

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTES DE MEDECINE

ANNEE 2018

2018TOU31048

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Thibault COQUELET

Le 7 juin 2018

**Typologie et devenir des patients adressés par les
Médecins Généralistes d'Occitanie au service
d'Hypertension Artérielle du CHU de Toulouse.**

Directeur de thèse : Professeur Jacques Amar

JURY

Monsieur le Professeur Stéphane Oustric	Président
Monsieur le Professeur Jacques Amar	Assesseur
Monsieur le Docteur Thierry Brillac	Assesseur
Madame le Docteur Françoise Loup	Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU

des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Francis
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FRESINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RALHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PEBSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAUDIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. OERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUJOL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARRIOT Eleanore	Professeur Honoraire	M. PRADEKE Bernard
Professeur Honoraire	M. GUFFAULT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PINS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. GATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. GAZUK Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

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

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADDUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Cérébrale
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LÔISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (opion Biologique)
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt. Fonct.
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMIN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LIBLAU Roland (C.E)	immunologie
M. MALVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Génome
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE CAUZÛ Jérôme	Chirurgie infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Séphane Médecine Générale

P.U. - P.H. 2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. LAROCHE Michel	Rhinologie
M. LÉOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphaël	Anatomie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SÂVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U. Médecine générale

M. MESTRE Pierre Médecine Générale

P.A. Médecine générale

POUTRÉMY 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

M. ACAH Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAUD T. Frank (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CANTADREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CAHON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAÏDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Endocrinologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALNIER Michel	Cardiologie
M. GALNIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie - Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLEAU RADUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
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 (C.E)	Généralie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Frank-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurène (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Ella (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. VAYSSIÈRE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Généralie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

P.U. - P.H. 2ème classe

M. ACCADBLEF Frank	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Zoologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GÓMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bernard	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugenia	Géronte et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Eric	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
---------------------------	-------------------

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pat Anlaire	Immunologie
Mme ANNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Généraliste
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSARD Sophie	Parasitologie
M. CAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLIBZENSKY Isabella	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FACIER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENMERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annette	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safwane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. HUART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZON Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPUYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
Mme MORBAU Marion	Physiologie
Mme Nogueira M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAJANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOUILLERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cardiologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPONDY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florentine	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Carline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Médecine
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSANG Nicolas	Généraliste
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLUN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jili	Endocrinologie
M. DE BONNEGAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAYS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Stéphanie	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRABE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-PRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERRIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENBAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du développement et de la reproduction
M. LEPAGE Benoît	Biochimie et informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MEUSSET Roger	Biologie du développement et de la reproduction
Mme NASH Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMALPIO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOUAAS Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Miraké
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIHEBENT Jordan
Dr LATROUS Léila

Remerciements aux membres du jury

Cher Professeur Oustric, tout d'abord, merci d'avoir accepté de présider ce jury. Ensuite, merci pour votre enseignement, car au-delà de votre rôle de président du DUMG vous avez été mon maître lors de mon premier stage ambulatoire de médecine générale.

Cher Professeur Amar, merci à vous, sans qui, tout ce travail n'aurait été possible. Merci pour vos conseils, votre temps et votre patience. Merci de m'avoir accompagné durant toute cette année.

Cher Docteur Brillac, merci d'avoir été mon tuteur lors de mon premier semestre d'internat. Merci également de m'avoir écouté et conseillé au début de ce projet.

Chère Docteur Loup, chère maître, merci d'être là ce soir, de m'avoir fait découvrir, la médecine générale il y a 2 ans et d'être toujours présente aujourd'hui.

Remerciements personnels

Ma famille :

A ma mère : pour ton amour et ton soutien indéfectible dans les meilleurs moments comme dans les pires. Tu es un exemple de courage et de dévouement pour moi.

A mon père : pour toutes ces valeurs que tu m'as transmises et l'éducation que tu m'as donnée qui ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

A ma sœur : pour toutes ces années passées ensemble, tantôt ennemis, tantôt alliés. Je suis fier de ton parcours et fier d'être ton grand frère, je t'embrasse fort.

A ma grand-mère : pour ton amour et ta gentillesse, pour t'être occupé de nous lorsque nous étions enfant et même encore maintenant.

A mes grands parents qui ne sont plus là aujourd'hui : vous m'avez aimé, vous m'avez élevé, j'aurais aimé que vous soyez présent ce jour, je vous aime.

A mes cousins/cousines : pour les vacances passées en famille, pour les bagarres et les souvenirs d'enfance.

