer T., Smith C., Sorofman B., Lively S., 1994, Explanatory models of diabetes: patient practitioner variations, *Social Science and Medicine*, 38, 1, 59-66
76. Gorman C.A, Zimmerman B.R., 2000, DEMS - a second generation diabetes electronic management system, *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 62, 2, 127-140

77. Freidson Eliot., La profession médicale, Revue Française de sociologie, Année 1985, Volume 26, Numéro 26-4, p 720-722
78. Delaunois Ch. Descamps P. Driesschaert F. Heller D. Pestiaux et le bureau de l'ami-UCL ; Réflexions sur l'évolution de la médecine interne ; Louvain MED. 117: 268-271
79. M. Schetgen D.M.G.-U.L.B; L'évolution de la Médecine Générale ; Rev Med Brux – 2006 Jan-Feb ; 27(1) ; 61-63

ANNEXE

REUNION No 1

Combien de patients hypertendus vous voyez par jour/semaine ?

A) 4/jour 12-15/semaine

B) 5/jour 20/semaine

C) 4-5/jour 24-30/semaine

D) 25/semaine

E) 20-25/semaine

F) 10-15/semaine

G) 10-15/semaine

Expérience de l'utilisation de l'auto mesure

A) Cas clinique : homme 78 ans, TAS 180, il fait son auto mesure, je mets sous traitement et puis il prend son tension au poignet, il trouve toujours 180. Il vient à mon cabinet et moi je trouve 140 et avant que je lui donne sa tension à 140 il dit : ça sert à rien prendre des médicaments, j'ai toujours la même tension. Simplement pour dire que le problème déjà, c'est un problème technique du poignet parce que quand je lui dis 'vous avez pris 3 fois la tension' c'est 3 chiffres différents donc ils ne savent pas la prendre et au niveau du poignet c'est beaucoup plus différent que au niveau huméral. Ça c'est un problème très très important parce que les gens qui m'ont fait un graphique, on voyait bien les deux pics etc. Ils prenaient la tension correctement. A partir d'un certain âge ils ne savent pas la prendre, un peu n'importe quoi ce n'est pas très fiable. L'automesure à partir d'un certain âge n'est pas très fiable.

Qu'est-ce que tu appelles un certain âge ?

A) Un certain âge ?à partir de 70 ans et en bon état de santé.

Votre expérience (B) ?

B) Moi je me sers de l'automesure quand ils sont des nouveaux hypertendus et en deuxième mot quand ils sont des gens..., quand ils échappent un traitement pour mettre un autre traitement moi je leur demande de faire l'automesure. Moi, j'ai trois appareils, j'ai toujours été équipé. J'aime bien parce que de temps en temps ils me changent les piles aussi!

Alors c'est pour le diagnostic et quand tu vois que ça ne marche pas plus.

B) Exactement

C) Alors moi aussi j'aborderai dans le sens de B parce que à partir d'un certain âge ils font 20 mesures par jour, ça devient une phobie. Ils arrivent avec l'appareil, ils ne savent pas la prendre. Il y a souvent une discordance entre ce que nous, on peut leurs trouver avec le tensiomètre huméral avec ce qu'ils ont au poignet.

Vous croyez plus à la tension humérale ou à la tension au poignet ?

C) Ça dépend parce que si je prends la tension correctement....J'estime que si ils la prennent 18 ou 15 fois ...

Si ils la prennent avec un appareil huméral et ils trouvent des chiffres plus élevés vous pensez qu'ils la prennent mal ?

C) Ah non non pas forcément mais j'aurais plus de confiance à la prise de la tension humérale que la prise de la tension au poignet.

On parle essentiellement de l'humérale, et si ils viennent avec des chiffres de tension humérale et vous ne trouvez pas la même chose ?

D) C'est souvent ça.

F) Moi je trouve moins que le patient, plus aussi.

B) Quand c'est comme ça on dit notamment de venir au cabinet avec leur appareil et on compare

F) C'est bien ça moi suis d'accord. C'est intéressant de temps en temps si il y a une discordance de faire au moins une fois ça.

A) Ce n'est pas que le tensiomètre. Moi je trouve qu'il y a aussi une différence entre extension ou flexion (en montant le poignet).

Une expérience qui est sporadique. Mais chez les plus jeunes ? Parce que vous dites que ce n'est pas bien que les plus âgés....

C) Non je n'ai pas dit que c'est pas bien. Ça dépend aussi du profile, du tempérament du patient. Si ça devient une obsession ceux qui se précipitent trop tout de suite pour acheter l'appareil sont souvent les gens qui sont complètement ... alors chez les jeunes quand on explique etc. on a moins de problèmes effectivement, qu'il faut pas la prendre 10 fois par jour il suffit de prendre une fois de temps en temps, là on a des chiffres qui sont plus fiables et je trouve que là on peut plus accorder.

Votre expérience D ?

D) Oui c'est un peu la même. Pour les plus jeunes pour le diagnostic je fais souvent quand même. Mais les jeunes n'ont pas souvent l'appareil donc il faut le prêter et j'en ai deux après ça traîne un peu mais en général ça marche quand même pas mal, c'est bien comme système primordial dans le cas d'un échappement je fais peut être un peu moins parce que quand c'est comme ça et je m'en sors plus j'envoie chez le cardio. Autrement je trouve que l'automesure, c'est bien, c'est indispensable.

E) Moi j'en fais plus. J' en ai fait en peu au début j' avais 3 appareils et un moment j' avais plus qu' un que j' ai donné à une personne âgée de sexe féminin qui est en retard depuis longtemps ce qui est embêtant que on peut pas faire une prescription pour le faire rembourser, donc j' en fais plus c' est vrai que si les appareils étaient remboursés comme ceux des glycémies ça serait beaucoup plus facile et puis c' est vrai qu' on dit toujours que le diagnostic de la tension est trois fois, trois fois la tensions élevée etc. si ils commencent à flipper à 28 fois par jour il faut pas s' étonner que les chiffres soient élevés

En gros problème de logistique pas trop crédible

E) Ça dépend de qui

C) Ça dépend

F) Pour le diagnostic je m'en sers assez peu c' est moi qui revois les patients quand ils ont la tension un peu élevée, si c' est important j' envoie chez le cardiologue d' emblée sinon au niveau du suivi j' ai déjà fait les gens sont extrêmement très bien à l' automesure ils m' amènent des chiffres très bien remplis matin soir etc. chez les gens anxieux ça marche jamais les chiffres remplis sont n' importe quoi. Moi je pense que ça apporte quelque chose mais il faut choisir.

C'est quel pourcentage de patients ?

F) Un tiers

G) Moi je fais faire aux gens qui ont la tension très élevée uniquement chez les gens là.

Quand la tension se normalise après ?

G) j'en fais faire pour voir si les résultats se maintiennent. C'est sûr qu'ils ont une tension élevée d'emblée

Tu le fais fréquemment ?

G) J en fait tous les 2 ou 3 mois puis tous les 3 mois 3 ou 4 fois par semaine. Si ils le font sans arrêt je dis que c'est pas la peine.

Comment vous faites pratiquer si vous imaginez "voilà suis hypertendu je prends un traitement sais pas quoi tous les matins", vous prenez la tension si elle est normale vous faites ou vous faites pas ?

F) Ça dépend des facteurs de risque

D) Moi je ne fais pas

G) je ne crois pas

E) Non

S'il y a des chiffres 148/70 qu'est-ce qui vous dites ?

D) On va recommencer chez vous on verra ce qui ça donne

Et comment vous procédez ?

A) On n'a pas la même démarche. Moi si je trouve l'hypertension chez un jeune je vais pas m'amuser de faire l'automesure, si je trouve une fois ... si il est interrogé si il y a des antécédents, le niveau de vie , moi j'envoie au cardio tandis que chez une personne âgée j'ai beaucoup plus de tolérance par rapport à la tension il y a tellement de facteurs et j'ai même moi personnellement même si on dit qu'il faut traiter au-delà de 80 ans l'hypertension j'admets pour que les chiffres soient plus élevés pour des raisons mécaniques c' est tout, vos artères sont plus rigides c'est normal d'accepter des chiffres élevés systoliques à 80 ans.

Là on ne parle pas de ça, on centre sur l'auto mesure pas de l'hypertension chez les personnes âgées. Donc en gros vous dites si vous êtes d'accord vous faites l'automesure quand c'est un peu limite mais si le patient a des chiffres très élevés vous envoyez chez le cardiologue.

C) Voilà

F) Oui

D) Celui qui est sous traitement

M) on t'a pas interrogée, quelle est ta pratique de l'automesure tensionnelle à tes patients, à quelques patients à quels patients ?

M) Pas tous mais la plupart oui ils ont déjà des appareils avant de venir me voir ils sont déjà fournis

Alors c'est toi qui les conseilles ?

M) Non non, ils sont tellement motivés qu'ils ont déjà

Alors quand ils viennent avec l'automesure ? T'y crois, t'y crois pas, tu leur dis de refaire ?

M) Non je demande qu'ils m'apportent le carnet et l'heure à laquelle ils l'ont prise. Autrement se demande la tension au réveil qu'ils prennent au réveil avant de se lever et le soir au coucher. Et ils le font !

Comment vous demandez de prendre la tension ?

M) Ils sont motivés

D) Trois mesures trois jours à la suite

C) Trois fois par jour

A) Trois jours à la suite

G) Le matin au lever 3 mesures 3 fois par semaine

A) Trois jours de suite et trois semaines après

Et vous faites toujours comme ça ?

F) Moi je ne savais pas qu'il fallait faire comme ça

Et toi E comment tu fais ? Ne t'en fais pas ?

E) Si j'ai des patients qui ont acheté l'appareil eux-mêmes et effectivement ils le font.

B) Ils sont tous obligés d'acheter eh ? Ce n'est pas remboursé

E) Tu peux leur demander

M) Moi j'en prête, j'en prête tous

E) Je dis de faire 3 jours par semaine pendant 3 semaines et basta pour voir en peu où est-ce qu'on est

Vous utilisez tous ça ou vous demandez de faire quand ils ont mal à la tête ?

M) Ah non !

D) Quand ils ne sont pas bien oui !

Vous demandez le faire quand ils ne se sentent pas bien ?

M) ils le font d'eux-mêmes et ils téléphonent: 'Docteur j'ai 19 la tension !'

F) Moi j'en fais pas faire parce que ça les gêne

M) Ils s'amuse

Au niveau du diagnostic, est-ce que vous croyez plus aux chiffres que les gens vous amènent ou aux chiffres que vous prenez au cabinet ?

E) Si tu ne crois pas à ce que tu fais.....

Tout le monde est d' accord avec ça ?

A) Non

Toi F ne t'es pas d'accord

F) Nous on fait qu'une seule mesure ou 2 mesures

M) Ça dépend si il a le temps de se reposer...

Quand vous avez une grande différence entre ce qu'on vous apporte avec ce que vous mesurez.

B) On fait un holter

E) N'oubliez pas les grands problèmes de médecine ! Dr House l'a dit : tout patient ne ment tout le temps.

A) Moi je suis assez sceptique, parce que si ils font des mauvaises prises

Est-ce qu'il y a un certain scepticisme sur la méthodologie la méthode de l'automesure

C) Oui

D) Non, pas forcément

M) Pas à 100%

F) Ça dépend de patients il y a des patients qui sont très consciencieux et qui vont nous apporter des chiffres ou on peut avoir entièrement confiance et il y a de patient qui vont faire une mesure de temps en temps...

Pour vous le problème est les patients. Et l'appareil ?

E) C'est ça !

F) Et l'appareil

D) Moins

Est-ce que vous pensez que tous les appareils sont aussi efficaces les uns et les autres

D) Je ne crois pas

Alors premier mot c'est le patient, vous pouvez pas pratiquer ça à tous les patients et deuxième mot est l'appareil

A) J'ai étudié mais j'ai pas pratiqué parce qu'il y a des patients qui ont des calcifications qui sont diabétiques et il suffit un mauvais positionnement du bracelet ils n'ont pas la systolique qu'il faut c'est ce que je pense !

Entre l'huméral et le bracelet, c'est clair que pour toutes les hypertensions on préfère l'huméral, le bracelet n'est pas fiable

D) C'est moins cher

G) C'est plus facile à utiliser quand même le bracelet

Que conseillez-vous au patient plutôt huméral ou bracelet ?

M) C'est plus compliqué l'huméral pour le patient. Bracelet.

G) Bracelet

F) Sans avis

E) Sans avis

D) Humeral

C) Humeral

B) Humeral

A) Huméral

Qui est le-les patients qui peuvent pas le faire

E) Ce n'est pas remboursé

E) Il faut prêter les appareils

Ce n'est pas remboursé. Est-ce que vous ne le faites pas à tous les patients. Quel est le frein ?

B) Les patients le font eux-mêmes! Ils achètent les appareils, ne le disent pas forcément

Ça ne vous gêne pas qu'ils le fassent sans vous le dire ?

M) Ah non !

