

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2017

2017 TOU3 1108

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Clément DUMAS

le 28 SEPTEMBRE 2017

INERTIE THÉRAPEUTIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE
DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE : ÉTUDE DES
FACTEURS CLINIQUES INFLUENÇANT LA PRISE DE
DÉCISION DES MÉDECINS EN SOINS PREMIERS

Directeur de thèse : Dr BIREBENT Jordan

JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Assesseur

Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT

Assesseur

Monsieur le Docteur Jean-Luc RASTRELLI

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur Jacques LAGARRIGUE
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHE Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. MONTOYA Richard	Physiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. VERGEZ François	Hématologie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie		
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
		M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Remerciements:

A notre maître, président du jury

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, Professeur des universités, Maître de Stage Universitaire, Médecin généraliste à Tarbes

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et je vous en suis extrêmement reconnaissant.

Assister à vos cours durant mon internat aura été un véritable plaisir.

Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité.

A notre jury

Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT, Maître de Conférences associés en Médecine Générale, Maître de Stage Universitaire, Médecin Généraliste à Pamiers

Merci d'avoir été un tel directeur de thèse,

Merci de m'avoir guidé au tout début m'évitant de me perdre dans un sujet trop vaste,

Merci pour votre gentillesse et votre réactivité durant cette année de travail, pour vos conseils dans tous les domaines où je montrais mes limites,

Si j'ai un regret, c'est de ne pas avoir assez parlé de rugby avec vous.

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH, Maître de Conférence Universitaire en Médecine Générale, Maître de Stage Universitaire, Médecin Généraliste à Labarthe-sur-Lèze

Vous me faites l'honneur d'assister à ma thèse et je vous en remercie sincèrement
Merci pour votre réactivité quand je vous ai sollicité

Monsieur le Docteur Jean-Luc RASTRELLI, Maître de Stage Universitaire, Médecin Généraliste à Saint-Girons

Merci d'avoir accepté de faire parti de mon jury et d'être là aujourd'hui

Merci de m'avoir conforté dans cette envie de faire de la médecine générale pendant ces 6 mois à Saint-Girons, et de me montrer que s'installer avec sa femme est largement possible (merci à Cathou au passage aussi)

Merci d'avoir mis de la bonne humeur pendant certaines visites cocasses ou pendant le remplissage de dossier MDPH pour une hypertrichose palmaire

A mes rencontres professionnelles:

- Tout le service médical et paramédical du service de court et moyen séjour gériatrique du CH d'Auch, en particuliers les **Dr RASPAUD, CAMALLIERES, DE PERETTI** et **SOUBRE-PERE** qui ont su donner un très beau coup d'envoi à mon internat
- à l'équipe médicale et paramédicale des Urgences du CHU Purpan
- aux **Dr SEMET, LOMBARD** et **SEIDL** et à tout le service de pédiatrie du CH de Rodez pour l'hiver fort sympathique que nous avons passé ensemble
- aux **Dr RASTRELLI** et **GENIN** pour m'avoir ouvert leurs cabinets (et leurs maisons) ariégeois
- Aux équipes paramédicales des services de Gastro et de Diabète du CH d'Auch et aux **Dr FONTENELLE, L'HOTELLIER-PINAULT, PULCRANO** et **SIGONNET**
- à mes maitres de stages Saint-Gaudinois et Boulonnais les **Dr FAYE-PICHON, SOUYRI, LECHUGA** et **CHAINET-VILA** pour ce semestre en autonomie qui m'a tant appris

A ma famille:

- A **mes parents**, mes premiers soutiens, vous voyez comme je vous l'avais dit, j'ai pas fait d'études longues! Merci à vous d'avoir permis que tout cela se réalise, et surtout merci d'être des parents formidables. Me tarde nos futurs débats sur l'homéopathie Maman et promis je ferai les démarches pour la mise sous tutelle de Papa dans quelques années.
- A **ma petite soeur Lea**, merci de ton soutien sans faille. Je suis fier du chemin que tu as parcouru, tu en es qu'au début le plus beau est devant toi. Si on est amené à travailler ensemble j'espère juste que ce sera hors du contexte familial.
- A ma marraine **Sylvie** et mon parrain **Mathieu**, merci d'avoir toujours été présents surtout aujourd'hui
- A tout le reste de ma famille, **oncles, tantes, cousin(e)s**; ceux qui sont là aujourd'hui ainsi que ceux qui n'ont pas pu se déplacer, je suis fier et heureux de faire parti de la même famille que vous tous où l'on passe que de bons moments quand on se réunit, **grands-parents** partis trop tôt pour assister à ce moment et à mon unique **Bruna** pour la force que tu as.

A mes amis limougeauds:

- A mon **Souchaud**, notre éloignement n'a rien altéré hormis l'apparition de ton côté vegan, car ils sont loin les moments où tu trainais dans les rayons de lidl pour chercher des lardons marque un. Que de bons moments passés bordel..merci pour tout et pour ces 4 années de colo/coloc à othon. Les sénégalais avait donc raison sur le lien de parenté de nos prénoms, et sur la qualité de leurs poches plastiques aussi. Tu feras un père exceptionnel j'en suis sûr.
 - a mon **Bachou**, dire qu'au tout début tu venais perdre au rugby à Limoges avec ton petit club maritime (ce que tu ignores encore aujourd'hui) puis après on ne s'est plus quitté. Ton intolérance chronique me manque, surtout si on doit faire la sécu d'une soirée hippie. J'espère juste qu'on se rapprochera après l'internat pour te fesser au tennis comme à l'époque.
 - à **Quentin**, enfin non Gaspard, enfin non je sais même plus et surtout je sais même pas si toi tu sais ton vrai prénom. J'aimerais entendre plus souvent ton rire insupportable tu sais.
 - à **Ugo**, oui un roux beau gosse ça existe mesdames. On en a parcouru du chemin depuis cette journée de résultats dans ton appart sans lumière..me tarde de passer des journées entières devant BFM comme tu aimes
 - à **Jeannot**, Mister Gala, Mister Livre d'Or, Mister Fraiseuse et j'en passe.. je suis très admiratif de ce que tu as fait et de ce que tu continues à faire, ça donne à ton parcours un côté « super original » mais toujours avec la classe qui t'incarne chaque jour
 - à **Vivi**, je te donne 3 mois pour prendre l'accent du sud-est et à essayer de me vendre ta marchandise comme un voleur. on n'était pas un peu serré dans cette 206 non ?
 - à **Marc**, et ses 23 personnalités différentes, mais aucune n'est pathologique. ravi qu'on habite pas loin, tu pourras m'inviter pour des brunchs vegan comme ça et on parlera terreau équitable.
 - à **Kyle**, te voir une fois par an ne me suffit pas, je ne t'appellerai jamais maitre par contre. De toute façon à ce rythme tu vas venir jouer dans le sud-ouest, l'immobilier est porteur tu verras.
- Shalom

- à toutes celles qui supportent les sus-cités.. à **Hélène**, merci d'avoir cédé aux charmes du Souchaud car passer à coté de toi aurait été plus que dommage, plein de bonnes choses pour les semaines à venir; et sérieux comment tu fais pour dormir avec un mec de 1m90 et ses 8 coussins sous les testicules? à **Jeanne**, merveilleuse Jeanne, heureusement que tu régules les humeurs de rominou_17 sinon ce serait compliqué. Très content que cette soirée mousse ait fini dans une tente deux secondes et que maintes années plus tard tu fasses encore péter des plombs à kiki avec ton sens de l'orientation. A **Pauline, Lou, Mathou, Perrine** en espérant vous connaître de plus en plus.