A mes frères et sœur d'adoption : Juliette, Alice, Pierre, Charles, Louis, Sophie, Margaux, Charles, Adrien, Lucie avec qui j'ai grandi.

Je remercie les Lillois :

A Jean-Marie, Martin et François : compagnons de la première heure, je compte plus les heures passées ensemble, je sais juste qu'elles passent trop vite. Merci pour toutes nos aventures, nos souvenirs et votre amitié qui ne craint pas les kilomètres.

A Nicolas et Alexis : pour notre groupe de sous colle qui a prouvé de l'annale de l'ECN 2014 passait mieux avec un burger au Maroilles. Mais également merci pour ses moments passés ensemble en vacances/soirée/sur des ski... On remet ça vite.

A Marion : salut chaton, tu me supportes depuis 9 ans maintenant et ce n'est pas une mince affaire. Content d'être venu à Toulouse avec toi.

A Etienne, Antoine et Caro : go into the bubble !

A Lucie : merci d'être là depuis les premières heures de la première année.

A Barbara : merci de m'avoir soutenu pendant ces années d'externat, ça n'a pas été facile tous les jours, je suis fier et heureux de ta carrière, bise barbie.

Sans oublier **Manon, Ugo, Alexandre (Patou), Wallis, Constance et Pierre Etienne, Sophie et Nicolas, Cécile, Blandine, Valentin (mon cailloux), Jonathan, Romain et Nellie, Rémi, Luce...**

A Antoine, Renaud et Maxime : grâce à qui le Lycée est passé très vite.

Je remercie les Toulousains :

A Numa : t'es le meilleur des colloc' mec ! mais tu parles beaucoup, parfois ça me fatigue.

A Camille dit Camo : merci pour la relecture et tes conseils qui m'ont été très précieux, tu seras toujours la bienvenue à l'appart (tu pourras dormir sur le canapé)

Aux Ranguellois : avec qui j'ai démarré l'aventure Toulousaine et qui sont toujours là pour me rappeler l'importance d'un esprit sain dans un corps sain. **A Thomas et Alia**, pour vos soirées jusqu'au bout de la nuit où on peut avoir une coiffure pas chère, **A Amaury et Eline**, qui ont vite compris qu'on vit bien mieux rive gauche, **A Mélanie** grâce à qui j'ai été très assidu en cours, **A Guillaume**, pour nos analyses pointues de la géopolitique à 3h du matin, **A Pierre Juillaguet**, pour ton style inimitable à la coinche, **A Marie**, pour ta spontanéité et ta bonne humeur, **A Camille dit Poupou**, pour ta gentillesse et ta mignonnerie

Aux Cadurciens :

A Hélène et Aurore pour les concours d'hypoglycémie à la fin du tour, **A Josselin** pour le coaching en course à pied, sans oublier **Emmanuel, Arnaud, Marion, Benoit, Aurélien, Anne Sophie, Agathe, Camille, Alexia.**

Aux Tarbais :

A Clémence, qui est un concentré de talent et de bonne humeur, **A Pierre Lecerf**, partenaire de glisse, remets-toi vite pour la saison prochaine ! J'ai besoin de toi pour améliorer mes virages en ski. **A Pierre Tailpied** pour nos voyages à venir, on va réussir à faire un truc mec.

A l'équipe de Pédiatrie avec **Nicolas Vialaret, Sarah, Yassine et Clémence** toujours au top mais pas trop tôt le matin.

A Catie, la meilleure chef au monde !

A Zoé, pour l'inspiration et les maux de tête que tu me donnes au quotidien.

A Anne, dernière arrivée dans la colloc', temps d'adaptation : 1'30, merci pour la relecture, pour la mise en page et pour la qualité de ta cuisine.

A tous ceux que je n'ai pas cité mais qui sont dans mes pensées.

Table des matières

INTRODUCTION	12
METHODES	18
A) Caractères socio-démographiques :.....	18
B) facteurs de risques cardio-vasculaires :.....	18
C) Adressage du patient	19
D) Caractéristiques de l’HTA.....	19
E) Intervention	20
F) Diagnostic retenu.....	20
G) Analyse statistique.....	20
RESULTATS	21
A) Caractéristiques sociodémographiques	21
B) Facteurs de risques cardio-vasculaires	22
C) Adressage	22
D) Complications liées à l’HTA.....	23
E) PA/MAPA	24
F) Facteurs favorisants.....	25
G) Interventions par le service	26
H) Diagnostic	28
I) Mode de suivi.....	28
J) Prise en charge de l’HTA chez les patients adressés par les MG.....	29
DISCUSSION	30
CONCLUSION	33

Typologie et devenir des patients adressés par les Médecins Généralistes d'Occitanie au service d'Hypertension Artérielle du CHU de Toulouse.