B) Non parce que si ça ne va pas il va dire 'Docteur il y a un problème'

A) Chez les hypertendus sévères moi je prête le tensiomètre

Combien avez-vous de tensiomètres à prêter ?

M) 2

G) 2

F) 2

E) 2

D) 2

C) 2

B) 3

A) 3

Est-ce que vous êtes conscients de l'intérêt de la méthode ou pas ?

B) Nous on est un peu susceptibles

D) Pour les plus jeunes

Est-ce que vous vous considérez suffisamment informés sur l'intérêt

De la méthode sur la méthodologie. Est-ce que vous pensez que vous vous êtes suffisamment informés déjà, est-ce que vous avez toutes les connaissances acquises pour ça ?

C) Non

D) Jamais eu des connaissances

E) Non

Je parle plutôt de la technique de la mesure. Est-ce que vous êtes vraiment informés sur l'intérêt de la technique de l'automesure.

F) Informés par qui ?

M) La différence entre le bracelet et l'huméral ?

E) Les cardiologues ne le pratique pas

F) C'est vrai. Au contraire ils disent attention aux automesures !

B) Qu'il vaut mieux faire une MAPA

C'est un point intéressant. Le cardiologue ne fait jamais l'automesure

B) Non jamais

Vous avez des informations qui sont insuffisantes. Comment vous avez eu ces informations ?

C) De la presse médicale

M) On a vu une fois

Est-ce que vous pensez (on arrive au dernier point) n'est-ce que vous pensez qu'il y aurait un intérêt d'avoir plus d'informations ?

C) Oui

Qu'est-ce qui vous sembleriez plus adapté comme information ?

D) Mais on n'a pas le choix ! CFM

Tout le monde est d'accord....

A) Moi ce que je propose est une corporation entre les généralistes et les cardiologues sur la méthodologie

Ça il faut faire ça

G) Sur les conditions pour qu'il soit reproductible

Qu'est-ce qu'il pourrait faire que le médecin généraliste le fasse à tous les patients sauf contre-indication. Qu'est-ce qui pourrait vous encourager à ça ?

G) Non il n'y a pas de raison, il va passer plus du temps et les jours quand t'as beaucoup du monde à la salle d'attente... on va pas travailler gratuitement

A) Moi ne suis pas tout à fait d'accord parce que la tension, on la prend sous certaines circonstances, on ne la prend jamais à l'effort. Il faut avoir un vélo à ma salle d'attente ; Mais si ! Parce que ce qui est important est la tension quand même, la pression pulsée. Nous on va donner quoi ? Des chiffres qui sont variables comme le holter tensioactif d'un jour à l'autre.

Donc on parle de la méthode

M) Et si c'est un jour de travail ?

Encore une fois. Comment vous pensez que le médecin arriverait à faire ça à tous ses patients ? Toi (G) tu dis que il y a un problème de cotation, toi (A) tu dis on pourra pas parce que la méthode n'est pas bonne.

A) Partielle

Qu'est-ce que vous en dites les autres ? Qu'est ce qui pourrait faire que le médecin vraiment s'approprie de la méthode ?

F) Qu'il soit convaincu déjà pour l'intérêt de la méthode

Et vous, vous n'êtes pas convaincue ?

F) Moi ne suis pas convaincue pour tous les patients

E) Si on n'a pas le remboursement de la sécurité

Est-ce que vous pensez que le remboursement de l'appareil est important ?

B) Oui je pense

E) Oui parce que ça valide le côté efficace de la chose. On rembourse parce qu'il n'y a pas d'intérêt

D) Il y a plus en plus de gens qui achètent parce que ça coûte pas endormement cher.

Il y a huit million d'appareils en circulation

M) Dans une famille il y a 3-4 personnes

D) Il faut qu'ils y investissent en peu

Qu'est-ce t'en penses (C) ?

C) Déjà je pense qu'il faut une meilleure formation

M) Des campagnes

C) On parle de ça de temps en temps mais on n'a pas eu des explications, on n'a été convaincus, on s'est fait des petites expériences en état effectivement

Est- ce que la logistique de prêt pose un problème ?

M) Ils ne le rendent pas tout de suite quand on leur demande

F) Si on commence à courir après les appareils...

On termine par ça : il y a eu des hypothèses qui parlent que le médecin a du mal à changer le traitement anti- hypertenseur quand le patient a des chiffres limites. Est-ce que si le patient sait qu'il doit avoir au-dessous de 135/85 et il vient et il vous dit 'Docteur j'ai 137/88 il faut que me changiez le traitement. Est-ce que ça ce n'est pas un point qui vous embêté, que le patient s'approprier de sa tension.

A) Moi je crains de l'auto mesure tensorielle pour les gens les plus âgés, ils vont nous appeler toutes les deux secondes. Je suis pour le remboursement à partir de 70 ans on peut pas créer une psychose

F) Ah ça ce n'est pas forcément les vieux!

A) En effet qui a eu dans votre patientelle des avec récemment ? Moi Je n'ai pas eu depuis 15 ans.

M) Ah t'as la chance !

A) Où bien je n'ai pas assez de patients ou bien quand il y a un problème de tension on fait tout un bilan étiologique, cardiologique...

Est-ce que vous avez encore des trucs à dire sur l'automesure ?

M) Pourquoi on ne fait pas une campagne comme pour le cancer colorectal par exemple ?

D) Campagne nationale

On clôture là

REUNION N°2

Vous pouvez vous présenter ?

A) (homme) 36 ans, médecin de campagne depuis dix ans j'exerce en cabinet de groupe cinq médecins actuellement avec les infirmières et le dentiste.

B) (homme) 47 ans, j'exerce en cabinet de groupe comme tout le monde j'ai tenté débiter maître de stage l'année dernière pour le deuxième cycle, j'ai en peu abandonné et pour le troisième cycle je me suis découragé.

C) (femme) 57 ans, exerce en cabinet de groupe, je suis une femme (rires), médecine générale depuis 30 ans.

D) Médecin généraliste de 45 ans à compter ce jour, en cabinet de groupe 3 médecins dont deux femmes, je suis le seul, je supporte...

T'es pas maître de stage ?

D) Ah non non, ça c'est décourageant, non non surtout pas !

E) (homme) dans quelques semaines soixante ans, 27 ans médecine générale tout seul et deux ans et demi en groupe, suis pas maître de stage pour l'instant et je sais pas si je vais l'être

F) (homme) 59 ans exerçant seul en milieu rural et futur maître de stage, en effet maître de stages sur les papiers et en pratique dans quelques mois

Z) j'ai 27 ans, suis interne en médecine générale en dernière année suis actuellement en stage en rural dans deux cabinets différents.

G) (femme) 29 ans, suis médecin remplaçant sur le secteur des Vosges et particulièrement du semi-rural et en peu rural.

H) (femme) 32 ans installée depuis 18 mois avec mon mari avec un projet bientôt d'une maison de santé probablement avec plusieurs personnes, je suis pas maître de stage.

I) (homme) 31 ans installé dans les Vosges, depuis 4 ans milieu semi rural et maître de stage depuis un an.

J) (homme) 42 ans cabinet de groupe aussi, installé depuis 14 ans maître de stage depuis un an seulement.

Alors est-ce que vous pouvez me donner une idée de la fréquence de l'utilisation de l'automesure dans le suivi standardisé de vos patients ? Je parle pour le diagnostic, pour équilibrer le traitement pour vérifier...est-ce que

vous pouvez me donner une évaluation comme ça peut-être pour quel pourcentage de patients vous l'utilisez très régulièrement.

F) Très faible pour moi, on est bien d'accord que l'automesure c'est pas seulement l'appareil qu' on prête au patient mais c' est surtout les appareils que les patients ont eux-mêmes à la maison

C'est les deux

F) les deux oui mais je veux dire qu'il y a de plus en plus ceux qui ont leur propre appareil à la maison.

Tout à fait six millions en France

F) Voilà, donc il y a quand même certains patients à la limite à qui je vais faire beaucoup plus confiance à l'automesure que à ma mesure propre. Il y a des patients je veux dire où l'effet blouse blanche est telle que c'est absolument impossible de prendre une tension correcte au cabinet.

Ok on abordera les freins à l'utilisation après. Je veux voir encore une idée

F) Non mais là c'est l'envers. C'est l'automesure qui me permet de régulariser l'appréciation....

D' accord, alors quelle est votre fréquence d'utilisation ?

A) Moi j'en parle à tous mes patients autant à la phase aiguë que à la phase suivi de l'hypertension, en revanche sont peu nombrés ceux qui ont des relevés en consultation

Oui, et vous leur donnez les moyens de le faire ?

A) Oui je fais une prescription ou c'est marqué au-dessus trois mesures au repos trois jours de suite, notez les résultats et emmenez à la consultation suivante et malgré ça on en tient pas grande chose

Et vous l'utilisez couramment ?

A) Oui très couramment. Je sais l'utiliser, je fais plus confiance à l'automesure que à mes chiffres à moi au cabinet mais sauf la part de gens je dirais qui sont très excessifs et notent deux cent au lieu de trois on en tient pas grande chose

J) Moi je l'utilise pas trop chez un patient qui est bien équilibré chez moi

Je voudrais que vous me donniez approximativement à quel pourcentage de patients ?

J) Avant de démarrer un traitement suis en peu près à 70-80 pour cent

Je parle du suivi standardisé

J) Standardisé quand il est bien équilibré chez moi c'est quasiment zéro

I) Pour le suivi très rarement sauf si....., si il est bien équilibré moi je...

J) Si il est bien équilibré moi je prête pas d'appareil

I) Sur nos patients suivis en hypertension quelques nouveaux, quelques diagnostiques j'utilise de plus en plus et après sur la majorité de gens qu'on suit, la grande majorité sont quand-même équilibrés. Il y en a quelques-uns qui posent problème, j'arrive pas à savoir si à tous ceux qui posent problème je propose l'automesure ou pas mais finalement sur l'ensemble de nos patients qu'on suit, parce que la plupart sont équilibrés c'est le dix pour cent même pas à qui on propose l'automesure

Qui a d'autre avis ?

I) Equilibré j'utilise pas

D'autre avis? Fréquence de l'utilisation ? Vous êtes tous

E) Un sur trois.

Un sur trois...

E) Moi je leur mets un schéma, je dis : si vous avez un appareil d'automesure, bien suivis je vous vois deux fois par an sinon je vous vois trois ou quatre fois par an.

I) Moi j'ai un fichier Excel pré rempli et c'est vrai que quand je l'imprime et je leur donne, un tableau pré-fait c'est beaucoup mieux rempli.

J) A chaque fois je prête mon appareil ils sont toujours revenus avec leur....

A) Moi je prête pas d'appareil je leur demande de prêter celui de la mamie qui s'est fait acheter

J) Moi quand je prête un appareil ils sont venus avec un tableau.

Ceux qui se sont pas exprimés ? Les plus jeunes installés ?

H) Moi je rejoins, en diagnostique si je suis devant un nouveau patient j'ai une suspicion de HTA, l'automesure ça va être au moins deux patients sur trois si il n'y a pas de valeur antérieure que je peux trouver dans leur dossier des hospitalisations.

En suivi chez quelqu'un qui va bien j'avoue que je c'est très faible.

Médecin remplaçant ?

G) Moi j'utilise mais effectivement plutôt chez les patients déséquilibrés et j'ai pas trop l'impression que, pour les médecins que je remplace j'avais pas l'impression qu'ils utilisaient autrement que comme ça voire pas du tout. Moi j'aurais dit presque des fois zéro pour cent.

F) Je voudrais simplement ajouter qu'il arrive plus souvent utiliser sur les chiffres limites. Quand je suis pas sûr de moi, quand sais pas si je vais instaurer un traitement

Je demande effectivement une automesure. Plus facilement dans ce cadre-là.

Vous me contredisez si....., je vais faire la synthèse est : L'utilisation est assez fréquente, c'est à dire un patient sur trois pour le diagnostic, ensuite elle est assez fréquente aussi quand le patient commence à échapper ou vous constatez un échappement en tout cas à vos chiffres casuels mais dans le suivi standardisé la fréquence est zéro, patient équilibré vous faites pas.

Quels sont à votre avis vos connaissances concernant l'automesure tensionnelle et son utilité ? Quels sont,Je vais former la question autrement: D'après vous quel est l'intérêt de l'automesure tensionnelle. Est-ce qu'elle a un intérêt diagnostique, pronostique, d'observance... Qu'est-ce que vous voyez comme intérêt à l'automesure tensionnelle ? Pourquoi est-ce que les sociétés savantes, l'HAS, la société européenne de l'hypertension, tous les hypertensiologues insistent pour que tous les médecins fassent l'automesure à tous leurs patients ? Pourquoi ?

F) Plusieurs raisons. La première est l'hypertension blouse blanche puis le patient, il faut qu'il se prenne en charge. Dans la mesure où il se contrôle, il se dit derrière.....comme pour les diabétiques quand on leur donne l'appareil.

Admettons, on va faire un raisonnement par l'absurde : vous êtes certains que le patient est bien observant, qu'il se prend en charge, (F : Non) est-ce qu'il y a un intérêt (rires)....