A mes rencontres toulousaines:

- A **Arthur**, bel internat que nous avons passé la entre Auch, Rangueil, Mercadier et Auch again. Sous fond de reggae et d'hymne de la Beaujoire on a bien ri, on aurait peut être encore plus ri si Serge de la concession n'avait pas sauvé les canaris. Merci à **Anna** d'avoir supporté tout ca, plein de bonnes choses pour vous.
- A **Gauthier**, l'homme qui reconstruit du cotyle, l'homme qui chante le mieux Céline Dion sous la douche surtout, viril l'orthopédiste! mais quel sens du partage, toujours prêt à donner sa montre aux pakis barcelonais!
- A **Guillaume**, dont personne ne connaît vraiment le nom de famille. Fais moi une promesse, la prochaine fois que tu te coupes les cheveux tout seul, je veux être la! Merci d'avoir déteint sur ta femme **Margot** qui a bien fait de lâcher prise, à très vite près des Pyrénées pour entre autre une revanche du double!
- A **Thomas**, merci de garder mon appart et merci de m'avoir enfin expliqué pourquoi Aurillac est la ville la plus froide de France. Promis un jour Clermont dominera le rugby français, mais tu seras en institut d'ici la.
- A **Victor**, merci d'être le premier chauve à être venu me parler à Toulouse. Il paraît que Lyon va faire la coupe intertoto la saison prochaine, tu dois être content
- A **Kevin**, j'espère que la médecine te permettra de soigner ton lupus un jour. j'espère surtout que tu y trouveras ton bonheur dans cette médecine

- A **Etienne**, même le mec qui nous ferait une écho des ischios verrait qu'on se ressemble!
continue à parler aussi inintelligiblement ça filtre tes interlocuteurs
 - A **Alexis**, promis c'est pas moi qui ai volé ton « autocollant ASM », et dit bonjour aussi
 - A **Deloune**, merci de me faire autant rire, surtout avec ton amour pour les ronds de serviettes
 - A **Mumu**, dont la lithémie toujours limite est toujours aussi appréciable
 - A **Coomy**, merci pour tous ces bons moments et pour ton fucking accent
-
- A tout l'internat de Auch version 1, quel début d'internat et quel semestre! Merci à **Paul, Guillaume, Mathias, Macha, Anne, Hugo, Isabelle** etc..
 - A l'internat de Rodez, en commençant par l'équipe pédiatrie (plus jamais de PEA) avec **Chloé et Paul-Henri** et tous les autres **Jean-Lin, Marine, Pauline** etc..
 - a mes colocs Saint-Gironais **Nicolas et Yoana**, c'était sympa d'écouter les fuites d'idées de yoana hein nico?
 - A l'internat d'Auch version 2, bel perf tout le monde, heureusement qu'on comprenait rien à ce que disait le président, merci à **Adrien, Martin, Jojo, Tata, Alice, Pauline, Anna, Marion** le fauteuil roulant et j'en passe
-
- A **Elso et Thèa**, ou quand un ours rencontre un gitan. J'aime ce que ça donne, j'aime les moments qu'on a vécu: du Ramon Bilbao au vivier Brestois, en passant par le Pic du Midi et Oloron. Revenez du Canada s'il vous plait, qu'on continue à se marrer
 - A **Violaine**, tu es devenue très importante pour philou ca m'a permis de te connaître et j'en suis ravi. Merci de me la subtiliser de temps en temps et de l'entraîner dans de l'épilation douteuse
 - A **Camille et Vincent**, en espérant vous savoir pas loin de la grotte d'ici peu pour goûter quelques Jurançons
 - Merci à l'ancienne colocation composé de **Seb, Camille, Marie-Julie et Hélène**, merci de m'avoir accueilli le temps d'un hiver

- Et le meilleur pour la fin, Merci à toi **Philippine Lucas**, merci d'avoir pris la décision de quitter ton ch'nord et ta bière au petit dej pour le soleil du sud. Merci de ton soutien permanent, de ta gentillesse incarnée, de ta bonne humeur et de ta vision des choses. Merci de répondre à mes avis dermato de façon rapide (continue de le faire ça veut dire). On a de beaux projets, le futur s'annonce sympathique. Merci a tes parents **Francois** et **Veronique**, ton frère **Pierre** Federer, tes grands parents **Francis**, **Madeleine**, **Nadine**, **Michel**, à ton oncle **Vincent**, de m'avoir accueilli de la sorte dans ta famille.

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE TOULOUSE-PURPAN

Serment d'Hippocrate

*Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes condisciples,
je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale,
de l'honneur et de la probité.*

*Je pratiquerai scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades,
mes confrères et la société.*

**INERTIE THÉRAPEUTIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE
DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE : ÉTUDE DES
FACTEURS CLINIQUES INFLUENÇANT LA PRISE DE
DÉCISION DES MÉDECINS EN SOINS PREMIERS**

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION: -----	5
MÉTHODE: -----	8
RÉSULTATS: -----	11
DISCUSSION:-----	15
CONCLUSION : -----	20
RÉFÉRENCES:-----	21
ANNEXES:-----	25

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLEAU 1 : Données socio-démographiques de la population observée.....	11
TABLEAU 2 : Taux d'IT en fonction des différentes situations du scénario clinique.....	12
TABLEAU 3 : Comparaison de pourcentages et significativité	13
TABLEAU 4: Caractéristiques des médecins dans l'évaluation du critère secondaire.....	14

LISTE DES ABREVIATIONS

HTA: Hypertension Artérielle

TA: Tension Artérielle

AVC: Accident Vasculaire Cérébral

HAS: Haute Autorité de Santé

SFHTA: Société Française d'Hypertension Artérielle

CFLHTA: Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle

SFNV: Société Française de Neuro-Vasculaire

DGS: Direction Générale de la Santé

IT: Inertie Thérapeutique

FDRCV: Facteur De Risque Cardio-Vasculaire

MSU: Maitre de Stage Universitaire

IMC: Indice de Masse Corporelle

OR: Odd Ratio

IC: Intervalle de Confiance

IEC: Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

ARA2: Antagoniste des Récepteurs à l'Angiotensine 2

INTRODUCTION:

L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque cardio-vasculaire de premier ordre, avec une prévalence estimée à 31% (1) et un nombre d'hypertendus compris entre 15 et 16 millions en France (2).