Abréviations :

AINS : Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens

AIT : Accident Ischémique Transitoire

AOMI : Artérite Oblitérante des Membres Inférieurs

ARA 2 : Antagonistes des Récepteurs de l'Angiotensine 2

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

HTA : Hypertension Artérielle

IEC : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion

IMC : indice de masse corporelle

MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle

MG : Médecin Généraliste

PAD : pression artérielle diastolique

PAS : pression artérielle systolique

SAS : Syndrome d'Apnée du Sommeil

INTRODUCTION

Dans le monde, en 2008, près de 1 milliard de personnes présentaient une hypertension artérielle diagnostiquée contre 600 millions en 1980(1).

En France, la prévalence de l'hypertension artérielle en 2007 est estimée à 31% de la population générale (18-74ans). Une autre information mise en lumière par cette étude est que 50% des sujets hypertendus ignoraient leur hypertension (2).

En 2017, on estime à 10,8 millions le nombre de patients hypertendus traités(3), Ce chiffre est à peu près stable par rapport aux estimations de 2014 où le nombre de patients hypertendus traités était estimé à 11,6 millions(4). L'hypertension artérielle est une pathologie plus fréquente chez le sujet âgé(3,5). Compte tenu de l'accroissement et du vieillissement de la population(6), la prévalence de l'hypertension artérielle devrait encore augmenter au cours des prochaines décennies.

Malgré une prise en charge bien codifiée(7), 50% des patients traités n'atteignent pas les objectifs tensionnels recommandés(5,8). Ce taux, déjà observé en 2007 reste stable depuis(3), et reste bien inférieur au taux de patients hypertendus contrôlés des Etats-Unis par exemple, qui avoisine les 70%(9).

En France, en 2013, les maladies cardio-vasculaires sont la deuxième cause de décès après les pathologies tumorales. (142 175 décès, 1^{ère} cause de décès chez les femmes)(10).

Le lien entre la présence d'une hypertension artérielle et la survenue de complications cardiovasculaires a été étudié et démontré dans de nombreux travaux(1) faisant de l'hypertension artérielle l'un des facteurs de risques cardio-vasculaire principal(11). A partir du seuil de PAS de 110-115mmHg et une PAD de 70-75mmHg, on retrouve une relation linéaire entre l'existence d'une hypertension artérielle et la survenue d'accident vasculaire cérébral, de cardiopathie ischémique, d'artériopathie des membres inférieurs et d'insuffisance rénale chronique(12).

Par ailleurs, on sait également qu'une baisse de 10mmHg de la PAS et de 5mmHg de la PAD réduit le risque de survenue d'un accident vasculaire cérébral de 40%, d'insuffisance cardiaque de 60%, d'infarctus du myocarde de 20%, de démence de 20% ainsi que le risque d'insuffisance rénale(13). La morbi-mortalité de l'hypertension artérielle est donc évitable.

A cet égard, la majorité du bénéfice du traitement antihypertenseur découle de la baisse de la pression artérielle.

L'hypertension artérielle se définit par une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg mesurée au cabinet du médecin et persistant dans le temps(12).

Depuis quelques années, il est recommandé de confirmer une HTA mesurée au cabinet par des mesures à domicile soit en utilisant l'automesure tensionnelle (AMT), soit en utilisant la mesure ambulatoire des pressions artérielles (MAPA)(14,15) sauf en cas d'HTA d'emblée sévère >180/110mmHg (où un traitement est indiqué sans nécessité de confirmer les chiffres).

L'avantage de ces mesures faites en dehors du cabinet médical réside dans le recueil d'un plus grand nombre de valeurs de la PA et dans l'obtention de valeurs plus proches de celles présentées quotidiennement par le patient en s'affranchissant de la réaction d'alarme appelée aussi « effet blouse blanche ».

Au cabinet, il est préférable de mesurer la pression artérielle avec un appareil de mesure électronique oscillométrique afin de limiter les erreurs de manipulation et les biais liés à l'observateur.(14,15)

L'évaluation initiale de l'hypertension artérielle débute par l'interrogatoire et l'examen clinique du patient. Elle a pour but de confirmer l'hypertension artérielle, de rechercher une hypertension artérielle secondaire (présente dans environ 10% des cas)(16) et d'évaluer le risque global par la recherche d'autres facteurs de risque, d'une atteinte des organes cibles et de pathologies associées.