Non, vraiment par l'absurde, est-ce que en ce cas-là l'automesure aurait un intérêt ?

Si vous étiez sûrs que le patient prend bien son traitement est-ce que d'après vous l'automesure aurait un intérêt ?

D) De toute façon le chiffre sera pas forcément juste.

H) Il est efficace. Je pense que le traitement était efficace. Même si il le prend il peut ne pas être bon.

Oui mais lorsque la tension casuelle....Quels sont les intérêts de l'automesure ? Qu'est-ce que vous voyez comme.....

I) Moi je pense qu'elles sont deux mesures imparfaites. Il y a des freins dans les deux, la qualité de l'appareil, la condition de prix etc. Sont deux types de mesures imparfaites mais on parle pas des mêmes imperfections, ça multiplie les informations pour prendre une décision plus informée. Je pense que c'est la multiplication dont on disait toute à l'heure : Regarde si.... ; Tiens la tension à l'hôpital était combien parce que à six heure du matin à peine réveillé ça donne une autre information, comme ça on multiplie les informations pour avoir une image un peu plus valable de l'état de l'hypertension. Je pense que c'est ça : gommer les imperfections en multipliant les informations.

Il y a toujours un qui parle plus que les autres...

(rires)

S' il vous plaît, qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce que vous avérez à ça ? Est-ce que vous avez l'impression d'être bien informés concernant l'automesure ? Est-ce que vous l'utilisez correctement déjà ?

A) Ben on sait pas ! C'est à vous de nous communiquer.....

F) Déjà il y a un élément tout simple et pratique pour l'appareil est que l'automesure était pendant longtemps tellement simpliste c'était quand même l'appareil de poignet.

Et ça vous avez aimé ça ou pas ?

F) Disons que moi j'en avais, j'en ai jamais prêté et à apparemment ça serait plus aussi fiable quemalgré effectivement qu'on avait les tensiomètres selon la liste, qui était agréé, qui étaient plus fiables.

Vous savez ou on trouve la liste des appareils validés ?

A) HAS ou AFSSAPS

AFSSAPS

Est-ce que vous utilisez une méthodologie particulière ? Quelles informations donnez-vous aux patients quand vous enseignez un appareil ? Qu'est-ce que vous lui dites ? Quand est-ce qu'il prend ses mesures ?

B) Il prend la tension trois fois de suite, aux moments différents de la journée, matin, après-midi et le soir, trois jours différents après dix minutes de repos et éventuellement neuf jours différents

Tout le monde est d' accord avec ça ?

G) C'est pas matin et soir ?

J) Moi j'utilise pas comme ça.

Comment utilisez-vous ?

J) Moi j'utilise sur une semaine, trois prises, trois fois dans la journée sur une semaine parce que comme je prête mon appareil j'ai pas envie qu'il soit parti trois semaines à la suite.

Donc au niveau méthodologie c'est...

G) Matin et soir, matin au réveil et le soir au coucher entre le repas et au coucher.

Non ? Qu'est-ce que vous en dites ?

H) Oui c'est ça

G) Trois fois trois

B) Le matin au réveil.....On voit des gens qui arrivent qui ont au moins huit tensions au réveil.

Est-ce vous connaissez les contre-indications ?

H) Les contre-indications à l'automesure ?

Oui

F) La psychose chronique ?

(rires)

Est-ce que vous connaissez les contre-indications ?

F) J'aurais pas dit contre-indication mais bien sûr je connais une patiente qui connaît tous les médecins, les Samu et les pompiers parce qu'elle a pratiqué l'automesure de manière intensive

Ça arrive...Et appart ça, est-ce que vous connaissez des contre-indications ?

D) Ça marche pas au cas de fibrillation.

Ça marche pas bien ou c'est une contre-indication ?

D) Moi si il y a une arythmie je prête pas l'appareil déjà.

F) De toute façon il doit marquer erreur.

Tout le monde est d'accord ?

I) Tu risques pas grande chose

D'autres contre-indications vous connaissez ou pas ?

Non ?

Qu'est-ce que vous faites quand le patient vient sans ses chiffres ou avec ses chiffres, vous disiez toute à l'heure qu'il ne venait pas souvent avec le relevé, et quand il y avait un relevé.....

J) Si il vient avec l'appareil c'est bien déjà !

Parce que c'est un vrai problème ça la perte de l'appareil

A) Si si !

D) Pour moi c'est un vrai problème. Il y a eu un moment donné ou on a perdu beaucoup !

J) Moi j'ai jamais eu de problème avec ça.

G) Moi ce qui me fait un peu souvent ne pas le prescrire est que je ose pas prêter l'appareil du médecin.

C'est ça, t'as peur qu'il revienne pas.

G) Je me dis que lui quand il le prête il sait qu'il l' a prêté mais moi, si c'est moi qui l'ai prêté.

F) C'est pas ton appareil !

G) C'est pas mon appareil, je prescris que si j'ai déjà un appareil.

Est-ce que vous pensez que le prêt de l'appareil et que l'effet que le patient ne le rend pas est un problème ?

A) Oui, c'est un frein.

C) Oui

Moi j'avais sept ou neuf appareils je n'ai plus qu'un. Je sais pas ils sont les autres.

C) Voilà!

Je crois que c'est un vrai problème

F) Je regarde ce que je disais au début, j'en ai prêté un en ce moment, j'en prête quand-même relativement peu ce dernier temps parce qu'il y en a plein, beaucoup de gens qui ont leur propres appareil. Il y en a qui savent et

qui se servent régulièrement et il y en a qui savent pas du tout et il y en a un aujourd'hui à qui j'ai demandé de reprendre la mesure régulière de sa tension

I) A l'inverse, les appareils qu'on prête je trouve...., pour moi quand je prête un appareil je donne les feuilles avec qui sont plutôt remplies chez les appareils prêtés que avec l'appareil des gens qui disent : ha j'oublie l'amener. C'est un peu plus farfelu quand l'appareil est...

Qu'est-ce que vous faites des feuilles? Vous calculez la moyenne ou pas ? Vous regardez comme ça ?

A) On regarde les chiffres. S'ils sont tous à 13/8 on est contents sinon on se pose des questions.

Non mais est-ce que vous calculez la moyenne ? Qui est-ce qui calcule ?

J) Moi je calcule la moyenne

F) Des tous les chiffres ?

I) Moi je fais pas

Il n'y a qu'un ?

E) C'est fait automatiquement. Moi j'ai le logiciel.

Est-ce que le fait que, est-ce que vous ressentez l'automesure un peu comme, alors c'est un peu provocateur, la question que je vais vous posez mais encore une fois je vous demande d'être franc, un peu comme une perte du pouvoir médical ? Est-ce ça vous embête quelque sorte le médecin.

A) Non (mouvement de la tête)

C) Non (mouvement de la tête)

D) Non (mouvement de la tête)

F) Non

G) Non (mouvement de la tête)

H) Non

I) Non. Moi ce que je vois chez les patients il attend que lui lise le chiffres et il dit tiens moi j'avais ça toute à l'heure chez moi et je fais pas parce que j'ai peur d'influencer.

Est-ce que il vous arrive que les patient aient une tension normale au cabinet et chez eux ont une tension élevée ?

A) Non c'est très rare ça

I) Ceci dit si le patient a une tension normale au cabinet je prête pas d'appareil moi.

Ça vous arrive très rarement

Vous prêtez pas l'appareil si la tension est normale au cabinet. Je vais vous démontrer toute à l'heure que vous avez largement tort !

Est-ce qu'on vous a jamais parlé de l'hypertension masquée ?

A) Oui on le lit dans les livres mais on l'a jamais rencontrée

C'est dix à quinze pour cent des patients hypertendus traités

A) Pour revenir sur l'histoire du pouvoir moi je me souviens d'avoir remplacé des médecins, un médecin particulier qui m'a briffé sur une chose, il y a donc la table là avec deux chaises et une petite chaise à côté avec le tensiomètre chaque patient qui rentre il retire les vêtements sur la chaise la première chose tu prends la tension sur la chaise prévue aux deux bras et tu la notes au dossier. Je trouve cette attitude archi qu'il nous demande de prendre la tension même si ils sont venus pour n'importe quoi d'autre. Donc il y a forcément une relation de pouvoir entre le médecin et...

Est-ce que vous donnez les chiffres tensionnels à vos patients, les annoncez ?

F) Oui

B) Oui

D) Oui

Et très honnêtement vous leur donnez les chiffres en arrondissant ou sans arrondir ?

F) On arrondit. Bien sûr on arrondit.

Et quand vous êtes à 144 vous dites 14 !

A) Oui

D) Non 14,5

E) 14,5

Vous arrondissez à la 0,5

G) Moi je trouve ça dépend des patients je trouve. En plus en étant remplaçante j' ai souvent des chiffres plus élevés que les médecins j' ai l'

impression comme c'est la première mesure je donne la vraie mesure dans le dossier pour ne pas trop les affoler j'arrondirais effectivement plutôt au-dessous. Mais je marque la vraie mesure dans le dossier.

D'accord. Et en millimètres ou en centimètres ?

G) En millimètres

En dix millimètres près.

G) Oui

A) Non en un millimètre près.

G) A un millimètre près

Oui en un millimètre près mais en casuelle c'est en dix millimètres près.

J) Suis en cinq millimètres près, en 145 ou 140

G) Moi je suis en 143/85

Oui c'est ça. Ce que je vous propose même si on prend l'entrée c'est de continuer à discuter, de ne pas être trop anticipés essayez de ne pas parler entre vous après on pourra mais, on va essayer d'avancer un petit peu....

En gros est-ce que à l'heure actuelle vous avez l'impression que l'automesure est une mode et il faut s'y mettre parce que les recommandations existent ou est-ce que véritablement et je voudrais me dire votre opinion chacun entre vous est un outil efficace et qui vous paraît de plus en plus indispensable. Je voudrais que vous exprimiez la au-dessus. Est-ce que franchement vous l'utilisez parce que le patient a un appareil et autant que faire on va faire ou est-ce que vraiment je ne peux plus m'en passer ?

A) Moi je pense que l'outil est vraiment très performant, en revanche si c'est recommandé des Sociétés Savantes c'est à dire qu'il a de l'utilité, il faut aussi que ça soit pris en compte par le pouvoir public pour les modalités du remboursement et la distribution des appareils.

Est-ce que le problème de remboursement est un frein à l'utilisation ?

A) Bien évidemment!

E) Non (mouvement de la tête)

D) Il l'y en a qui sont pas prof à la chasse....

I) Pour le patient ?

F) Oui ça c'est sûr!

J) Que le patient n'achète pas c'est sûr!

I) C'est sûr que si on rembourse l'appareil de dextro chez l'hypertendu sévère la question se pose...

D'accord. On revient sur ma question donc c'est intéressant mais...

A) C'est intéressant mais on nous aide pas beaucoup !

D' accord

B) Moi suis tout à fait partant. Je pense que la mesure au cabinet c'est pas forcément plus facile à faire, la mesure à domicile serait plus fiable en dehors du stress.

D'accord

C) C'est aussi que le risque associé est sur moi.

D) Moi j'aime bien de temps en temps.

De temps en temps ?

D) Oui parce quand ils vont bien je vais pas leur proposer de manière systématique.

Et pourquoi ?

D) Peut-être parce que j'y pense pas. Parce que suis sur l'idée qu'ils vont bien. Moi je les vois tous les trois ou six mois alors déjà c'est difficile parce qu'ils arrivent déjà... Alors moi suis en peu en retard alors la tension est forcément fausse, ils ont un truc au pied, ils ont une salopide, ils sont un polype qui va pas et quand ils sont rhabillés il faut tout recommencer parce qu'ils sont mal au cul ! Alors.....

(rires)

D) J'assume. Mais il n'y a rien de plus chiant d' avoir quelqu'un qui s'est rhabillé et qui regrette de l' avoir fait !

Est-ce que le fait de demander... Je crois que la dame veut... ;

(préparation des plats)

Je voudrais continuer sur l'étape globalement utile, pas utile franchement indispensable

E) Moi je pense que c'est utile mais on a du mal pour l'acquisition on a du mal.

Et motiver le médecin ou le patient ?

E) Motiver le médecin, il l'est en partie mais, suis en mêmes conditions de travail, on n'a pas le temps de faire...

Il y a quand même un manque de temps

E) Oui mais on mesure moi j'avais une question qui me vient souvent à l'esprit par exemple ici tu utilises un tensiomètre digital par rapport au tensiomètre...

D) Quand je suis pas sûr de ma pression.

On pourra répondre après, là je voudrais qu'on continue dans cet étape-là.

F) Alors on va répondre à la question simplement, moi je considère que c'est utile, ça ne m'est pas encore indispensable dans la mesure où, bien sûr je peux peut être passer à côté des tensions.....de l'hypertension masquée en tous les cas des hypertendus bien équilibrés au cabinet c'est vrai je vais pas faire l'automesure.

On continue le tour de table ?