Ce facteur de risque modifiable est directement lié à l'augmentation de la morbi-mortalité cardio-vasculaire, et une diminution de la tension artérielle (TA) devrait infléchir l'incidence des événements cardio-vasculaires majeurs (3). Les événements pouvant découler d'un mauvais contrôle de la TA sont les risques d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), de cardiopathie ischémique, d'artériopathie des membres inférieurs, d'insuffisance cardiaque et d'insuffisance rénale chronique, et ceci par une relation linéaire avec l'augmentation de la TA dès 110-115 mmHg pour la systolique et 70-75 mmHg pour la diastolique (4).

En 2006, 92% des actes concernant la prise en charge de l'HTA étaient réalisés en médecine générale, et cette même prise en charge représentait 14% des consultations en soins premiers (5). Le médecin généraliste est donc au centre de la coordination et de la prise en charge de ce facteur de risque majeur.

Les sociétés savantes françaises ont élaboré des recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge de l'HTA. Depuis 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) et la Société Française d'HTA (SFHTA) travaillaient séparément sur ce sujet en ayant produit deux recommandations distinctes (3) (6). En 2013, la HAS a publié un rapport destiné à évaluer le

choix thérapeutique le plus efficient lorsque l'instauration d'un traitement médicamenteux était nécessaire (7). En 2016, une recommandation élaborée conjointement par la HAS et la SFHTA a vu le jour (8). Cette même année, la revue Prescrire publiait ses propres recommandations concernant les seuils d'instauration et les molécules à introduire dans la prise en charge de l'HTA (9).

Malgré ces recommandations, le contrôle de la TA chez les hypertendus traités restait insuffisant (10). L'étude FLASH réalisée en 2012 montrait que 50% des personnes traitées pour une HTA avaient des chiffres tensionnels corrects, ce résultat était mieux que celui obtenu en 2009 par la même enquête (49%) mais restait insuffisant surtout si on le comparait aux taux de contrôle des autres pays (11). Dans le cadre du plan national « Accident Vasculaire Cérébral », le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle (CFLHTA), la SFHTA et la Société Française Neuro-Vasculaire (SFNV), avec le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS), avaient décidé d'axer leur priorité sur un meilleur contrôle tensionnel en rédigeant un guide destiné aux praticiens qui avait pour but d'atteindre, en 2015, 70% des hypertendus contrôlés (2). En 2014, les données issues du registre PASSAGE qui incluaient le suivi d'environ 20 000 patients hypertendus montrait un objectif tensionnel atteint dans 54,4 % des cas (12). De façon comparable, les résultats de l'étude FLASH 2015 affichait un contrôle tensionnel chez 55% des hypertendus traités (13).

Une des explications à ce manque de contrôle se nomme l'inertie thérapeutique (14). Le principe d'inertie thérapeutique (IT) réside dans le fait de ne pas initier ou modifier un traitement alors que l'objectif thérapeutique n'est pas atteint (15). Ce concept d'IT est récent, il a été décrit pour la première fois en 2001 (16). Sa définition ne fait pas l'objet d'un consensus à l'heure actuelle

(17). Il est difficile de différencier l'IT qui sera délétère pour le patient de l'IT justifiée individuellement, qui prendra en compte l'environnement de ce dernier (18).

La carence dans le contrôle des hypertendus traités et son lien avec l'IT, rajouté au fait que l'IT peut s'appliquer à d'autres facteurs de risque cardio-vasculaires (FDRCV) tel la dyslipidémie ou le diabète, nous fait comprendre qu'une telle attitude de la part des praticiens pourrait avoir des répercussions sur la santé du patient ainsi que sur la collectivité en termes de coût pour la sécurité sociale (19).

Selon une étude américaine, qui a modélisé les causes d'IT, le praticien serait responsable de 50% de cette inertie; le patient et le système de soins se partageraient l'autre moitié des responsabilités (respectivement 30 et 20%) (20). D'autres auteurs ont placé la relation médecin-patient au centre de l'IT; cette relation complexe placerait le médecin et son patient comme de véritables acteurs d'une alliance thérapeutique, capables de s'influencer réciproquement et de moduler l'IT (21). Une étude qualitative en 2011, a tenté d'explorer les perceptions des patients et des médecins généralistes sur l'HTA afin d'essayer de comprendre les obstacles à une prise en charge efficace. Cette étude montrait que les patients tenaient pour responsable le médecin généraliste au sujet de leur inobservance thérapeutique par carence de leurs fonctions de conseil, de surveillance et de définition des objectifs. Les médecins considéraient les représentations des patients sur l'HTA comme un obstacle à la bonne prise en charge de ce facteur de risque (22).

Les déterminants de l'IT restent actuellement mal connus; mais en comprenant les mécanismes de l'IT et en luttant contre celle-ci, des études estiment qu'il serait possible d'améliorer le contrôle de la TA. Une étude de 2010 a montré que si l'IT diminuait de moitié le contrôle de la TA s'améliorerait de 20% (23). Ce dernier point montre que la compréhension de l'IT est un axe

primordial pour l'amélioration de la prise en charge des FDRCV et la diminution des événements cardio-vasculaires majeurs.

L'objectif principal de notre étude était de rechercher les facteurs cliniques des patients influençant les choix thérapeutiques et l'IT des médecins généralistes dans le traitement de l'HTA. L'objectif secondaire était de déterminer si des facteurs propres aux médecins étaient pourvoyeur d'IT.

MÉTHODE:

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive à partir de scénarii cliniques auprès de médecins spécialistes en soins premiers de la région Midi-Pyrénées sur la période de février à mars 2017.

Nous avons réalisé un tirage au sort des médecins généralistes à partir des listes de l'assurance maladie. Dans le but d'avoir une cohérence avec la démographie médicale actuelle en Midi-Pyrénées, le nombre de médecins appelés par département était pondéré en fonction de la démographie médicale du département en question.

Le critère d'inclusion de l'étude était d'être médecin généraliste exerçant en Midi-Pyrénées.

Les questionnaires exclus de l'étude ont été ceux des médecins ayant rendu des données inexploitable ou hors-délai.