L'interrogatoire recherche une prédisposition familiale à l'HTA ou à des pathologies cardiovasculaires, un antécédent personnel d'HTA, les traitements en cours ou arrêtés, les autres antécédents personnels et les facteurs de risque cardiovasculaires.

L'examen physique est complet. Il précise le poids, la taille, le BMI, la circonférence abdominale, la mesure tensionnelle, la fréquence cardiaque, la palpation des pouls périphériques, l'auscultation carotidienne, cardiaque et des artères rénales.

Des outils informatiques ont été développés pour aider le praticien dans l'évaluation du risque cardiovasculaire. Parmi ceux-ci le Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) est peut-être le plus adapté car développé à partir d'une cohorte de plus de 200 000 européens appartenant à 11 pays (dont la France). Ce score estime le risque de décéder d'un trouble cardio-vasculaire sur une période de 10 ans. Il se calcule à partir de l'âge, du genre, du tabagisme, du cholestérol total et de la PAS(12).

La découverte d'une HTA impose la réalisation de certains examens pour préciser le profil de risque cardio-vasculaire(12) :

- NFS, plaquettes
- ionogramme sanguin, créatininémie et estimation du DFG
- glycémie à jeun
- cholestérol total, triglycérides, HDL, LDL
- acide urique sérique
- microalbuminurie
- ECG

Dans la population générale, l'objectif tensionnel est PAS < 140mmHg et PAD < 90mmHg ce qui correspond, en automesure tensionnelle ou en PA diurne mesurée à l'aide d'une MAPA, à une PA <135/85 mm Hg. Chez le sujet âgé de 80 ans ou plus, la cible est une PA systolique < 150 mmHg, en veillant à l'absence d'hypotension orthostatique (PAS diurne en AMT ou en PA diurne < 145 mmHg).(7)

Les mesures hygiéno-diététiques (MHD) sont le fondement de la prévention de l'hypertension artérielle et sont essentielles à la prise en charge de l'HTA quel que soit son niveau de sévérité. Ces MHD peuvent retarder ou éviter l'apparition d'une HTA chez un sujet non hypertendu, retarder ou éviter l'introduction d'un traitement chez un sujet présentant une HTA de grade 1 (PAS > 140-159 et/ou PAD > 90-99 mmHg) et contribuer à une réduction des chiffres tensionnels chez un patient hypertendu traité permettant une réduction des doses et du nombre d'agents hypertenseurs.(12)

La consommation moyenne en sel de nombreux pays se situe entre 9 et 12g/j. Les recommandations européennes proposent une diminution de la consommation journalière entre 5 et 6g/j afin d'obtenir une baisse de la PAS de 4 à 5mmHg chez un sujet hypertendu sans l'exposer aux risques d'une alimentation désodée(12). Des outils ont été développés pour estimer la consommation en sel en consultation ou au domicile du patient comme l'auto-questionnaire ExSel Test(17). Biologiquement, le meilleur reflet de la consommation quotidienne de sel est la mesure de la natriurèse des 24h.

La consommation d'alcool est associée de façon linéaire à la survenue et à l'aggravation d'une hypertension artérielle. En pratique, les recommandations européennes recommandent de limiter la consommation d'alcool à 20-30 g/j (soit 2 à 3 verres) d'éthanol chez les hommes et 10-20 g/j chez les femmes, la consommation totale d'alcool ne devant pas excéder 140 g/sem chez les hommes et 80 g/sem chez les femmes.(12)

Au niveau diététique, il est conseillé d'avoir une alimentation riche en fruits, en légumes (300 à 400gr/j) et riche en fibres tout en tenant compte de l'apport en sucre des fruits frais chez les patients en surpoids. A contrario, les aliments riches en graisses saturées et en cholestérol sont déconseillés.

Une perte de poids est recommandée en cas de surpoids ou d'obésité. Les objectifs sont de maintenir un IMC autour de 25kg/m² et une circonférence abdominale <102cm chez l'homme et < 88cm chez la femme. Il a été montré qu'une perte de 5,1kg était associée à une baisse de la PAS de 4.4mmHg et une baisse de la PAD de 3.6mmHg.

Une activité physique de moyenne intensité (marche rapide, course à pied, cyclisme, natation...) est recommandée à hauteur de 30 min/j sur 5 à 7 jours par semaine. L'activité physique a pour but de diminuer le risque cardio-vasculaire.(18)

Le tabac est un facteur de risque cardio-vasculaire majeur. Chaque cigarette augmente la fréquence cardiaque et la pression artérielle pendant et 15min après la consommation de celle-ci. L'arrêt du tabac est donc nécessaire dans la prévention des complications cardio-vasculaires et au-delà permet une réduction du risque de cancer et de maladies pulmonaires.