Moi je trouve que c'est utile j'en ai pas trop la pratique en médecine générale mais dans les cas où on hospitalise on remarque que la tension est différente le matin le midi et le soir et équilibrée en fonction du moment de la journée.

D) A l'hôpital ils ont chuchoté, ils s'occupent de rien, ils ont souvent la tension plus basse que chez le médecin.

J'apporterai ça toute à l'heure, puis le suivant ?

G) Je dirais pas loin d'indispensable pas tout le temps pour tout hypertendu mais c'est vrai que devant tout hypertendu déséquilibré je trouve maintenant que c'est bien indispensable.

Ok

H) Moi je rejoins en peu ma collègue, c'est à dire je ne peux pas dire que ça m'est indispensable pour tout mais dans les situations de diagnostic, de déséquilibre ou d'hésitation ou le choix voilà, la mise en route d'un traitement ou le changement d'un traitement ça me paraît très utile.

Et toi ?

I) Très utile, c'est sûr que c'est utile moi je pense que c'est plus une mode, une nouvelle pratique d'autant moins indispensable, qu'on ne peut pas

s'en passer ça me paraît en peu mauvais, On devait faire comme pour le diabète, le carnet de l'hypertension pour le suivi, pour l'instant c'est une intention et sais pas...

Ça je fais après.

I) Sais pas faire avec après....C'est pas facile. Vous m'expliquez pourquoi...

J) Moi ça me semble très utile à l'initiation du traitement, après sur un traitement de façon que la tension est tout à fait normale au cabinet médical pour l'instant, pour l'instant je trouve pas indispensable.

Est-ce que vous...

F) Je veux simplement ajouter parce que il m'a fait penser à un cas, je vois un patient retraité qui fait très attention à sa santé et tout et qui vient régulièrement vous savez ces patients qui viennent avec leur petite sacoche et qui vous présente leur traitement alors il vient avec ses chiffres tensionnelles effectivement de deux ou trois jours pendant des mois et des mois les résultats, j'avoue que le premier effet c'est de dire c'est bien, premier effet c'est de dire c'est un peu obsessionnel, voilà surtout que comme par hasard ce patient avait plutôt à 11-12 la tension à tel point que le cardiologue a dit récemment : ben on va peut-être changer ou arrêter son traitement parce que c'est vrai que à 75 ans il en a plus autant besoin. C'est utile finalement mais le premier réflex n'est pas de dire...

C'est bien mais lui il en fait un peu trop. C'est ça. Il fait un peu trop je crois de venir avec ses chiffres comme ça. Est-ce que vous avez l'impression que vous êtes correctement informés enfin concernant l'automesure, est-ce que vous avez les informations nécessaires, est-ce que...je fais le tour de la question.

J) Ce que j'ai réalisé pendant cette réunion était justement que...

Quels étaient vos moyens d'information jusqu'alors, je vais vous demander de réfléchir qui est ce que vous a informé sur l'utilité de l'automesure, est-ce que c'est en lisant les recommandations de l'HAS, est-ce que c'est en lisant des articles, le concours médical... Quelles sont vos informations et quelles étaient vos informations ?

F) Je dirais qu'effectivement il y a eu une grosse différence, je pense que mes confrères sont d'accord, pour une fois oui effectivement c'est les recommandations HAS et les revues mystérieuses qui ont recommandé il y a trente ans le concours médical non il a eu des articles là au-dessus mais c'est vrai aussi moi je trouve que les spécialistes, les cardiologues nous recommandent peu ces moyens, moi je trouve...

J) Moi c'est beaucoup les groupes de paires, les rencontres qu'on fait je me souviens un peu

Et les autres quels moyens d'information ?

Vous savez plus ? La presse ?

E) La presse.

A) La presse médicale.

B) La presse médicale et l' HAS.

L'industrie pharmaceutique ? Non ? Le groupe de paires ?

I) Chacun fait un peu sa recette un peu son truc.

Et ça vous pensez que c'est une sorte...

I) Je pense qu'il y a un élément déterminant que c'est pas une méthode à choisir par tous. Je reviens sur le diabète avec la glycémie capillaire, le diabétologue demande les chiffres de glycémie et nous on demande les chiffres de glycémie et tout le monde demande les chiffres de glycémie. On sent que l'automesure n'est adoptée par l'ensemble de la chaîne de cardiologie que ça soit généraliste ou cardiologue et ça je pense que c'est une des raisons qu'on fait un peu moins.

Je vais vous dire quelque chose je vous donne la réponse déjà c'est que le cardiologue effectivement s'est pas approprié sauf celui qui est hypertensiologue. Je fais partie de la consultation de l'hypertension au CHU et la première des choses qu'on demande aux gens est de faire l'automesure. Tous les hypertensiologues sont absolument, intimement persuadés de la nécessité d'en faire.

J) Ça serait pas...

Les cardiologues un peu moins parce qu'ils sont pas été formés.

J) ...un type de recrutement des patients pour qu'ils viennent en consultation d'hypertensiologie au CHU ?

Ma position en étant hypertensiologue est que la première chose est de demander au patient de faire l'automesure et mes collègues aussi!

I) Est-ce que investiment on peut pas dire que la MAPA est cotée et pas l'automesure ?

Tout à fait. Elle n'est pas cotée l'automesure.

I) Elle est plus cotable la MAPA que l'automesure.

G) C'est marrant parce que moi ça fait pas longtemps que suis sortie de la FAC et on est en train de se dire que l'effet d'être sortie il y a pas longtemps, on a eu ça en cours et en arrivant sur le marché des remplacements.

Vous m'avez écouté quand-même.

G) Justement moi je pensais que c'était un truc passé dans les mœurs de tout le monde et au départ j'étais plutôt surprise de voir que ça se faisait pas du tout ou n'importe comment.

A) Mais toi...

G) Non c'est rigolo parce qu'il a fallu que je me dise : effectivement c'est un truc récent, on l'a appris à la FAC on ne sait pas depuis combien on enseigne ça.

On va avancer parce que je pense qu'on va...La totalité justement on aborde le dernier point, qu'est-ce que vous verriez, qu'est-ce qui pourrait améliorer les choses parce que vous n'êtes pas fondamentalement contre. Il y a quelques freins, quelques réticences etc. mais mise appart une soirée comme celle-ci que j'espère que la première chose que vous allez faire demain est d'acheter des appareils (rires).

Non je plaisante, mais mise appart ce type d'information que je vous ai apporté qu'est-ce que à votre avis pourrait convaincre les collègues qui sont pas là ce soir, qu'est-ce qui pourrait être porteur pour que le médecin généraliste s'approprie de l'automesure ? Je vais dire quand-même qu'on est nous un petit peu inquiets, je fais partie des gens qui discutent pas de l'automesure au niveau national et on est un petit peu inquiets parce que les patients se sont vraiment appropriés de l'outil, il y en a six millions, six millions d'appareils qui sont vendus.

F) Il y a six millions mais trois millions d'efficaces.

C) Oui parce que....

Peut-être mais en tous les cas ils se sont appropriés. Et ça c'est dangereux parce que le patient prend une mesure comme ça il le dit pas forcément à son médecin et le patient peut après faire n'importe quoi c'est à dire il prend son automesure il dit : aujourd'hui suis bien je vais pas prendre mon traitement le lendemain c'est un peu élevé : là je vais prendre le double.

A) Si le patient fait ça la tension sera élevée.

C) Moi suis pas d'accord. C'est un problème de coût. Si quelqu'un me dit j'ai un appareil chez moi je fais que ça je vais plus croire son appareil et le

contraire le patient sur la mienne parce que là on les connaît un peu sur la mesure que j'ai un retard...

Il paraissait bien convainquant mais qu'est-ce qui peut faire avancer les choses ?

A) Très clairement !

Qu'est-ce qui peut convaincre le médecin ?

A) Il faut que ça nous coûte pas cher en euros et que ça nous coûte pas cher en temps !

C) Merci

D) Alors pas cher en euros on aurait peut être un outil les convaincre se dire s'il faut...

A) Il faut pas que le coût de l'appareil nous accompagne !

J) Moi je voudrais bien avoir une grande étude ou on montre que les patients qui sont suivis par l'automesure vivent plus vieux et ont moins de morbi-mortalité.

Je vais vous montrer

J) C'est parfait !

C'est pas une étude morbi-mortalité, c'est une étude qu'on compte les morts... ben je vous expliquerai l'objectif, mais oui on a. Ça vous convaincrat, si on montre..

J) Ca me convaincrat oui. Même des patients bien équilibrés au cabinet médical si on prouve que en leur prêtant un appareil ou en leur demandant de prendre...

Est-ce que vous pensez que l'ensemble de médecins généralistes ça peut les convaincre aussi ce type de résultats ?

J) J'espère

D) Il faut faciliter aussi !

I) Non

Moi je crois pas non plus. Je crois pas que la science pure et dure les impressionne.

F) Disons que, j'ai l'impression, si on arrive, la comparaison était quand-même judicieuse. Si on arrive à se dire que l'automesure est l'hémoglobine

glyquée et la mesure au cabinet est la glycémie capillaire il est évident qu'on fait tous maintenant enfin plus confiance à l'hémoglobine glyquée donc...

J) L' hémoglobine glyquée, plus c'est bas t'as une surmortalité...

F) Quand-même ça reste la référence.

B) C'est pas qu' elle est basse...

S' il vous plaît

I) Pour revenir à la comparaison du diabète le carnet je pense que c'est une des solutions votre médecin généraliste peut pas faire grande chose mais si dans chaque appareil vendu au Liddle pas trop cher il y a un carnet en disant cet appareil est fait pour aider votre médecin à votre suivi, notez bien dans ce carnet et que à chaque consultation chez nous chez les cardiologues vous venez avec le carnet, le généraliste, pour que ça se banalise un peu.

Mais qu'est-ce qui vous empêche de faire ça. Moi j'ai un patient je le vois avec le carnet, mais qu'est-ce qui vous empêche le faire?

D) Je pense que c'est le coût. Le coût pour le patient et le coût pour nous.

Connaissez-vous le prix d'un appareil d'automesure ?

D) Une cinquantaine d'euros.

C) Ouais

Moins que ça !

D) Ah bon ? Cinquante euros.

Non

J) Si vous avez un tefal c'est entre...

G) Mais ça c'est même pas un argument parce que les TDR on a dit, il y a avais des études qui ont dit qu'il fallait faire le TDR etc., ils avaient la boîte gratuit et les médecins l'utilisaient pas.

Moi suis le directeur de la thèse je pense pas qu'il faille banaliser les appareils de l'automesure, qu'il faille systématiquement les rembourser. Je crois pas, je pense. C'est un peu comme la psychothérapie, une psychanalyse, si les gens ils paient c'est moins efficace.

D) On banalise non plus les appareils d automesure de glycémie. On peut cibler les gens, comme on cible les gens pour les appareils de la glycémie on peut les cibler pour les appareils de tension.

Suis d'accord mais en ce moment-là c'est pas remboursé...

D) Et c'est ciblé avec un carnet qui. Moi je vois mes patients diabétiques qui râlent en disant: moi j'ai pas mon carnet gratuit. De temps en temps suis effondré, effondré !! Suis effaré. Je dis ils ont pas un bout de papier près !

Je pense que là, c'est moi qui donne mon opinion je pense pour pratiquer et pour voir des patients qui sont tous presque équipés maintenant, c'est quand même plus commode c'est pas vraiment un problème pour le patient. C'est trente- trente-cinq euros, on trouve des validés : microlife, omron etc. trente- trente-cinq euros dans certaines boutiques.

F) Poignet ou pas poignet ?

Non

F) Ah c'est ça ! Parce qu'il y a eu quand même énormément sur les six millions sais pas combien ils sont...

Ils en vendent actuellement douze euros chez Liddle.

J) Celui ne marche pas. J'en ai acheté un.

Le pire est on a essayé valider un et ça marche, ça marche très bien. Il est parfaitement valide ! Le seul problème de ces appareils qui ne sont pas validés affsaps c'est qu'ils ne durent pas. C'est la pompe qui est de mauvaise qualité et quand les piles sont usées il faut les jeter. Ça coûte pas cher mais je vous assure que ça marche. Par contre en fin de vie pile la pompe n'est plus assez puissante et c'est un des problèmes d'ailleurs que vous n'avez pas évoqué et là je vous anticipe un petit peu les contre-indications à l'automesure est le bras chez les obèses n'est validé, c'est le bras au-dessus 33 cm

F) J'ai une autre contre-indication, c'est l'analphabète

Oui on va dire aussi amputé des deux bras !

F) Ah non !

Je voudrais qu'on termine sur ce point, s'il vous plaît

F) On a oublié, on en a parlé de tout à l'heure et je voudrais pas oublier c'est que finalement nos autotensiometres ont été introduits au cabinet par les laboratoires pharmaceutiques souvent par l'expérimentation que je fais mais que je faisais à l'époque associe par la feuille comme ça se fait maintenant dans les articles reconnu avoir reçu...voilà ils m'ont demandé de suivre les patients sous des nouveaux traitements etc.