Nous avons contacté par téléphone l'ensemble des médecins généralistes sélectionnés afin d'obtenir un consentement à l'étude puis si leur accord nous était donné, un mail leur était envoyé

avec le rappel de l'explication de l'étude ainsi que le lien vers le questionnaire grâce au logiciel Google Drive. Si le médecin était opposé à la réponse informatisée au questionnaire une alternative écrite lui était proposée par l'envoi d'un courrier. Un rappel pour les médecins n'ayant pas répondu au questionnaire bien qu'ayant donné leur accord a été effectué trois semaines après la fin de la période d'envoi, puis une ultime relance a été réalisée 15 jours après le premier rappel.

Nous avons estimé notre taux de réponse à 50% et calculé ainsi que le nombre de sujets nécessaires à l'obtention de résultats significatifs était de 80 médecins.

Ce questionnaire, avant l'envoi vers les médecins sélectionnés, a été testé auprès de 5 médecins généralistes dans le but d'évaluer sa pertinence et sa faisabilité.

Notre questionnaire était divisé en 2 parties (annexe 1). La première partie s'intéressait aux particularités socio-démographiques des médecins interrogés.

La seconde partie du questionnaire présentait le scénario clinique. Un cas clinique était proposé aux médecins, et commençait par une situation où une modification thérapeutique était justifiée. Cette première situation était volontairement choisie comme correspondant, selon la littérature, à la situation la plus génératrice d'inertie thérapeutique. Il s'agissait d'un patient jeune, sans autre facteur de risque cardio-vasculaire connu. Nous avons ensuite modifié, pour chaque question, les données cliniques du patient en débutant par son âge, puis ses FDRCV et pour finir par ses antécédents. A chaque situation, le médecin était interrogé sur son attitude thérapeutique. Les réponses des praticiens ont été recensées en deux types de réponse: Inertie Thérapeutique ou Pas d'Inertie Thérapeutique.

Les réponses Inertie Thérapeutique regroupait les réponses suivantes:

- vous faites pratiquer des automesures tensionnelles
- vous faites pratiquer une MAPA
- vous adressez à un spécialiste

- vous recontrôlez dans 3 mois

Les réponses Pas d'Inertie Thérapeutique regroupait les réponses suivantes:

- vous doublez la dose d'Amlodipine
- vous instaurez une bithérapie
- vous changez de classe médicamenteuse

Pour notre objectif principal, à savoir mettre en évidence les facteurs cliniques des patients qui influencent l'IT, nous avons pris comme référence le chiffre d'IT de la question n°1. Cette situation était considérée comme situation référence. Nous l'avons ensuite comparé aux résultats des autres questions en utilisant le test du Chi2.

Pour notre objectif secondaire, nous avons codé les réponses des praticiens à chaque question du scénario clinique en attribuant 1 point par praticien pour chaque situation en inertie thérapeutique (1= IT ; 0= pas d'IT). Nous avons ensuite faite la somme des questions pour chaque médecin, et séparé les médecins en deux groupes:

- un groupe IT: avec les sommes égales à 4 et 5
- un groupe non IT: avec les sommes égales à 0 et 1

Nous avons ensuite analysé les caractéristiques des médecins au sein de ses deux groupes. Les médecins ayant une somme égale à 2 et 3 n'ont pas été pris en compte dans cette analyse car ce groupe nous apparaissait comme non discriminant.

Le recueil et l'encodage des données a été effectué grâce au logiciel Google Drive, l'analyse statistique a été réalisé par nos soins.

RÉSULTATS:

Sur les 80 questionnaires envoyés, 58 médecins ont répondu. Le taux de réponse s'élevait à 72,5%.

Les données socio-démographiques de la population observée sont regroupées dans le tableau 1.

Tableau 1

Données	Résultats
Sexe	<u>Femmes</u> : 53,4 % <u>Hommes</u> : 46,6 %
Age	<u>Moyenne</u> : 47,09 ans <u>Médiane</u> : 46,5 ans
Durée d'installation	<u>Moyenne</u> : 14,85 ans <u>Médiane</u> : 12 ans
Type d'exercice	<u>Rural</u> : 27,6 % <u>Semi-rural</u> : 44,8 % <u>Urbain</u> : 27,6 %
Mode d'exercice	<u>Seul</u> : 24,1 % <u>Cabinet de groupe</u> : 60,3 % <u>En MSP</u> : 15,5 %
Maître de Stage Universitaire	34,5 %

Nous constatons que la population de notre étude était plus féminine et plus jeune que la population de Midi-Pyrénées, l'âge moyen y est normalement de 52 ans et la population est à 52% composée d'hommes. La répartition de cette population sur le type et le mode d'exercice restait superposable à celui de la population médicale de Midi-Pyrénées.

Concernant le statut de Maître de Stage Universitaire (MSU), notre population avait un taux plus élevé que celui de la région Midi-Pyrénées qui en compte 472 soit 13% des médecins de cette région.

L'inertie thérapeutique globale dans notre étude atteignait 33,88%.

Concernant notre objectif principal, les taux d'IT en fonctions des différentes situations du scénario clinique ont été recensées dans le tableau 2.

Tableau 2

Questions	Inertie thérapeutique (%)
Question 1	IT: 58,7 %
Question 2	IT: 44,8 %
Question 3	IT: 12,1 %
Question 4	IT: 17,6 %
Question 5	IT: 36,2 %

Afin de comparer ces résultats de façon statistique, nous avons utilisé le test du Chi2 pour comparer deux pourcentages. Les résultats sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3

Comparaison	Valeurs (%)	Significativité
Q2 vs Q1	44,8 vs 58,7	$p < 0,05$
Q3 vs Q1	12,1 vs 58,7	$p < 0,001$
Q4 vs Q1	17,6 vs 58,7	$p < 0,001$
Q5 vs Q1	36,2 vs 58,7	$0,01 < p < 0,001$

Toutes les comparaisons de pourcentages sont revenues statistiquement significatives.

Deux facteurs cliniques ressortent tout de même de cette étude: la présence d'un diabète et l'antécédent d'AVC (questions 3 et 4). Ces deux facteurs ont entraîné une diminution d'IT beaucoup plus marquée que pour les facteurs âge et automesures (questions 2 et 5).

Notre objectif secondaire était de rechercher des facteurs propres aux médecins influençant l'IT.

Les caractéristiques des deux groupes de médecins sont recensées dans le tableau 4.