Lorsqu'un traitement pharmacologique est nécessaire, il est recommandé de débiter par une monothérapie, en monoprise si possible, parmi l'une des classes suivantes(19) : diurétique thiazidique, inhibiteur du SRAA (IEC ou ARA2), inhibiteur calcique. Les bêta-bloquants peuvent être utilisés comme traitement anti-hypertenseur, mais ils semblent être moins protecteurs que les autres classes sur le risque vasculaire cérébral(19).

Après introduction d'un traitement anti-hypertenseur, un suivi mensuel est recommandé pour évaluer la bonne tolérance du traitement et l'atteinte de l'objectif tensionnel. Si l'objectif tensionnel n'est pas atteint à 1 mois, il est préférable de passer à une bithérapie. Cette bithérapie doit comporter de façon préférentielle 2 des 3 classes suivantes : inhibiteur du SRAA (IEC ou ARA2) et/ou inhibiteur calcique et/ou diurétique thiazidique.(20)

Bien sûr le choix du traitement doit prendre en compte les comorbidités des patients (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, cardiopathie ischémique par exemple).

Après atteinte de l'objectif tensionnel, des consultations régulières (tous les 3 à 6 mois) sont recommandées pour évaluer l'efficacité, la tolérance et l'observance du traitement. On profitera de ces consultations pour renforcer l'éducation thérapeutique et dépister la survenue de complications. Concernant l'efficacité du traitement, on s'assurera du contrôle tensionnel par la mesure de la PA en consultation mais également par l'auto-mesure tensionnelle au domicile.

Le médecin généraliste est donc un acteur de premier plan dans la prise en charge de l'HTA. Il dépiste les patients hypertendus, pose le diagnostic, réalise les premiers examens complémentaires, dépiste les autres facteurs de risques cardio-vasculaires et les facteurs de résistance, rappelle les mesures hygiéno-diététiques, introduit un traitement anti hypertenseur, et assure le suivi de cette pathologie. Il doit aussi assurer l'orientation vers un centre spécialisé dans l'HTA et la coordination des soins dans certains cas.

A cet égard, les recommandations ont établi un certain nombre de préconisations qui sont résumées dans la fiche mémo de la HAS(20). On distingue trois types de situations nécessitant un avis spécialisé :

⇒ La recherche d'une HTA secondaire

En cas de :

-HTA sévère (PAS > 180 ou PAD > 110mmHg) d'emblée

-HTA avant l'âge de 30 ans

-HTA avec hypokaliémie

⇒ L'atteinte d'organe cible

-En cas d'anomalie rénale (élévation de la créatininémie, protéinurie persistante).

-En cas d'anomalie cardiaque à l'interrogatoire, à l'examen physique ou à l'ECG.

-Il est recommandé d'effectuer un repérage des troubles cognitifs en utilisant le MMSE chez un patient hypertendu de plus de 75 ans. La présence de troubles cognitifs appelle la réalisation d'un bilan adapté et la mise en place d'aides pour faciliter l'observance thérapeutique.

⇒ HTA non contrôlée après 6 mois de prise en charge

-HTA persistante au cabinet et au domicile (confirmée par une automesure tensionnelle ou une MAPA)

-malgré une bonne observance des règles hygiéno-diététiques et d'une trithérapie anti-hypertensive comprenant au moins 1 diurétique

L'hypertension artérielle essentielle est principalement gérée par les Médecins Généralistes. En effet, entre 2000 et 2006 le taux de patient hypertendus ayant consulté un cardiologue libéral se situait entre 8 et 9%. Cependant le Médecin Généraliste n'est pas toujours celui qui oriente le patient vers un centre spécialisé.(7)

En synthèse, l'hypertension artérielle est un facteur de risque cardiovasculaire qui concerne au moins 10 % de la population. Ce pourcentage va encore augmenter avec le vieillissement de la population. La qualité du contrôle de la pression artérielle permet d'éviter un grand nombre d'accidents cardio-vasculaires. En dépit de ces éléments, seule la moitié des patients hypertendus est contrôlée. Il y a donc dans notre pays beaucoup de patients atteints de complications de l'hypertension artérielle (à savoir : accident vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde, insuffisances cardiaques et démences) qui pourraient être évitées. Une bonne coordination entre la médecine générale et des centres spécialisés dans la gestion des hypertensions complexes pourrait contribuer à atteindre cet objectif. Pour progresser dans ce sens, il convient dans un premier temps d'identifier les raisons qui conduisent le médecin généraliste actuellement à orienter les patients vers ce type de centre.