C'est pas mal finalement

F) Non mais tout à fait, c'était pas des cadeaux c'était pas des voyages.

Oui c'est ça, moi je vous dis j'en ai plus qu'un en ce moment.

I) Vous me permettez une question ?

Oui

I) Vous en consultation pendant votre pratique vous comparez l'appareil d'automesure à la tension casuelle ?

La tension casuelle j'en ai rien à foutre. Je vous explique après.

I) Oui mais

D) Il faut avoir confiance au patient aussi parce que des fois ils font...

I) Ils aiment bien dire : vous pouvez vérifier mon appareil ?

A) On peut pas le calibrer, ça c'est sûr.

I) Pas calibrer...

J) Mais vérifier ?

A) Pour la calibration on répond non, on ne peut pas effectuer la calibration au cabinet médical

J) Ceci dit le brassard je ne sais pas combien de temps, ils sont pas validés.

Moi ce que je vous propose, je voudrais qu'on termine sur ce point-là et après je pourrai répondre à vos questions qui sortent de l'automesure, liées au brassard, l'appareil anéroïde et tout ça, la usure de pression artérielle est quelque chose sur laquelle je travaille beaucoup donc je pourrai répondre à tous vos questions mais je voudrais quand même qu'on termine sur ce point : qu'est-ce qui peut faire pour que les médecins s'y mettent et je voudrais que vous soyez innovants que vous essayiez me donner des pistes d'amélioration, qu'est-ce qui pourrait vous pousser et pousser le plus possible les collègues à utiliser plus la...

B) Pour moi il faudrait, il faudrait voir quelle est la représentation anthropologique de la prise de la tension au suivi du patient parce que prendre, ne pas prendre la tension c'est mal finir en consultation.

J) J'avais vu une étude...

Au lieu d'anthropologie on va parler de psychologie. Moi je prends pas la tension je mesure la pression artérielle, je la prends pas !

I) Non mais pas en consultation, c'était...

Encore une fois des pistes pour avancer, s'il vous plaît les deux bavards..., que vous essayiez me donner des pistes

B) Il faut que la tension soit un examen médical et pas un instrument de relation pur en consultation. Parce qu'on sort d'un examen médical quand on parle de la tension parce que les gens qui viennent pour n'importe quoi ils ont besoin qu'on prenne la tension.

Je suis d'accord avec vous et je l'aborderai dans mon topo aussi mais je pense que c'est vrai qu'il faut habituer les gens que en certains cas on prend pas la tension. Moi j'aimerais bien qu'ils y aient habitués parce que je crois pas du tout à leurs chiffres tensionnels mais quand on prend pas la tension : ha vous n'avez pas pris la tension Docteur !

B) Oui ça fait une demie heure que suis au cabinet !

Une des pistes serait peut-être éduquer le patient parce que le médecin ne prend plus la tension.

B) Ha ben oui !

I) Une piste...

Non mais suis provocateur !

I) Une autre piste serait de prendre avec le même appareil ou avec leur appareil pour donner la croyance dans cet appareil. Si même le Docteur fait confiance en ces chiffres là ils peuvent qu'être valables !

B) Est-ce que c'est pas un transfert de la responsabilité de dire : prenez ma tension ? C'est à dire, c'est quand même un transfert de responsabilité.

I) Prendre la tension avec...

G) Mais les gens qui font ça c'est les gens qui le font pas chez eux de toute façon .

B) C'est la majorité quand même. Si il y a six millions qui ont l'appareil...

Détrompez-vous !

B) Même si ils l'ont pas il y a des labos.

Les gens demandent, les gens sont attachés à la mesure de la pression artérielle par le médecin.

B) Oui

A) C'a été prouvé que par les infirmières ça donne des chiffres plus réels.

J'ai écrit un article dernièrement, c'est les infirmières qui prennent la tension et les médecins et les infirmières font beaucoup mieux que les médecins. Les infirmières prennent des pressions artérielles qui sont extrêmement proches à la MAPA et l'automesure et la mesure prise par l'infirmière, il n'y a pas d'hypertension blouse blanche quand l'infirmière prend la tension, pour savoir, c'est exceptionnel !

C) C'est pas qu'elles font mieux c'est que les circonstances sont différentes.

Tout à fait

A) Je veux pas passer pour le conseil de service mais il n'y a pas de cotation là.

L'infirmière qui prend la tension entre deux plaies variqueuses et une toilette c'est zéro. Je parle de l'infirmière qui prend dans des conditions standardisées comme on lui a appris, le repos, assis pendant cinq à dix minutes etc.

A) Donc ça c'est un acte qui n'est pas coté

Non

F) Donc ça n'existe pas en ville.

C'est pas coté, détrompez-vous, détrompez-vous, vous pouvez prescrire mesure de la pression artérielle par infirmière matin et soir est ça, c'est remboursé par la sécurité, c'est complètement débile mais c'est remboursé.

F) je l'ai déjà fait et vous venez de dire que...

Ça sert à rien !

F) Ça sert à rien ?

J'aborderai aussi dans le topo, je voudrais moins le remboursement de l'appareil etc. c'est pas mon problème, mais que le médecin puisse marquer: éducation à la mesure de la pression artérielle par l'infirmière à domicile, une fois, deux fois, qu'elle explique au patient comment on fait, comment on utilise l'appareil et ça coûterait rien. Actuellement on prescrit des pressions artérielles par infirmière matin et soir pendant trois mois, six mois, un an on le voit !

J) Pas trop ici !

A) La CPAM on nous a dit que c'était pas remboursé.

F) C'est des cons...

Le médecin doit marquer suivi du...

S' il vous plaît, on termine par ça : des pistes d'amélioration, j'insiste beaucoup. Donnez-moi des voies d'amélioration comment est-ce que vous pensez qu'on peut persuader le médecin pour faire à chaque patient.

I) Je pense qu'il faut que ça soit vraiment adopté par la chaîne de personnes qui suit le patient, que les cardiologues disent aussi : c'est bien, qu'ils disent pas prenez avec l'autre appareil, si on dit tous la même chose on beaucoup plus audible que si on dit pas tous la même chose.

Là vous demandez habituellement peut-être à doigt élevé, quand vous avez un patient hypertendu est-ce que vous prenez initialement tous seuls ou est-ce que vous l'adressez au cardiologue ? Alors dans tout seul levez le doigt.

A), B), C), D), E), F), G), H), I), J)

Tous seuls ? D' accord la majorité.

J) Ah bon ? Ils prennent pas la responsabilité ?

Oui je déplore

J) On commence envoyer toutes les tensions au cardiologue ?

Oui, oui. Néanmoins

J) Ceci dit...

Néanmoins, attends, s' il vous plaît, vous me confirmez son avis que si le cardiologue disait il faut faire l'automesure vous en feriez plus, alors que vous n'avez pas besoin de lui pour traiter la tension.

A) C'est quand même à lui de dire son opinion, le cardiologue !

D) Ça changerait pas grand-chose.

Suis un généraliste qui vous dis son opinion

A) Bien sûr vous êtes un généraliste-cardiologue voilà !

Suis pas cardiologue, hypertensiologue !

A) Hypertensiologue, alors on vous écoute pour l'hypertension !

Mais je crois qu'il faut, et là on sort totalement du sujet, que vous arrêtiez de penser qu'y a que des experts-spécialistes. Il y a aussi des experts dans votre discipline. Il faut que vous sortiez de ce complexe, que les médecins généralistes, ils se disent : on est experts en médecine générale et on a en plus des domaines d'expertise.

D) Très honnêtement ici on n'a pas de complexe. Nos correspondants qui sont spécialistes ne nous en donne pas souvent.

C'est bien

D) Par contre de temps en temps, il peut avoir des réflexions effectivement qui peuvent être désagréables. Mais on n'en a pas beaucoup ici. Je sais que à Nancy ils ont beaucoup, ici on n'a pas de souci avec les spécialistes.

I) Mais ma réflexion n'était pas du tout de l'ordre du complexe, qu' l paraît qu'on n'a absolument aucun complexe, mais dans la vie d'un patient hypertendu il croise un certain nombre de personnes : son pharmacien, son infirmier, son cardiologue, son généraliste. Que tout le monde le persuade pour ça.

I) Si tout le monde dit la même chose ça marche beaucoup mieux. On voit pour tous les problèmes de santé. On a la grippe H1N1 en ce moment, si un pharmacien, on est tous à dire il faut vacciner si un pharmacien dit : c'est de la merde ce truc les gens sont perdus. Quand on dit tous la même chose...

H) On doit convaincre toi comme médecin, pas le patient. Ca va avec.

I) Si on est pas les seuls à militer pour ce truc là et on milite tous pour la même chose.

Pour la formation du grand public vous êtes prêts ?

I) Oui je pense que c'est une campagne de sensibilisation.

Que l'automesure ne se traite que en faisant l'automesure voilà. Que le patient dise, à la limite que les pharmaciens relaient l'information, ils ont tout intérêt, ils vendent l'appareil.

A) Les pharmaciens même si on peut mettre la CPM dans le coup ou la CRAM qu'ils nous fassent une campagne qui dit que c'est automatique c'est gagné !

I) Exactement ça, campagne comme une pub.

Tout à fait ! Mais que l'automesure sans médecin, ça vaut rien.

B) Je crois qu'il faut quand même convaincre les médecins qui sont pas forcément là, dans la soirée. Si le message part de la CPAM...

Et comment on peut les convaincre ? Il faut pas que le message parte de la CPAM il faut que ça descende.... suis tout à fait d' accord !

B) S'il y a un mûr...

Et appart de déplacer partout en France ce débat comment est-ce qu'on peut les convaincre, ceux qui viennent pas là ce soir ?

A) Effectivement en montrant la simplicité de la manœuvre. Il faut que ça soit, qu'il y ai des recommandations précises à la limite pour tenir sur une microfiche qui puisse se mise en place en consultation dans un peu de temps. Il faut pas que ça prenne dix-sept minutes. Ça doit être cinq minutes en consultation.

Même pas, même pas.

Est-ce que, je vais terminer par ça, je reviens un peu en amont, je voudrais vous poser la question : est-ce que vous connaissez les recommandations ESH de la société européenne et celle de la HAS en terme d'automesure, est-ce que...Non ? Non ?

D) Entre tout le reste non !

Je vous la présenterai également. Là je pense...je vous remercie de votre participation, je pense que c'était riche parce que on a fait un focus groupe avec un groupe de médecins de ville plutôt âgés, là on a des médecins plutôt plus jeunes et qui ont un exercice différent et je crois vraiment que les informations sont différentes.

REUNION N°3

Votre lieu et mode d'exercice.

H) S'il faut donner notre lieu d'exercice on est mal foutu ! Il vaut mieux donner son nom !

Pas le lieu d'exercice, vous dites que vous êtes rural, semi-rural et urbain.

H) Moi suis rurbain !

Alors il y a trois on va dire : suburbain, urbain et vraiment campagne.

Ce que je vous demande si vous êtes seuls en maison médicale ou en association et votre âge, suis désolé mais je pense que ça posera pas de problème.

A) Moi (homme) 61 ans bientôt, j'exerce depuis 31 ans, médecine rurale pure, rurale vraie !

Tu es seul ou...

A) Je travaille seul mais dans le cadre d'une maison de santé.

D'accord

B) (Homme) Je travaille en milieu urbain, je suis en exercice individuelle, j'exerce seul.

Tu as quel âge ?

B) 52 ans

C) (Homme) 59, j'exerce en rural eh... urbain pardon, en association.

Vous êtes combien ?

C) Deux

Deux d'accord. Le prochain ?

E) 39 ans (homme), j'exerce en milieu rural à deux.

F) 56 ans (homme), rural et j'exerce seul aussi.

G) (homme) J'exerce tout seul, 59 ans milieu rural.

H) (homme) 53 ans, suburbain, j'exerce seul.

D) (homme) milieu rural en association 63 ans.

Je vais vous parler de l'automesure. Qu'est-ce que ça évoque pour vous ? Est-ce que vous utilisez couramment, est-ce que vous utilisez jamais, de temps en temps...

F) Rit et regarde le E

E) Sourit

Qu'est-ce que ça vous évoque l'automesure tensionnelle pour le diagnostic et le suivi de vos patients hypertendus ? Alors allez-y.

F) Moi j'utilise régulièrement, j'ai deux appareils d'automesure que je prête régulièrement à mes patients, dès qu'on détecte une hypertension on va pas se jeter aux médicaments tout de suite, je fais faire, sais pas si c'est la technique reconnue, trois mesures consécutives la moyenne de la systole et de la diastole, je fais faire un topo sur un papier et on voit ça dans une petite semaine, et on a souvent des surprises quand même par rapport à ce qu'on trouve au cabinet.

D'accord.

F) Enfin moi j'utilise régulièrement, en particulier dans les situations quand j'ai l'impression que...

Et dans le suivi ?

F) Un peu moins mais souvent quand on a l'impression que les trucs échappent un peu pour voir ce qu'il passe, on verra...

Quelle est votre pratique les autres ?