Tableau 4

	Groupe non IT	Groupe IT
Effectifs	24	6
Sexe	<u>femmes</u> : 58,33% (14) <u>hommes</u> : 41,67% (10)	<u>femmes</u> : 33,33% (2) <u>hommes</u> : 66,6% (4)
Age	<u>moyenne</u> : 50,1 ans <u>médiane</u> : 51 ans	<u>moyenne</u> : 40 ans <u>médiane</u> : 34 ans
Durée d'installation	<u>moyenne</u> : 17 ans <u>médiane</u> : 16 ans	<u>moyenne</u> : 7,34 ans <u>médiane</u> : 4 ans
Type d'exercice	<u>rural</u> : 25% (6) <u>semi-rural</u> : 41,66% (10) <u>urbain</u> : 33,3% (8)	<u>rural</u> : 50% (3) <u>semi-rural</u> : 33,3% (2) <u>urbain</u> : 16,6% (1)
Mode d'exercice	<u>seul</u> : 12,5% (3) <u>en cabinet de groupe</u> : 79,16 (19) <u>en MSP</u> : 8,33% (2)	<u>seul</u> : 33,3% (2) <u>en cabinet de groupe</u> : 0% (0) <u>en MSP</u> : 66,6% (4)
MSU	45,83 %	16,66 %

Nous constatons que certaines tendances se dégagent de ses résultats:

- le groupe non IT était plus féminin
- le groupe IT était plus jeune et avec une durée d'installation également plus faible
- le groupe IT était plus rural
- le groupe non IT exerçait plus en cabinet de groupe
- la proportion de MSU était environ 3 fois plus importante dans le groupe non IT

DISCUSSION:

Nos résultats montrent que la présence d'un antécédent d'AVC et/ou d'un diabète, chez un patient, influence le médecin dans son attitude en diminuant de façon majeure et significative l'inertie thérapeutique dans la prise en charge de l'hypertension artérielle.

La première limite de notre étude est le mode de questionnement des médecins par scénario clinique qui ne nous donne pas un résultat en situation de vie réelle. La deuxième limite est le mode déclaratif des réponses des médecins interrogés ce qui peut sous-estimer l'IT.

Notre étude présente plusieurs forces, la première est la randomisation pour la sélection des médecins interrogés par tirage au sort et la pondération du nombre d'entre-eux pour chaque département en fonction de la démographie médicale. La deuxième force est le taux de réponse de 72,5% à notre étude, ce qui correspond à 58 médecins. Sachant que le nombre de sujets nécessaires à des résultats significatifs était calculé à 40, ce résultat donne à notre étude une puissance intéressante. La troisième force de notre étude est notre taux d'IT globale. Dans notre étude celui-ci atteignait 33,88%. Nos résultats de l'IT globale sont comparables à d'autres études s'intéressant à ce sujet comme cette importante étude espagnole portant sur environ 35 000 patients issus de 428 centres de soins de premiers recours. L'objectif était de mettre en évidence une inertie thérapeutique

(pas de majoration de traitement) et diagnostic (pas d'instauration de traitement). Les résultats montraient une inertie thérapeutique dans 37% des cas (95% CI 35.6-38.5) et une inertie diagnostique dans 32,5 % des cas (95% CI 31.4-33.6) (24). L'enquête OCEHANE, en France, qui s'est déroulée de janvier à juin 2012, s'intéressait à 382 patients hypertendus traités qui ont été inclus par 21 médecins répartis en France métropolitaine. L'inertie thérapeutique était retrouvée chez 185 patients soit 48,5% d'IT (25).

Par rapport à l'objectif principal de notre travail, nos résultats sont concordants avec des études qui ont aussi tenté de mettre en évidence les facteurs cliniques des patients qui pouvaient influencer les médecins dans leur prise en charge devant une HTA non contrôlée. Une étude de cohorte américaine réalisée de 1988 à 2008, portant sur 13 375 patients, montre que l'inertie thérapeutique est plus fréquente chez les patients masculins, avec un indice de masse corporel (IMC) inférieur à 25 kg/m², une absence de maladie rénale, des visites sporadiques chez le médecin et un score de Framingham inférieur à 10% (26). Une étude rétrospective publiée en 2013, recherchait les facteurs des médecins et des patients pouvant influencer l'IT. Le seul facteur médecin participant à l'IT était le nombre de patients vus dans une journée, en revanche les facteurs cliniques des patients augmentant l'IT était l'âge jeune , l'indice de masse corporelle (IMC) bas et la possession d'une assurance privée (27). En 2007, l'étude française Physiobs portant sur 6031 patients hypertendus traités non contrôlés, s'est attachée à rechercher les facteurs qui pourraient freiner les objectifs de réduction tensionnelle que fixe chaque médecin pour son patient hypertendu. Il était retrouvé que l'existence d'un diabète et d'une microalbuminurie incitait le médecin à fixer des objectifs tensionnels plus bas (28). Une étude américaine de 2013, sur un échantillon de 158 patients, nous montrait quant à elle un lien entre l'IT dans l'HTA et la présence d'une dépression chez les patients ([ARR]= 1.49; 95% CI, 1.06–2.10; p=0.021) (29). En revanche, nos résultats sont discordants avec ceux retrouvés dans certaines études, notamment sur l'existence d'une majoration de l'IT quand le patient est diabétique. Une étude colombienne de 2015 montre que les patients sous

anti-diabétiques oraux sont statistiquement associés à un risque plus élevé d'IT (OR: 2.31; 95% IC: 1.290-4.167; $p = 0.008$) (30). Une étude américaine de 2011, sur 2030 patients montrait que les patients diabétiques étaient nettement moins susceptibles d'atteindre les objectifs que ceux sans diabète (26% vs 64%, $p < 0.001$), ceci dû à un traitement hypertenseur moins agressif que pour les non-diabétiques (31). Dans une étude espagnole de 2011, réalisée sur 2032 patients, on retrouvait comme facteurs associés à l'IT: le diabète ($p < 0,001$) et l'antécédent d'AVC ($p < 0,01$) (32). Notre étude est basée sur un scénario clinique déclaratif, qui reste différent de situations de vie réelle rencontrées dans ces études et qui peuvent expliquer cette discordance de résultats. On peut aussi expliquer cette discordance par le fait qu'en situation de vie réelle les objectifs tensionnels des diabétiques sont plus difficiles à atteindre et participe à l'IT.

Tout cela montre bien la complexité des mécanismes de l'IT, notre étude montre une forte influence du diabète et de l'antécédent d'AVC sur l'attitude des médecins prescripteurs, donnée qui n'est pas forcément retrouvée en situation de vie réelle dans la littérature. Cela montre que dans l'esprit des médecins, ceux-ci seront plus enclins à renforcer le traitement dans ce genre de situation. Une étude française réalisée en 2008 cherchait à connaître les raisons pour lesquelles les médecins généralistes n'intensifiaient pas le traitement des hypertendus non contrôlés. Les deux raisons principales qui ressortaient de cette étude étaient le fait que la mesure ne correspondait pas aux chiffres habituels (30,1 %) et que le résultat était satisfaisant compte tenu du contexte du patient (27,1 %) (33). Certains travaux ont essayé de comprendre et de caractériser les médecins prescripteurs pour essayer de trouver des pistes de travail pour lutter contre l'IT, comme par exemple cette étude qualitative française tirée d'un essai comparatif nommé ESCAPE. Cet essai comportait un volet qualitatif qui a exploré les raisons invoquées par les médecins généralistes pour justifier leur inertie thérapeutique dans le cadre de la prévention cardio-vasculaire chez des patients hypertendus à haut risque cardio-vasculaire. A partir de l'analyse de ces données, cette étude a mis en évidence des typologies spécifiques de médecins vis-à-vis de l'IT. Il y a eu 7 typologies de

médecins qui sont ressorties de cette étude avec pour but de fournir aux omnipraticiens un aperçu de leurs façons générales d'examiner les changements dans le traitement et la gestion des facteurs de risque cardiovasculaires et de guider la conception d'interventions spécifiques centrées sur le médecin pour réduire l'inertie thérapeutique (34)..