L'objectif de ce travail est donc de caractériser la typologie des patients adressés par les médecins généralistes et des patients adressés par les autres spécialistes au service de médecine interne HTA du CHU de Toulouse en 2016.

METHODES

Pour répondre à cet objectif, nous avons opté pour une étude observationnelle descriptive. Le recueil de données a été rétrospectif. Ont été inclus, les patients hypertendus se présentant pour la première fois en hospitalisation dans le service de médecine interne HTA du CHU Rangueil, à Toulouse, au cours de l'année 2016. A partir de cet échantillon, 2 groupes ont été formés : un groupe « adressé par le MG » et un groupe « adressé par un autre spécialiste ».

Les variables étudiées étaient : les caractéristiques socio-démographiques des patients, leurs facteurs de risques cardiovasculaires, leur mode d'entrée dans le service, le nombre et le type de traitement à l'entrée, les mesures de pression artérielle, les facteurs de résistance au traitement, le retentissement de leur hypertension artérielle, les étiologies de l'HTA qui ont été retrouvées à l'occasion de ce bilan, l'évolution des traitements antihypertenseurs. Les différentes données enregistrées sont détaillées ci-dessous.

A) Caractères socio-démographiques :

- âge
- sexe (Homme/Femme)
- BMI = poids (en kg) / taille² (en m)
- commune de résidence (distance la plus courte en km séparant le CHU du domicile du patient sur un itinéraire calculé pour un véhicule léger par google map)

B) facteurs de risques cardio-vasculaires :

- tabagisme actif (ou sevré depuis moins de 3 ans),
- tabagisme sevré (depuis plus de 3 ans).
- dyslipidémie traitée,
- diabète traité,
- HTA (critère d'inclusion),
- Age : homme >50 ans, femme > 60 ans,
- Hérédité Cardiovasculaire.

C) Adressage du patient

-Mode d'adressage : hospitalisation directe, hospitalisation après la consultation d'un sénior du service.

-Motif d'adressage : Bilan étiologique, HTA résistante, Complications aiguë de l'HTA (hospitalisation à la suite d'une atteinte d'organe à la phase aiguë de l'HTA).

D) Caractéristiques de l'HTA

-Pression artérielle lors de l'entrée : mesurée au dynamap ou au manomètre, en mmHg, chez un patient traité ou non)

-résultats de la MAPA : pressions des 24h, pressions de jour, pressions de nuit, en mmHg

-Traitement antihypertenseur à l'entrée : nombre de traitement et classes médicamenteuses (inhibiteur calcique, inhibiteur calcique cardio-sélectif, diurétique épargneur de potassium, antihypertenseur central, ARA2 ou IEC, bêtabloquant, diurétique de l'anse, diurétique thiazidique et apparentés, alpha1bloquant).

-Complications de l'hypertension(21) : insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique, fibrillation auriculaire, AVC ou AIT, rétinopathie hypertensive, prééclampsie, AOMI ou athérosclérose, anévrysme aortique.

-Facteurs Favorisants :

-Sel, définit par une consommation de sel estimée excessive et participant à l'élévation de la pression artérielle dans le courrier de sortie.

-Alcool, définit par une consommation estimée > 3 verres par jour pour un homme, >2 verres par jour pour une femme ou > 14 verres par semaines.(12,22)

-SAS appareillé ou non définit par un index apnée/hypopnée > 5

-Consommation d'AINS considérée comme favorisante,

-Corticothérapie au long cours

-Consommation de réglisse régulière.

E) Intervention

-Traitement à la sortie : nombre de traitement et classes médicamenteuses (inhibiteur calcique, inhibiteur calcique cardio-sélectif, diurétique épargneur de potassium, antihypertenseur central, AINS ou IEC, bétabloquant, diurétiques de l'anse, diurétique thiazidique et apparentés, alpha1bloquant).

-proposition de suivi (consultation service, hospitalisation dans le service, suivi par médecin généraliste, suivi par un spécialiste en ambulatoire).