B) Moi j'utilise essentiellement quand j'ai l'impression d'avoir une tension d'effet blouse blanche, j'ai un tensiomètre de prise de tension au poignet que je prête au patient et c'est pareil, trois prises tensionnelles matin et soir sur trois jours de suite, je demande de marquer trois chiffres , systolique, diastolique et la fréquence cardiaque, je fournis la feuille pour marquer, ils font ça sur trois jours et ils me ramènent ça généralement la semaine suivante, pareil ça permet de savoir si...

D'accord. Et toi F tu fais comment ?

F) Moi aussi je prête l'appareil. C'est pas au poignet, c'est un truc (montre son bras)

Oui et tu fais trois mesures ?

F) Oui trois mesures.

Quand ? A quel moment ?

F) En principe au moins matin et soir trois mesures, la moyenne des trois et la fréquence cardiaque.

Pendant combien de jours ?

F) En général trois quatre jours, des fois une semaine, ça dépend de la compliance des gens.

Et qu'est-ce que vous considérez comme norme ?

B) La plus basse.

F) Oui

B) Le plus bas, comme norme je prends le plus bas.

F) Parce que par rapport...

Qu'est-ce que vous considérez comme patient hypertendu et non hypertendu ?

B) Des chiffres ?

F) En automesure je crois que au-dessus de 14 c'est ...de 13,5...sais pas !

B) Au-dessus de..

H) a dépend si ils sont diabétiques.

Non chez tous les patients

H) Le patient standard 140/80.

B) Voilà supérieure à 140 la systolique et 80 la diastolique.

Est-ce que tu utilises l'automesure ?

H) Moi j'utilise mais uniquement quand il y a une discordance, quand il y a un problème, systématiquement j'utilise pas.

Qu'est-ce que tu appelles un problème ?

H) C' est à dire quand à l'instauration je trouve suspect, l'hypertension blouse blanche, avec un chiffre de systolique très élevé alors que la diastolique est correcte au-dessous de 80, ça c'est à l'instauration, je l'utilise quand le patient n'est pas motivé de prendre de se considéré comme hypertendu et alors adhérer à la prise du médicament alors qu'il a des chiffres en méthode casuelle est très élevés, ça permet qu'il le prenne chez lui, qu'il vérifie que effectivement même chez lui il a...

Méthode affirmative.

H) Donc ça c'est au départ et après c'est quand on constate des chiffres qui ne sont pas bons à la prise au cabinet et je veux dire on se pose la question soit de l'observance thérapeutique soit de l'efficacité du traitement. A ce moment moi je demande de reprendre la tension, je fais un petit peu différemment, suis moins précis, j'envoie pas spécialement à moins qu'ils ont des chiffres très très élevés mais on sort du sujet mais pour les cas standards je dis de prendre une fois le matin une fois le soir trois jours de suite et de refaire ça on va dire trois fois dans le mois, ils font les trois moyennes et moi je n'ai que les trois autres moyennes. Mais de toute façon on s'aperçoit que quand ils prennent la tension chez eux on n'a pas des grosses discordances dans leurs chiffres, c'est à dire que soit à 10 millimètres de mercure près ou à 15 mmHg près on trouve les mêmes chiffres et on va pas avoir une série de mesure...

Je vais lui couper la parole là parce que....

F) C'est vrai qu'il est bavard !

On peut avoir ton avis G ?

G) Moi je me suis mis il y a pas très longtemps, je suis un peu de son avis à lui (F) c'est à dire quand j'ai des chiffres un peu...

Et toi E ton expérience ?

E) Moi j'utilise un peu, enfin uniquement dans le diagnostic, avant l'instauration du traitement soit chez des jeunes avec les arrières pensées effectivement l'hypertension de consultation des choses comme ça avec la technique trois jours trois mesures matin et soir la moyenne et pareil moi je laisse le temps je demande pas revenir une semaine après et éventuellement je demande sur le mois de faire deux cycle de ce type-là surtout si on a des événements particuliers.

Et toi D ?

D) Moi j'ai acheté suite de ta conseil un appareil de prise de tension microlife d'accord ? A ce moment-là comment j'utilise ? Je fais pas à titre systématique, j'utilise principalement pour des personnes relativement jeunes qui donc quand on prend la tension à trois reprises on doute un petit peu des résultats qu'on peut avoir donc je leur propose, ils acceptent ou ils acceptent pas les trois, trois mesures de suite matin, midi et soir trois jours de suite et de me ramener l'appareil d'automesure deux semaines après, je dis pas obligatoirement de m'amener les chiffres et donc ils m'amènent l'appareil.

D'accord

D) Et là à ce moment j'envoie en consultation à l'hôpital d'enfant. Quelle est la décision ? Ces types des personnes principalement qui ont du mal à accepter, qu'est-ce que je fais ? Quand il y a des chiffres tensionnels qui sont supérieurs à 14/8 à ce moment-là je les adresse au cardiologue, chez un jeune je ne prends pas la décision de traiter tout seul. Par contre si c'est une personne qui est diabétique ou autre, à ce moment-là généralement je commence le traitement pas obligatoirement en faisant les prises par cette méthode-là.

D'accord. Qui est-ce qui s'est pas exprimé sur l'utilisation ?

A) Moi (sourit)

Oui ?

A) Moi j'utilise pas. Je lis la presse médicale mais la tension, c'est pas une urgence, le problème est quand on a des chiffres qui collent pas, quand on a des chiffres très élevés, anormalement élevés, moi je travaille avec mes collègues cardio qui faisaient des MAPA, aujourd'hui c'est pratiquement impossible d'avoir une, ils sont débordés au travail et les résultats qu'on a sont plutôt fiables quoi ! C'est plutôt les gens qui viennent me voir après que je leurs ai attribué un traitement qui achètent leur appareil tous seuls à la pharmacie, moi quand on me demande je conseille d'aller à la pharmacie et qui viennent avec leurs chiffres.

Si par exemple vous constatez une nette discordance entre les chiffres qu'il vous amène le patient et les chiffres que vous trouvez au cabinet ?

H) Systématiquement il vient avec son appareil d'automesure et on contrôle à 10 secondes d'intervalle son appareil et le tensiomètre en mercure...

Qu'est-ce que vous en dites tous les autres ?

A) Je pense que c'est le patient, la mesure du patient qui a raison.

L'appareil du patient qui a raison ?

A) Oui

B) La mesure oui, moi je fais confiance à la mesure du patient.

A) Parce que des fois elles sont différentes.

Est-ce que vous faites tous plutôt confiance à l'automesure.

D) Pas spécialement

E) Moi je trouve pas de grosses discordances.

Mais s'il y a une grosse discordance ?

E) S'il y a une grosse discordance, moi j'attends que le patient puisse avoir une MAPA chez le cardio.

H) La grosse discordance se situe entre la mesure chez lui et la mesure au cabinet. C'est pour que si le patient je dis à ce moment-là venez avec votre appareil et si il y a un effet blouse blanche, neuf fois sur dix c'est le cas, il se trouve avec son appareil avec des chiffres élevés. Dans ces cas-là je fais confiance à ses chiffres mais il est important quand même d'étalonner l'appareil moi j'ai encore un appareil à mercure, un vrai, je veux dire c'est ça la référence, l'appareil à mercure. Tous les autres, les électroniques, l'autre ça donne une ampleur compteur.

Est-ce que vous adhérez tous à ce qu'il dit ? Que l'appareil étalon et la mesure étalon c'est le cabinet ?

H) Non j'ai pas dit ça !

C'est la mesure...

H) L'appareil à mercure c'est la mesure étalon ! Maintenant si le patient me dit chez moi j'ai 11, 11/6 en gros régulièrement je le vois j'ai 17, 17/9 je dis vous venez avec votre appareil, on prend les deux mesures si je le vois il a 17/9 à mon cabinet, je prends son appareil il a 16/8, 160/85 je considère que son appareil est bien étalonné mais je considère que ses chiffres sont bons et je ne sur traite pas ou soustraite pas suivant le...

Parce que les appareils ne sont pas tous bien étalonnés ?

H) Je ne sais pas ce qui peut en avoir dans le..., je ne sais pas.

Est-ce que les autres peuvent s'exprimer là au-dessus ?

A) Non

B) Moi suis contre.

Pour les appareils d'automesure ?

B) Ah les appareils d'automesure !

F) Moi j'en ai deux, le brassard et l'automatique, je les ai testés, comparés, j'ai aussi un appareil à mercure, ils sont à 8 centimètres près.

L'étalonnage pour vous c'est comparé au cabinet...

F) Comparer simultanément c'est à dire à 30 secondes d'intervalle, le tensiomètre conventionnel avec l'appareil et si les chiffres sont discordants...

Mais l'effet qu'un appareil soit validé est-ce que ça vous exprime quelque chose ou pas ?

H) Il est validé au moment précis, on va dire les sensitométries de nos amis les gendarmes sont révisés tous les ans, ils sont étalonnés tous les ans. Il faut arrêter, je vous signale quand même que au point vu légal il devrait être talonné tous les ans et on devrait verser une embole au point mesure. Je veux dire qu'il est logique qu'il ait contrôlé parce qu'il peut y avoir un problème technique !

Passons outre ça, on dit que l'appareil a six mois et le patient l'a acheté, est-ce que l'effet d'être validé a une importance pour vous très honnêtement ? Est-ce que vous tenez compte de ça ?

H) Non c'est pour montrer au patient...

F) Qui est-ce qui est autorisé à valider ces trucs ? J'en sais rien moi !

E) L'affsaps. La liste d'affsaps, les appareils validés au brassard qui est réévaluée tous les trois mois !

Effectivement c'est l'affsaps qui valide avec des critères extrêmement drastiques, alors je suis tout à fait d'accord avec toi que théoriquement pas tous les ans, tous les deux ans, refaire une validation d'un appareil d'automesure.

E) Et les tensiomètres aussi ?

Pardon ?

E) Les tensiomètres aussi ?

Non ça c'est une autre histoire, on est hors sujet.

F) T'est trop jeune toi !

Si j'ai bien compris quand même, vous utilisez pas chez tous les patients et essentiellement, est-ce que je dis quelque chose...est-ce que j'ai mal perçu quand vous avez un problème, quand vous dites : c'est pas possible !

H) Oui

D) Non pas forcément

E) Quand il y a un jeune

F) Oui quand il y a...

E) Quand il y a un jeune de 35 ans qui vient avant de lui dire on va te filer des médicaments pendant 50 ans il faut être sûr du coup.

Alors on va partir d'un cas clinique, la patiente 58 ans, elle sous traitement vous trouvez la tension à 132/80 au cabinet est-ce que vous faites l'automesure ?

F) Non

H) Si elle a son appareil chez elle le fait.

G) Ah non elle le jette !

Non, vous ne prêtez pas ?

F) On fait acheter un !

H) On fait acheter un !

F) A la fête de mère !

C) Mais comme ça on finit tous...

Mais est-ce que vous prêtez votre appareil ?

F) Si je la connais, sinon elle me le ramène pas !

Combien avez-vous d'appareils au cabinet ?

H) En automesure, un.

F) Deux

G) Un

E) Un

D) Un à deux je sais plus, j'en ai qu'un.

F) J'ai une imprimante, il imprime tu sais sur...

Est-ce que l'utilisation de l'automesure en pratique courant et pour tous les patients poserait des problèmes ? Est-ce que ça, vous airiez l'impression que vos patients, parlons des choses qui se feront jamais mais, le patient arrive, il vient avec son relevé, vous prenez pas la tension, est-ce que ça vous gênerait ? Est-ce que...

H) a gênerait le patient ! Le patient français considère que la consultation est bien faite y compris dans une entorse de la cheville, il faut que tu prennes la tension.

F) Oui voilà !

H) Quel que soit le chiffre d'ailleurs, peu importe ! Non psychologiquement pour l'instant.

Alors qu'est-ce que vous empêche de faire non pas que du diagnostic, parce que si j'ai bien compris c'était que du diagnostic que vous faisiez.

H) Ha non on fait la surveillance ! Ce n'est pas que du diagnostic ! On fait la surveillance de l'efficacité, de thérapeutique etc.

Alors est-ce que vous avez entendu parler de l'hypertension masquée ?

B) Non

C) Non

H) Non parce que c'est masquée !

Honnêtement, je veux dire qu'il y a 1% de médecins français qui ont entendu parler. L'hypertension masquée c'est l'inverse de l'hypertension blouse blanche : c'est le patient qui a des chiffres normaux au cabinet et qui a des chiffres élevés en automesure et c'est d'aussi mauvais pronostic que l'hypertension qui n'est pas équilibrée. Et c'est à 15-18% des patients hypertendus !

D) Alors sans savoir que c'est le test, oui j'en ai déjà détecté.

Et ça ne se détecte que en faisant l'automesure ou la MAPA chez les patients que vous croyez contrôlés mais on y reviendra après parce que on est un peu hors sujet je voulais simplement donc vous connaissez pas, c'est un concept.

D) La masquée je ne connaissais pas mais la réalité oui.