Parmi les axes de travail pour lutter contre l'IT, deux approches interventionnelles sont particulièrement intéressantes. La première est médicamenteuse, au niveau de l'introduction du traitement anti-hypertenseur, plusieurs auteurs pensent que la prescription d'une bithérapie fixe à faible dose (ARA2/Inhibiteur calcique dans la plupart des cas) diminuera l'IT et augmentera le contrôle de la TA sans entraîner d'effets secondaires importants (35). La seconde approche serait d'augmenter et de promouvoir les automesures au domicile comme le montre une étude espagnole réalisée en 2012. Il était question de comparer l'IT entre deux groupes de 116 patients lors d'un suivi de leur TA sur 6 mois. Un groupe contrôle était suivi de façon habituelle, l'autre groupe suivait un programme d'automesures trois fois par semaine. Une consultation de suivi à 3 mois était réalisée, le traitement pouvait éventuellement y être modifié dans les deux groupes. Au bout de 6 mois, l'IT dans le groupe automesure était de 24.42% (95% CI = 24.2-37%) et l'IT du groupe contrôle était de 50% (95% CI = 37.75-62.25) (36).

Une autre piste de travail pour la lutte contre l'IT concerne le médecin et son système de santé. Dans certaines études, où les médecins sont interrogés sur les justifications de leur IT, ceux-ci pointent du doigt les objectifs tensionnels des recommandations trop difficiles à atteindre (37), non adaptés à la vie réelle (38) et ne faisant pas parti d'un véritable consensus avec de multiples versions de recommandations de prise en charge (38). En France, les médecins en soins premiers ont pour aide à la prise en charge de l'HTA, un faisceau de recommandations de bonnes pratiques différentes, émanant de structures diverses: HAS, SFHTA, Société Française de Cardiologie, revues de la profession (Exercer, Prescrire, Revue du Praticien...). Ces recommandations diffèrent sur plusieurs aspects, allant des chiffres d'objectifs tensionnels aux chiffres d'instauration du traitement

en passant par la molécule à utiliser en première intention. Prenons pour exemple la dernière recommandation de l'HAS réalisée conjointement avec la SFHTA et la dernière mise à jour de la revue Prescrire sur le même sujet qui est la prise en charge de l'HTA, ces deux textes datant tous les deux de 2016. Le seuil d'instauration de traitement (140/90 mmHg pour l'HAS/SFHTA contre 160/100 mmHg pour Prescrire) est totalement différent, de même que la molécule à instaurer en première intention (choix laissé au praticien entre un diurétique thiazidique, inhibiteur calcique, inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARA2) pour l'HAS/SFHTA contre un diurétique thiazidique pour Prescrire) (8) (9).

Une telle diversité dans les attitudes à adopter face à l'HTA ne pousse-t'elle pas les médecins à faire ce que bon leur semble face à des chiffres tensionnels anormaux ? Une telle diversité ne renforce-t'elle pas l'IT ? Des recommandations concernant l'HTA plus proche de la réalité, élaborées par les premiers acteurs de cette prise en charge à savoir les médecins traitants ne seraient-elle pas plus appropriées ? Et ne pourraient-elles pas être une voie de travail pour diminuer l'IT?

Notre objectif secondaire a réussi à dégager certaines tendances sur les caractéristiques des médecins de Midi-Pyrénées concernant l'IT. Le type de médecin faisant de l'IT serait un homme jeune, installé depuis peu, en milieu rural, seul et n'étant pas MSU. Ce genre de tendance n'est pas à l'heure actuelle retrouvée dans la littérature. Une étude quantitative centrée sur les caractéristiques des médecins ayant un lien avec l'IT dans le traitement de l'HTA serait donc intéressante.

CONCLUSION :

L'HTA est une pathologie fréquente en médecine de soins premiers. Malgré les diverses recommandations pour aider le médecin généraliste à sa prise en charge, le contrôle des patients hypertendus traités reste mauvais en France. Une des explications à ce manque de contrôle se nomme l'inertie thérapeutique, qui correspond à l'absence d'intensification du traitement quand les valeurs cibles ne sont pas atteintes. Dans le but de comprendre les mécanismes complexes de l'IT, notre étude a trouvé que la présence d'un diabète et/ou d'un antécédent d'AVC influençait le médecin généraliste sur sa prise en charge thérapeutique. La clinique et les antécédents du patient semblent être un critère important modifiant l'IT des médecins généralistes. Certaines caractéristiques du médecin généraliste semblent aussi avoir un impact sur son IT. Une étude quantitative centrée sur cette problématique serait intéressante.

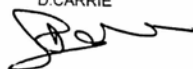
Vu

Toulouse le 29 Août 2017


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESSIAS
Médecine Générale

Toulouse, le 29/08/2017

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE



RÉFÉRENCES:

- 1) Haute Autorité de santé et Société Française d'HTA. Note de cadrage. HTA essentielle: prise en charge des patients adultes. 2015. (en ligne) page visionnée le 05/08/2016 disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/fiche_memo_note_de_cadrage_hta_cd_20150723_vd.pdf
- 2) Comité Français de lutte contre l'HTA. Livret « objectif 2015 ». Janvier 2012. (en ligne) page visionnée le 03/12/16 disponible sur <http://www.comitehta.org/documents/>
- 3) Haute Autorité de Santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Actualisation 2005. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005. (en ligne) page visionnée le 03/12/16 disponible sur http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/hta_2005_recommandations.pdf
- 4) European Society of Hypertension, European Society of Cardiology, Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC).J Hypertens 2013;31(7):1281-357
- 5) Société Française de Médecine Générale. Observatoire de la médecine générale : résultats de consultations 2006-4. SFMG :Paris,2006. (en ligne) page visionnée le 03/12/16 disponible sur <http://www.omg.sfm.org>
- 6) Société française d'hypertension artérielle, Blacher J, Halimi JM, Hanon O, Mourad JJ, Pathak A, et al. Management of hypertension in adults: the 2013 French Society of Hypertension guidelines. Fundam Clin Pharmacol 2014;28(1):1-9
- 7) Haute Autorité de Santé. Évaluation par classe des médicaments antihypertenseurs Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013. (en ligne) page visionnée le 03/12/16 disponible sur http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/rapport_evaluation_medicaments_antihypertenseurs.pdf
- 8) Haute autorité de Santé. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Septembre 2016 (en ligne) page visionnée le 03/12/2016 disponible sur <http://www.has-sante.fr>
- 9) Hypertension artérielle essentielle chez un adulte : premiers traitements - Premiers Choix Prescrire, actualisation janvier 2016 Rev Prescrire 2016 ; 36 (392) : 451
- 10) Nicodème R, Albessard A, Amar J, et al. - Poor blood pressure control in general practice: In search of explanations. Archives of Cardiovascular Diseases June-July 2009; 102(6-7): 477-483