F) Diagnostic retenu

-HTA essentielle

-Hyperaldostéronisme primaire

-Hyperaldostéronisme secondaire

-HTA réno-vasculaire

-Syndrome de Cushing

-Pheochromocytome

-Causes rares (basalopathie rénale, déficit en 11bétahydroxystéroïde-déshydrogénase)

-Démarche diagnostique inaboutie

G) Analyse statistique

Pour décrire cet échantillon de population, les variables continues sont exprimées en moyenne \pm écart type quand elles suivent une distribution normale et en médiane et quartile autrement.

Les variables qualitatives ont été exprimées en nombres et pourcentages.

Les variables continues ont été comparées en utilisant le test T de Student, et le test de Mann Whitney.

Les variables qualitatives ont été comparées en utilisant le test du chi 2 ou le test exact de Fisher.

Le risque alpha était fixé à 5%.

RESULTATS

321 patients dont les données étaient colligées dans la base de données du service répondaient aux critères : 1^{ère} hospitalisation dans le service médecine interne HTA en 2016.

9 patients ont été exclus (dossiers inexistant, patients non hypertendus). Les patients furent répartis en 2 groupes, un groupe « adressé par un médecin généraliste » (n= 73) un groupe « non adressé par un médecin généraliste » (n= 239).

A) Caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques

	MG	Non MG	p
Age (ans)	54.73±15.02	56.69±16.28	0.3591
IMC (kg/m ²)	29.49±4.54	28.57±5.99	0.2358
Distance entre la commune de résidence et le CHU de Toulouse (km)	73.18±65.28	81.65±146.1	0.6310
Sexe féminin n (%)	40 (54.79)	116 (48.54)	0.3492
Sexe masculin n (%)	33 (45.21)	40 (54.79)	0.3492

IMC : index de masse corporelle.

Il n'y avait pas de différence significative entre les caractéristiques socio-démographiques des 2 groupes

B) Facteurs de risques cardio-vasculaires

Tableau II : facteurs de risque cardio-vasculaire

Variable	MG	Non MG	p
Tabagisme actif n (%)	19 (26.03)	57 (23.85)	0.704
Tabagisme sévère n (%)	23 (31.51)	60 (25.10)	0.2786
Dyslipidémie traitée n (%)	25 (34.25)	86 (35.98)	0.7862
Diabète traité n (%)	13 (17.81)	50 (20.92)	0.5621
Age (>50a pour les hommes, >60a pour les femmes) n (%)	35 (47.95)	140 (58.58)	0.1091
Hérédité cardio-vasculaire n (%)	12 (16.44)	27 (11.30)	0.2450

Concernant les facteurs de risques cardio-vasculaires, l'étude n'a pas mis en évidence de différence significative entre les 2 groupes.

C) Adressage

Tableau III : Consultation d'un sénior avant hospitalisation/hospitalisation directe

Groupe	MG	Non MG	p
Hospitalisation directe n (%)	15 (20.55)	143 (59.83)	<0.0001
Consultation n (%)	58 (79.45)	96 (40.17)	

Il y avait significativement plus d'hospitalisations directes dans le groupe « non adressé par un médecin généraliste » que dans le groupe « adressé par un médecin généraliste ».

Tableau IV : Motif d'adressage

Motif d'adressage	MG	Non MG	p
Recherche étiologique n (%)	56 (76.71)	153 (64.02)	0.0435
HTA résistante n (%)	15 (20.55)	58 (24.27)	0.5111
Patient adressé pour équilibration de la pression artérielle au décours d'une complication* n (%)	3 (4.11)	28 (11.72)	0.0573

*Entrée justifiée par le diagnostic d'une complication de l'HTA à la phase aigüe (exemple : prise en charge au décours d'un AVC pour régulariser la tension ou transfert depuis le service de soins intensifs cardiologiques après un OAP hypertensif).

Il y avait significativement plus d'hospitalisations pour recherche étiologique dans le groupe « adressé par un médecin généraliste » que dans le groupe « non adressé par un médecin généraliste ».

D) Complications liées à l'HTA

Tableau V : Présence de complication

Groupe	MG	Non MG	p
Pas de complication n (%)	60 (82.19)	127 (53.14)	<0.0001
Complication(s) n (%)	13 (17.81)	112 (46.86)	

Il y avait significativement plus de complications dans le groupe « non adressé par un médecin généraliste » que dans le groupe « adressé par un médecin généraliste ».