Est-ce que vous trouvez que c'est un outil, l'automesure ? Alors toi (A) non parce que tu utilises pas...

A) Non ne j'ai pas dit que ce n'est pas utile, je ne travaille pas de la même façon aussi. moi le problème, le plus gros problème que j'ai est de savoir si quand on a à faire à un 50 55 ans il suffit d'ajuster le tire au moment, le traitement donc c'est pas grave. C'est pas trop difficile ça ! Le plus difficile est les gens qui arrivent avec une tension anormale, anormale vraiment et un peu fortuite quoi ! Qu'est-ce qu'on fait avec ça ? On peut lui dire : reviens huit jours après, on reprend la tension au cabinet en sachant ça change pas grande chose. Ça dépend dans quel contexte, s'il est jeune s'il a une autre pathologie. Moi c'est ça qui me pose des problèmes ! Peut-être que là l'auto mesure est utile, dans le reste...l'hypertension marquée que je connaissais pas sinon, est-ce que la question est : est-ce que c'est intéressant, est-ce qu'il faut faire faire l'automesure à tout le monde puisque on est des hypertendus

en puissance, il y en a qui ont trop de tension au cabinet, il y en a qui ont trop de tension à la maison. Il faut donner, distribuer les automesures à tout le monde ? C'est ça ! Sur le fond c'est quoi ? C'est de la prévention !

Qu'est-ce qui vous empêche de faire ça ?

H) Ils vont nous demander une consultation de psychiatrie après ! Ils vont commencer à focaliser sur le problème, parce qu'on voit ça aussi ! C'est pour ça que moi, je suis un peu mesuré.

F) Il a raison

Il y a une notion qui est dite que ça augmente l'anxiété du patient. Est-ce que vous êtes d'accord avec cette notion ?

F) Pas tous les patients !

Est-ce que ça augmente l'anxiété du patient ? Est-ce que c'est une des craintes que vous ayez de ne pas faire ça à tous les patients ?

H) Oui

B) Oui certains qui...

G) Sais pas si c'est ça sérieusement mais...

Alors c'est un indicatif qui fait que vous n'utilisez pas régulièrement chez tous vos patients ?

H) C'est un problème de moyens, il faudrait avoir 10 ou 12 d'automesures !

Attends je veux avoir l'avis de ceux qui ne sont pas exprimés là au-dessus. Est-ce que vous avez l'impression que le frein est...

C) Qu'effectivement ça devient obsessionnel après, on a des cahiers entiers après !

Est-ce que vous avez un nombre si important de patients qui sont anxieux ?

E) Il suffit d'être réveillé en pleine nuit pour un 17 de la tension pour ne pas dormir de la semaine !

C'est une contrainte, qu'on vous appelle très souvent la nuit parce que la tension est trop élevée. D ?

D) Non il a bien dit les choses. T'as posé la question tout à l'heure : est-ce qu'il faut la proposer systématiquement à tous nos patients chez qui on craint une hypertension s'ils font une hypertension masquée ou pas. Moi je

dis non ! Je dis non pour la raison, c'est que dans la réalité des choses, les conditions qu'on travaille actuellement, je dis bien ! Peut-être dans à la suite avec l'évolution peut être le cabinet médical avec le système...

H) Avec les infirmières salariées

D) Avec les infirmières salariées

H) La délégation des taches.

D) la délégation des taches ça sera différent mais là actuellement pour nous donner même s'ils ont un appareil et faire une surveillance correcte auprès de tous les patients premier mot ça sera chronophage et deuxième mot pour les problèmes qu'il (H) a évoqués, donc il y a des cardiologues qui systématiquement conseillent même de supprimer les appareil de tension qui sont chez les personnes en disant : c' est pas possible ça c' est des gens que je connais très bien, donc la personne se réveille dans la nuit, petite angoisse elle prend la tension, elle a 17 la tension elle appelle les SAMU pour partir parce qu' elle est hypertendue !

Je répondrai à tout ça après si vous voulez parce que...

D) Donc en titre systématique je trouve que non ce n'est pas possible, c'est tout !

Donc problème réticence anxiété du patient, vous avez évoqué, il y a une autre réticence, problème matériel-logistique. Est-ce que c'est un problème ? Oui ?

B) Beaucoup. Moi j'ai qu'un appareil, quand il est prêté, il est prêté il faut que je le récupère. Je leur demande de me rappeler dans une semaine et généralement c'est dans 3 - 4 semaines. Des fois je sais même plus à qui je l'ai prêté donc...

Donc c'est un problème.

D) Sporadique !

H) C'est un problème parce que c'est un coût, il faut savoir que comme les cardiologues il n'y a pas de cotation, car la MAPA n'a pas de cotation et que effectivement il faut les récupérer, il faut se battre, on n'a pas donné des rendez-vous aux gens pour qu'ils reviennent, je veux dire c'est un problème et c'est aussi effectivement chronophage.

a on va l'aborder. Est-ce que le problème du prêt est un faux...

C) On prête de moins en moins parce que les gens achètent de plus en plus !

H) De plus en plus, c'est vrai !

C) Une fois qu'il y aura toute une population qui vient avec ses mesures, ils achètent à la pharmacie...

Donc problème logistique vous êtes d'accord, indépendamment des patients qui ont leur propre appareil et qui, alors on va revenir un peu sur la méthodologie, quand les patients ont leur appareil et viennent avec les mesures : voilà ce que j'ai chez moi, vous adhérez.

E) Non

Non ?

H) Moi je leur demande comment ils ont fait leurs mesures, dans quelles circonstances. Parce qu'il y en a qui prennent la tension que si ils se sentent "pas bien", quand ils ont un problème, je leur dis : non, la mesure vous la prenez 3 jours de suite premier 1, 2, 3 le suivant 4, 5, 6 etc. Vous la prenez...parce que autrement si on prend un chiffre que quand on a un problème, ça fait pas la vérité, donc ça je leur explique bien.

Est-ce que l'automesure c'est une perte de temps ? Vous avez dit que c'est chronophage, est-ce que c'est une perte de temps pour vous ?

H) L'hypertension c'est vaste parce que la consultation d' hypertension c'est la diététique, c'est les habitudes de vie, c'est l'examen clinique complet, c'est les explications de l'automesure, on va dire l'intérêt etc., je veux dire tout ça se fait pas en une consultation, je veux dire effectivement il y a d'autres problèmes à régler dans la journée, on est limité dans le temps, on peut pas, je pense que c'est là que ça peut être intéressant la délégation des tâches que soit pour la diététique, que soit pour l'automesure etc. parce que je pense que ça..

Vous êtes tous d'accord que c'est chronophage ? G tu t'exprimes pas beaucoup...

G) J'ai pas énormément d'expérience sur là au-dessus.

C) Mais chronophage comment ? Si la personne entrait avec un cahier, un carnet d'auto mesure...

H) La première des choses et qu'elle prenne la mesure dans notre cabinet pour qu'on voit. Il faut vérifier qu'il le positionne correctement, il faut lui demander combien de temps s'il est bien au repos parce que là aussi si il était dans son jardin et qu'il a pioché, on va dire : oui on fait automatiquement.

Et quand ils vous ramènent une série d'automesure comme ça qu'est-ce que vous en faites ?

H) Poubelle ! Non mais pas poubelle, poubelle...

Non mais trois fois matin et soir pendant trois jours, qu'est-ce que vous en faites ?

D) Non mais ça c'est les normes !

H) Ils me montrent la moyenne

S'il ne la calcule pas, vous la calculez ?

H) Je lui explique qu'il faut qu'il calcule la moyenne et qu'il vienne la prochaine fois avec la moyenne calculée !

Sinon vous la calculez pas ?

B) Ah non moi je calcule.

D) Moi je regarde...

H) Sinon ils sont demandeurs !

D) La grandeur, c'est la grandeur qui conte. Pour en revenir, les gens qui viennent en consulte comme de façon...je veux dire n'importe quand dans la journée, ça n'a aucune valeur ! Moi je me suis...j'en fais partie, il y a 15 jours je me suis dit tiens ...Un jour j'étais à la FAC, j'avais pas beaucoup de tension, je la prends toujours théoriquement à 18h00 au repos, je reviens dans ma voiture je reprends la tension 18 la tension tout de suite, j'ai attendu un quart d'heure et elle est redescendue à 13. Pour montrer que..., même pas un quart d'heure qu'est-ce que je dis ? Qu'il faut respecter les conditions de la prise de la tension. S'ils prennent une tension dans la journée et qu'ils trouvent 16-17 alors qu'ils viennent de jardiner ou de s'engueuler avec leur femme donc ça va être plus le bonheur, la condition est 3 jours 3 prises, c'est la moyenne à chaque fois et c'est tout.

Et la moyenne pour voir s'il y a un consensus chez les diabétiques et les non diabétiques est-ce que vous connaissez les normes ?

H) Il y a une différence quand même ! 13/7 pour les diabétiques.

13/7 chez les diabétiques...en automesure je parle...

F) Chez les diabétiques c'est un peu moins que...

A) Moi je sais qu'à l'hôpital les praticiens sont bien plus exigeants au niveau tensionnel chez les diabétiques, moi je suis...parce que autant de supporter une tension à 13-14, une tension tout à fait...moi je trouve que quand on les fait hospitaliser ils font baisser la tension moi ça me...je trouve ça...

Excuse-moi, c'est un autre sujet. Est-ce que vous connaissez, est-ce que vous avez une idée précise des normes à la rigueur qui sont discutables en automesure chez les diabétiques et les non diabétiques. On fait un rapide tour de table, diabétiques et non diabétiques.

B) Sais pas, c'est 12/7 - 13/7 pour les diabétique et 14/7- 14/8 chez les non diabétiques ?

C) La même chose

D) Moi je considère c'est 14,5-14/8 chez le non diabétique et 13/7 chez le diabétiques.

E) Je sais pas.

F) Moi suis un peu comme lui (D), il avait dit 13/8 ? Oui chez le diabétique et 14/8...

G) 14/8

H) Moi je fais pas trop la différence entre les deux mesures, donc...j'ai appliqué les chiffres...

F) Ah ! C'est vrai

Est-ce que...alors on aborde le dernier chapitre je vous assure, est-ce que vous vous sentez suffisamment formés ou informés concernant l'automesure ?

E) La preuve est que non !

Donc vous estimez qu'il y a un besoin d'information dans ce domaine. Est-ce que vous pensez que si vous aviez l'information adéquate peut-être j'arriverais que vous décidiez l'utilisation chez tous les patients ?

D) Je réponds tout de suite. C'est vrai que à part les appareils qui ne sont pas étalonnés comme ils devaient être, à part les prises qui sont des fois un peu aléatoires au niveau de respect des conditions c'est la grandeur qui compte. Moi si j'ai une tension chez un non diabétique à 145/80-90 je considère que c'est normale surtout s'il est traité il n'y a pas de problème ou c'est bien régulier il n'y a pas de problème. De temps en temps on voit un pic, ben c'est tout on laisse passer le pic et puis c'est terminé. C'est pour ça je suis un peu contre ces évaluations, ces études sont faites chez les diabétiques....sans avoir les vraies tensions les conditions...

Tu donnes ça et je réponds après.

D) Je sais tu m'as déjà répondu mais je te dis ma façon de voir les choses. Si on était dans des conditions de mesures j'allais dire écoeuses,

c'est à dire après l'autre côté dans le calme, là ce moment-là je serais plus rigoureux sur les chiffres or je tâche à rapprocher plus possible les chiffres sans avoir une rigueur absolu.

D'accord. Alors vous vous sentez insuffisamment informés vis à vis l'automesure c'est un consensus, est-ce que vous seriez demandeurs d'information, question générale.

H) Appart l'information cardiologique dont la quelle on est demandeur, sans parler de l'antibiothérapie, la gynéco, les machins...

Non c'est une bonne réponse, vous êtes saturés !

H) Effectivement on peut toujours grandir ses connaissances, malheureusement on est là pour faire le tri, on est les médecins du tri et effectivement le problème de savoir si le type est vraiment hypertendu, non hypertendu, si le traitement est adapté etc. parce que si on avait le temps de faire des vraies consultations, on laisse le malade nous-mêmes un quart d'heure, on lui prend aux deux bras, on lui prend en position assise, en position debout etc. quand on est à huit août et la salle d'attente est un peu claire ça va.

C'est un point qui est important aussi ce que tu disais parce que vous qui êtes dans un secteur dur c'est un problème. Il y a une perte de temps, vous avez l'impression que c'est un plus mais qui ça vous apporte pas grande chose.

E) Finalement on a toute une utilisation, de se dire qu'on a un outil dont on essaie de se servir, de se patouiller pour les trucs qui nous posent un problème.

Mais uniquement s'il y a un problème.

C) Oui

H) Oui quand il y a un problème.

D) Sur l'état, voilà on a un truc, comment on peut s'en servir pour que ça nous rende service, on a vaguement tous lu que en faisant trois mesures, trois fois, et nous, on reproduit ça chez nos malades et voilà, c'est tout ce qu'on sait.