- 11) Comité Français de lutte contre l'Hypertension Artérielle. Etude FLAHS 2012. 2012 (en ligne) page visionnée le 21/12/16 disponible sur http://www.comitehta.org/wpcontent/uploads/downloads/2011/10/FLAHS2009_R_apport.pdf
- 12) Mourad JJ. Objective for 2015 70% of treated and controlled hypertensive patients. How far from this goal was France in 2014? J Hypertens. 2015 Jun;33 Suppl 1:e32.
- 13) Comité Français de Lutte Contre l'HTA. Etude FLASH 2015. 2015. (en ligne) page visionnée le 18/08/16 disponible sur http://www.comitehta.org/wp-content/uploads/downloads/2015/12/Flash-2015_Partiel.pdf
- 14) Allen JD, Curtiss FR, Fairman KA. Nonadherence, clinical inertia, or therapeutic inertia ? J Manag Care Pharm, 2009, 15, 690-695
- 15) Lebeau JP. Inertie thérapeutique dans l'hypertension artérielle. Exercer 2012;100:37-43
- 16) Phillips LS, Branch WT, Cook CB, et al. Clinical inertia. Ann Intern Med.2001;135(9):825-34.
- 17) Pasquet T. Inertie thérapeutique dans l'hypertension artérielle : revue systématique de la littérature.(Thèse de doctorat en médecine générale) Faculté de médecine de Tours. Université Francois Rabelais ;2012
- 18) Nau JY. «Inertie clinique»: une démarche salvatrice ? Rev Med Suisse 2013; 1860-1861
- 19) Scheen AJ. Inertie thérapeutique dans la pratique médicale : causes, conséquences, solutions. Rev Med Liège 2010;65:232-8
- 20) O'Connor, P.J., Sperl-Hillen, J.M., Johnson, P.E., Rush, W.A. and Biltz, G. (2005) Clinical inertia and outpatient medical errors. Advances in Patient Safety: from Research to Implementation. Vol 2: Concepts and Methodology. National Library of Medicine: Bethesda, MD
- 21) Baudrant-Boga M, Allenet B. Inertie thérapeutique : et le patient dans tout ça ? Médecine des Maladies Métaboliques. déc 2011;5:S76-80
- 22) Heymann A, Valisky L, Zuker I, Chodick G, Shalev V. Exploration des perceptions des patients et des généralistes pour comprendre les obstacles à une prise en charge efficace de l'hypertension. Exercer 2011;99 suppl 1:92S-3S
- 23) Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, Rehman SU, Durkalski VL, Egan BM. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. Hypertension 2006;47(3):345-351
- 24) Gil-Guillén V, Orozco-Beltrán D, Pérez RP, Alfonso JL, Redón J, Pertusa-Martínez S, et al. Clinical inertia in diagnosis and treatment of hypertension in primary care: Quantification and associated factors. Blood Pressure. 1 janv 2010;19(1):3-10

- 25) Mounier-Vehier C, Delsart P, Dourmap-Collas C, Lejeune S, Ott J, Krummel T, et al. PO-19 - Quels sont les facteurs d'inertie thérapeutique chez des spécialistes de l'HTA ? Enquête OCEHANE févr 2013 (en ligne) page visionnée le 06/06/2016 disponible sur <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/787990/resultatrecherche/5>
- 26) Egan BM, Zhao Y, Axon RN, Brzezinski WA, Ferdinand KC. Uncontrolled and apparent treatment resistant hypertension in the United States, 1988 to 2008. *Circulation* 2011;124(9): 1046- 1058
- 27) Harle CA, Harman JS, Yang S. Physician and patient characteristics associated with clinical inertia in blood pressure control. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2013 Nov;15(11):820-4
- 28) Ducher M, Leutenegger E, Fauvel JP.— Critères subjectifs guidant les médecins pour définir un objectif tensionnel chez l'hypertendu non contrôlé : étude Physiobs. *Press Med*, 2007, 36, 192-196
- 29) Moise N, Davidson KW, Chaplin W, Shea S, Kronish I. Depression and clinical inertia in patients with uncontrolled hypertension. *JAMA Intern Med*. 2014 May;174(5):818-9
- 30) Machado-Duque ME, Ramírez-Valencia DM, Medina-Morales DA, Machado-Alba JE. Effectiveness and clinical inertia in the management of hypertension in patients in Colombia. *J Am Soc Hypertens*. 2015 Nov;9(11):878-84
- 31) Nelson SAE, Dresser GK, Vandervoort MK, Wong CJ, Feagan BG, Mahon JL, et al. Barriers to blood 32 pressure control: a STITCH substudy. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2011 Feb;13(2): 73–80
- 32) Doménech CS, Caro JL, Sanz VP, Moreno FJ, Rodríguez IL, Loro AN, Zamorano MÁ, García NG, Conesa MD, Lázaro Y de Mercado P. Objective KONTROL study: therapeutic inertia in hypertensive patients attended in primary care of Spain. *Aten Primaria*. 2011 Dec;43(12): 638-47.
- 33) Brillac T, Nicodeme R, Amar J, Lang T, Chamontin B. Les motifs pour lesquels les médecins généralistes n'intensifient pas le traitement antihypertenseur chez les patients hypertendus non contrôlés. *exercer* 2008;80(supp1):34-5
- 34) Lebeau JP, Cadwallader JS, Vaillant-Roussel H, Pouchain D, et Al. General practitioners' justifications for therapeutic inertia in cardiovascular prevention: an empirically grounded typology. *BMJ Open*. 2016 May 13;6(5):e010639
- 35) Basile J, Neutel J. Overcoming clinical inertia to achieve blood pressure goals: the role of fixed-dose combination therapy. *Ther Adv Cardiovasc Dis*. 2010 Apr;4(2):119–27
- 36) Márquez Contreras E, Martín de Pablos JL, Espinosa García J, Casado Martínez JJ, Sanchez López E, Escribano J; Grupo de Trabajo sobre Cumplimiento de la Asociación de la Sociedad española de Hipertensión Arterial y Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial

(SEH-LELHA). Prevention of therapeutic inertia in the treatment of arterial hypertension by using a program of home blood pressure monitoring. *Aten Primaria*. 2012 Feb;44(2):89-96

- 37) Banegas JR, Lundelin K, de la Figuera M, de la Cruz JJ, Graciani A, Rodriguez-Artalejo F, et al. Physician perception of blood pressure control and treatment behavior in high-risk hypertensive patients: A cross-sectional study. *PLoS ONE* 2011;6(9). (en ligne) page visionnée le 03/02/17 disponible sur <http://www.embase.com/>
- 38) Howes F, Hansen E, Williams D, Nelson M. Barriers to diagnosing and managing hypertension - a qualitative study in Australian general practice. *Aust Fam Physician*. 2010 Jul; 39(6):511-6

ANNEXES:

Annexe 1: Questionnaire envoyé aux Médecins

1) Vous êtes ?

- un homme
- une femme

2) Quelle est votre année de naissance?

3) Quelle est votre année d'installation?

4) Quel est votre lieu d'exercice ?

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

5) Quel est votre mode d'exercice ?

- seul
- en cabinet de groupe
- dans une maison de santé pluridisciplinaire

6) Etes-vous maître de stage universitaire ?

- Oui
- Non

Vous recevez en cabinet Mr T. 32 ans pour son renouvellement de traitement comme tous les 3 mois. Mr T. est traité pour une hypertension artérielle primitive par Amlodipine 5mg depuis 2 ans, il n'a pas d'autres antécédents. Son bilan biologique date de 3 mois et est parfait. Aux deux dernières consultations sa tension était à 155/90mmHg.

A l'examen clinique ce jour vous retrouvez une tension artérielle à 160/95 mmhg.

Le reste de l'examen est sans particularité.

7) Quelle est votre attitude concernant ses chiffres tensionnels?

- A) Vous doublez la dose d' Amlodipine
- B) Vous introduisez une autre classe médicamenteuse pour une bithérapie
- C) Vous faites pratiquer à Mr T. une automesure tensionnelle au domicile
- D) Vous lui faites pratiquer une MAPA
- E) Vous recontrôlez dans 3 mois.

En fait, Mr T. n'a pas 32 mais 57 ans, il est toujours traité pour une HTA primitive par Amlodipine 5 mg et n'a pas d'autres antécédents. Aux deux dernières consultations sa tension était à 155/90mmHg.

Ses chiffres tensionnels sont toujours 160/95 mmhg

8) Que faites vous?

- A) Vous doublez la dose d' Amlodipine
- B) Vous introduisez une autre classe médicamenteuse pour une bithérapie
- C) Vous faites pratiquer à Mr T. une automesure tensionnelle au domicile
- D) Vous lui faites pratiquer une MAPA
- E) Vous recontrolez dans 3 mois.

Mr T., a toujours 57ans et a en fait oublié de vous mentionner qu'il était diabétique sous METFORMINE, bien équilibré et sans complications. Il est toujours traité par Amlodipine 5mg . Aux deux dernières consultations sa tension était à 155/90mmHg. A l'examen sa tension est à 160/95 mmHg.

9) Que faites vous concernant ses chiffres tensionnels?

- A) Vous doublez la dose d'Amlodipine
- B) Vous faites pratiquer des automesures tensionnelles
- C) Vous instaurez une bithérapie
- D) Vous changez de classe médicamenteuse
- E) Vous recontrolez ultérieurement la tension

Mr T. s'est trompé dans ses antécédents, il n'est pas diabétique mais a été victime d'un accident vasculaire cérébral ischémique il y a 2 ans. Son traitement est: Amlodipine 5 mg, Kardegic 160 mg. Aux deux dernières consultations sa tension était à 155/90mmHg. Sa tension artérielle est à 160/95mmHg ce jour.

10) Que faites-vous?

- A) Vous recontrolez ultérieurement
- B) Vous doublez la dose d'Amlodipine
- C) Vous rajoutez un médicament en bithérapie
- D) Vous faites pratiquer des automesures tensionnelles
- E) Vous adressez à un spécialiste

Dans ce dernier cas, vous avez fait pratiquer des automesures tensionnelles à Mr T. Ces dernières reviennent avec une moyenne tensionnelle de 145/90 mmHg avec un minimum à 125/75 et un maximum à 165/100 mmHg.

11) Que faites vous?

- A) Vous ne faites pas de modifications thérapeutiques
- B) Vous doublez la dose d'Amlodipine
- C) Vous prévoyez une MAPA.
- D) Vous ajoutez une classe médicamenteuse en bithérapie
- E) Vous adressez à un spécialiste

INERTIE THÉRAPEUTIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE : ÉTUDE DES FACTEURS CLINIQUES INFLUENÇANT LA PRISE DE DÉCISION DES MÉDECINS EN SOINS PREMIERS

Introduction : En France l'HTA a une prévalence estimée à 31%. Le médecin généraliste est au centre de cette prise en charge thérapeutique, aidé par diverses recommandations. Le contrôle des hypertendus traités reste insuffisant et une des raisons à ce manque de contrôle se nomme l'inertie thérapeutique. L'objectif de notre étude était de mettre en évidence les facteurs cliniques des patients influençant le choix des médecins. Méthode : Notre étude observationnelle descriptive à partir de scénarii cliniques a été menée auprès de 80 médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées de février à mars 2017. Les médecins étaient tirés au sort et leur nombre par département était pondéré en fonction de la démographie médicale du département en question. Résultats : 58 médecins ont répondu à notre questionnaire soit un taux de réponse à 72.5%. La population observée était composée de 53.4% de femmes âgées en moyenne de 47 ans. L'inertie thérapeutique globale a été calculée à 33.88%. Concernant notre objectif principal, deux facteurs cliniques ont entraîné une baisse importante et significative de l'IT : le diabète (12.1% vs 58.7%, $p < 0.001$) et l'antécédent d'AVC (17.6% vs 58.7%, $p < 0.001$). Notre étude a ressorti des tendances quant au profil des médecins faisant de l'IT, ce dernier serait un homme jeune, installé depuis peu en milieu rural, travaillerait seul et ne serait pas un Maître de Stage Universitaire. Conclusion : La présence d'un diabète et/ou d'un AVC dans les antécédents des patients influencerait l'attitude thérapeutique des médecins en leur faisant majorer le traitement. Les tendances qui ressortent de cette étude quant aux caractéristiques des médecins faisant de l'IT seraient à confirmer par une étude quantitative sur ce sujet.

TITRE EN ANGLAIS : Therapeutic inertia in the management of HTA: study of clinical factors influencing the decision-making of GPs

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine générale

MOTS-CLÉS : hypertension artérielle, inertie thérapeutique, soins premiers

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :
Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Jordan BIREBENT