E) T'as raison

D) Je pense qu'on est tous un peu près pareils, c'est la formation sur le table. Si on avait plus d'information et plus des donnés en disant voilà il y a quelques études qui montrent ce tas de choses. Voilà ça ferait pas mal !

Donc le besoin de formation, vous dites on est un peu saturés des formations.

H) Non c'est pas qu'on est saturés de formation mais y a des priorités, quand on a des stagiaires la première chose qu'on les apprend c'est de prendre la tension, ce qui est quand même inquiétant parce qu'ils étaient dans les hôpitaux, pourquoi ? Parce que dans les hôpitaux c'est l'appareil automatique par les aides-soignantes, voilà. Donc on en est là ! Nous on revient au problème de délégation des tâches, je crois que le problème de l'automesure etc., nous la seule chose qu'on aurait à faire nous en étant que médecins est de prendre des chiffres que notre auxiliaire médicale nous a donnés, donner les commentaires et ajuster les choses auprès du patient. Mais malheureusement on est obligés de faire toutes ces autres tâches ménagères, c'est à dire, le pouls, la tension du pouls, machin allongé, vérifier que le patient a pris lui-même sa tension correctement, lui expliquer comment mettre le brassard. Ben donc moralité : on perd du temps dans des mesures sans être nécessaire mais si on avait les moyens, si la consultation était à 70 euros on pourrait salarier une infirmière et en ce moment-là on ferait de la meilleure médecine et on pourrait se former juste sur la lecture.

Est-ce que vous êtes tous d'accord à cette, ce point de vue, effectivement pour que la mayonnaise prenne il faut une délégation des tâches pour que ça soit quelqu'un d'autre...

H) Dans ce domaine-là oui.

Quelqu'un qui éduque, quelqu'un de l'extérieur du cabinet pour que le patient vienne avec des relevés nickels propres. Est-ce que c'est un moyen pour vous qui serait acceptable ?

H) Oui

E) Quelqu'un de l'extérieur du cabinet c'est à dire que on perd une partie de...

Ou du personnel ou le pharmacien, n'importe ! Mais quelqu'un de fiable.

H) Pas le pharmacien ! Jusqu'à présent j'ai accepté tout ce que t'as dit mais la non pas le pharmacien. On va vraiment se fâcher ! (rires)

Admettons que vous avez une auxiliaire que vous avez les moyens de payer une infirmière au cabinet, est-ce que ça vous semblerait la solution idéale ?

B) Au niveau de la prise tensionnelle au cabinet...

Je parle de l'automesure

B) De l'automesure...

H) De l'éducation !

E) Tout ce qui est éducation thérapeutique ça on fait partie.

Oui mais là on parle...

H) De l'automesure oui !

E) L'éducation thérapeutique,...

D) Ce qu'on disait !

E) De prendre ce qu'on faisait chez les diabétiques depuis '70 et on se pose là.

Vous pensez que pour que les médecins généralistes français dont vous faites partie et dont je fais partie vraiment disent : l'automesure je la fais à la majorité de mes patients, il faudrait qu'on ait quelqu'un pour nous aider pour la faire.

D) Obligatoirement. On pourra pas le faire à tout le monde, ce que j'ai dit tout à l'heure. On le fait que quand ça pose un problème.

E) Même avec quelqu'un on fera pas tout !

Pourquoi ?

E) Parce qu'on va avoir ces quatre patientes qui vont être anxieuses, on va avoir ces quatre patients qui vont remplir n'importe comment et ils vont nous emmener des 12/70 parce qu'ils savent que 12/7 c'est normal, alors que c'est pas du tout ça

Vous n'avez pas confiance à ce qu'ils vous apportent les patients ?

D) Ah celui qui veut pas être traité obligatoirement.

H) Il faut être objectif ! C'est pas qu'on a pas confiance.

E) Il y a des études qui sont faites dans d'autres domaines, diabète par exemple, discordance !

B) Il y a pas de raison qu'il y ait une meilleure observance par rapport à l'automesure que par rapport à la prise médicamenteuse, l'automesure sera....

D) Qu'ils ont 1,20 la glycémie et je trouve...

En gros vous êtes d'accord, ça peut rendre du service mais...

H) Non ! Entre une théorie, je veux dire la théorie comme elle est pensée j'adhère, entre la réalité comme on la vit tous les jours il y a un fossé ! Effectivement l'idéal est d'être un médecin dans son cabinet, de temps en temps palper un ventre, de temps en temps examiner un problème cutané mais je veux dire être servi par un certain nombre de, soit du matériel soit du personnel qui nous mâchent la tâche et en ce moment-là on se concentra plus que à la médecine. En ce moment-là on pourra faire l'automesure à tous les patients de plus de 20 ans, on pourra faire des tas de choses mais on est déconnectés de la réalité ! On n'a plus de fric dans les caisses et on n'a plus de personne, je veux dire on n'a plus de personnel, on n'a plus de mains humaines, parce que les infirmières on va les utiliser pour faire les choses comme ça, les aides-soignantes on va les utiliser pour faire le travail des infirmières, les femmes du service pour faire les toilette...

B) La même façon qu'on voit qu'on traite la dépression qui ne justifie pas de traiter, on doit traiter un certain nombre de patients par des antihypertenseurs, des patients qui ne justifieraient peut être pas d'être traités. Donc si l'automesure nous permet d'éviter de traiter des gens qui n'ont pas besoin et de mieux traiter des patients qu'ils sont mal traités parce qu'on se rend pas compte de leur hypertension je pense que c'est une bonne chose, ça va dans le bon sens. On ne peut pas dire que l'automesure n'a pas, qu'elle est sans intérêt. Donc si il y a des études dans ce sens-là, qui tentent de prouver que...

E) C'est la première question

F) La première question est est-ce qu'on en est comme les médicaments la preuve : tel médicament, tel molécule, telle dose pendant tant de temps on a tels résultats, est-ce qu'on a des études montrant cent mille hypertendus soignés, surveiller par la tension au cabinet versus cent mille hypertendus en automesure, est-ce que à la fin il y a moins de morts à côté de l'autre quoi ?

Alors oui il y a !

F) Ah voilà !

C'est l'étude CHEF, morbi-mortalité qui compare l'automesure tensionnelle à la mesure casuelle, ce n'est pas cent mille patients...

F) C'est 18 patients !

Non non ! C'est quatre mille patients et c'est formellement démontré que l'automesure est beaucoup mieux corrélée à la mortalité et à la morbi-mortalité.

F) Là voilà

Que la mesure casuelle. C'était formellement démontré.

F) Voilà !

Autre étude qui a formellement démontré que l'automesure améliorerait l'observance des patients. C'est largement démontré. Il est largement démontré aussi que l'automesure n'augmente pas l'anxiété des patients. C'est amusant parce que c'est une notion franco-française

E) Dis pas que c'est les français !(rires)

Je dis pas que d'être français est lié mais l'éducation patient, il faut demander au patient de réaliser ses automesures sur un protocole déterminé et en dehors de ce protocole tout le monde a 18 tous les jours. Si moi j'ai un peu de retard à la salle d'attente ben je vais être à 20, c'est pas étonnant alors si vous prenez votre tension à ce moment-là c'est pas la peine de m'appeler, c'est normale. Par contre je me baserai sur trois mesures le matin trois mesures le soir pendant trois jours ou deux mesures le matin deux mesures le soir pendant sept jours, protocole ESH et en dehors de ça peut de ne rien dire. Et quand on dit ça au patient je vous assure qu'il y a aucun patient qui m'appelle parce qu'il a la tension élevée ! Aucun !

H) Parce qu'il est mort !

(rires)

Je vais pas me porter en modèle, ne croyez surtout pas ça mais suis un convaincu de l'automesure c'est tout et je la fais à tous mes patients. On peut le faire à tous nos patients.

F) Pas tous nos patients parce qu'il faut qu'ils achètent...

Non j'ai huit appareils !

F) Ah huit Appareils !

Et j'ai la moitié voire trois quart des patients qui en ont un qui est validé afssaps et je leur donne les appareils ils viennent avec ses imprimés tous les trois mois, je regarde la moyenne et voilà !

B) Et vous prenez pas la tension au cabinet ?

Si si parce que les gens...

H) ...sont demandeurs !

Mais je m'en fous de ce qu'elle dit la tension au cabinet ! Je m'en fous ! Elle représente rien ! La tension au cabinet a deux intérêt : un de faire le dépistage parce que jusqu'à la preuve du contraire on ne peut pas faire du

dépistage avec l'automesure, il y a une étude que je vais publier qui va démontrer qu'on peut le faire mais c'est pas validé en tous cas donc je fais du dépistage chez les patients qui ont une entorse je prends la tension si je trouve 18 je dis tiens il y a peut-être quelque chose et puis le deuxième intérêt de la mesure casuelle c'est rechercher une hypotension orthostatique. Mise appart ça, ça sert à rien ! Et pour répondre au D qui disait : moi je fais ça et si c'est un peu-près ça me va, rien ne vaut 18 mesure face à une mesure au cabinet ! Quand on fait la moyenne de 18 mesures c'est quand même plus fiable, c'est ça la fiabilité de la tension artérielle.

D) Mais moi avec l'appareil que j'ai c'est pas une seule mesure, c'est six mesures !

Même ! T'en a 18 ! T'en as trois fois plus !

D) C'est 6 mesures ! Trois d'un côté et trois l'autre ! C'est la moyenne !

Tu fais pas ça à tous les patients et tous les trois mois !

D) C'est mon appareil microlife !

F) Microlax !

(rires)

F) Tu vois la tension monter à certains, les anxieux, ils de 13 ils montent à 16, tu l'as le même appareil, il démarre à 13 il monte à 16 et t'en a il part de 16 et il descend à 13.

On va clôturer, est-ce qu'il y a des questions concernant l'automesure ? Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

F) Non mais que les appareils soient validés c'est quand même une garantie.

Absolument

F) J'ai retenu que l'automesure est supérieure à la mesure au cabinet, deux choses...

Et une notion importante à donner c'est l'hypertension masquée.

F) Masquée

Et quand vous pensez que les patients sont contrôlés au cabinet, faites quand même des automesures et dans 15-18% des cas vous aurez des surprises, c'est à dire qu'il n'est pas si équilibré que ça et qu'il peut avoir, vous savez à quoi c'est due l'hypertension masquée ? C'est tout simple les patients vous les voyez souvent le matin à 9h00, 10h00, ils ont pris leur

médicament à 8h00. Ils sont au pic d'efficacité du traitement, deux heures après sont tous contrôlés mais ces patients à 8h00 quand ils se réveillent ils ont 17 juste avant de prendre le médicament et en fin journée le médicament faisant moins effet, il y a un certain nombre de médicaments qui ont demi-vie trop courte comme le LOSARTAN par exemple. Si vous donnez un LOSARTAN le matin à deux heures de l'après-midi le patient est au niveau du matin. Donc le patient qui des chiffres élevés le matin et en fin journée ça remonte, il a une hypertension masquée mais vous le voyez pas ! Vous le voyez deux heures après la prise au cabinet il est nickel !

F) Ce qu'il arrive aussi. On a un patient, il dit rien, on contrôle, il a 13/7,5 on dit c'est pas mal et quand on fait l'ordonnance il dit : mettez moins de boîtes parce que ça fait 8 jours que je prends !

Merci

VU

NANCY, le 05 mai 2011
Le Président de Thèse

Professeur A. BENETOS

NANCY, le 05 mai 2011
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation,

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/3617

NANCY, le 16 mai 2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

En 2004, l'appropriation de l'automesure par les médecins généralistes Français était faible : un tiers refusait d'utiliser cette méthode, un tiers l'utilisait rarement et un tiers régulièrement. En 2009 l'utilisation de l'automesure par les médecins généralistes est plus fréquente, mais seuls 1% d'entre eux respectent strictement l'ensemble des conditions selon les recommandations. Nous souhaitons identifier les réticences et freins, exprimés par les médecins généralistes, expliquant ce manque d'appropriation de l'AMT par les médecins français. Nous avons réalisé des entretiens en focus groupes auprès d'un échantillonnage représentatif des médecins généralistes puis avons analysé l'ensemble de ces entretiens avec l'aide d'une sociologue, selon la méthode de recherche qualitative. Ainsi notre étude montre que la réticence, par les médecins généralistes à utiliser l'AMT auprès de la majorité de leurs patients hypertendus est multifactorielle. Les freins principaux identifiés sont principalement une forme de transfert de compétence au patient et/ou à l'outil (appareil de mesure automatisé) et des difficultés organisationnelles. L'application médiocre des protocoles de mesure semble liée à une insuffisance d'information et de formation et à la pauvreté de la pratique interprofessionnelle. Cette étude confirme que la relation médecin-malade est essentielle, déterminant le succès de la prise en charge du patient.

MEGAMET STUDY: a qualitative research about the use of home/ self - blood pressure monitoring by general practitioners in France (2010-2011)

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2011

MOTS CLEFS : automesure tensionnelle, médecins généralistes, étude qualitative

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