Tableau VI : Type de complication

Type de complication	MG	Non MG	p
Insuffisance cardiaque n (%)	2 (2.74)	21 (8.79)	0.0836
Cardiopathie Ischémique n (%)	4 (5.48)	38 (15.90)	0.0224
ACFA n (%)	0 (0)	12 (5.02)	0.0509
AVC/AIT n (%)	3 (4.11)	34 (14.23)	0.0193
Insuffisance rénale n (%)	3 (4.11)	28 (11.72)	0.0573
Rétinopathie hypertensive n (%)	1 (1.37)	17 (7.11)	0.0655
Prééclampsie n (%)	2 (2.74)	6 (2.51)	0.9136
AOMI/athérosclérose n (%)	2 (2.74)	24 (10.04)	0.0482
Anévrisme aortique n (%)	0 (0)	5 (2.09)	0.2128

Il y avait significativement plus de cardiopathies ischémiques, d'AVC/AIT et d'AOMI/athéroscléroses dans le groupe « non adressé par un médecin généraliste » que dans le groupe « adressé par un médecin généraliste ».

E) PA/MAPA

Tableau VII : pression artérielle à l'entrée

PA	MG	Non MG	p
PAS	151.86±22.58	153.39±24.97	0.6408
PAD	84.66±13.92	85.53±17.0	0.6895

Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant la pression artérielle mesurée à l'entrée dans le service.

Tableau VIII : MAPA

MAPA	PA	MG	Non MG	p
MAPA 24h	PAS	136.30±13.44	143.32±16.12	0.0016
	PAD	82.79±11.87	83.35±13.29	0.7584
MAPA jour	PAS	139.19±13.64	145.12±16.28	0.0079
	PAD	85.24±11.82	85.27±13.74	0.9857
MAPA nuit	PAS	128.03±13.97	135.32±20.61	0.0079
	PAD	75.27±10.91	77.21±13.83	0.3022

Les pressions artérielles systoliques des MAPA jour, nuit et des 24h étaient significativement plus élevées dans le groupe « non adressé par un médecin généraliste » que dans le groupe « adressé par un médecin généraliste ». Ceci s'explique sans doute par le fait que les médecins non généralistes adressent plus de patients pour hypertension artérielle résistante que les médecins généralistes.

Tableau IX : Nombre de traitement anti-hypertenseur à l'entrée

	MG	Non MG	p
Nombre de traitement antihypertenseur à l'entrée	2.09±1.40	2.76±1.63	0.0017

Les patients du groupe « non adressé par un médecin généraliste » avaient significativement plus de traitements antihypertenseurs à l'entrée dans le service.

F) Facteurs favorisants

Tableau X : présence de facteur favorisant

	MG	Non MG	p
Présence d'au moins 1 facteur favorisant n (%)	41 (56.16)	146 (61.09)	0.4525

Il n'y avait pas plus de facteurs favorisants dans un groupe comparé à l'autre.

Tableau XI : Types de facteurs favorisant

Facteur favorisant	MG	Non MG	p
Sel n (%)	24 (32.88)	65 (27.20)	0.3469
OH n (%)	13 (17.81)	34 (14.23)	0.4539
SAOS n (%)	12 (16.44)	70 (29.29)	0.0290
AINS n (%)	14 (19.18)	32 (13.39)	0.2221
Corticoïde n (%)	6 (8.22)	9 (3.77)	0.1195
Réglisse n (%)	3 (4.11)	6 (2.51)	0.4749

Il y avait significativement plus de patients atteint d'un SAOS dans le groupe « non adressé par un médecin généraliste » que dans le groupe « adressé par un médecin généraliste ».

G) Interventions par le service

Tableau XII : Nombre de traitements à la sortie

Groupe	MG	Non MG	p
Nombre de traitement à la sortie	2.45±1.30	3.18±1.48	0.0002

Les patients du groupe « non adressé par un médecin généraliste » recevaient plus de molécules antihypertensives à la sortie du service que les patients du groupe « adressé par un médecin généraliste ».

Tableau XIII : Classe médicamenteuse prescrite à la sortie

Traitement		Groupe		p
Classe médicamenteuse	Nombre de médicaments prescrits appartenant à la classe	MG	Non MG	
Inhibiteur calcique n (%)	1	35 (47.95)	152 (63.60)	0.0148
	2	1 (1.37)	0 (0)	
Diurétique épargneur de potassium n (%)	1	8 (10.96)	26 (10.88)	0.7353
	2	0 (0)	2 (0.64)	
Antihypertenseur central n (%)	1	15 (20.55)	84 (35.45)	0.0222
	2	0 (0)	5 (2.09)	
ARA2 ou IEC n (%)	1	39 (53.42)	138 (57.74)	0.1854
	2	2 (2.74)	1 (0.42)	
Bétabloquant n (%)	1	19 (26.03)	99 (41.42)	0.0176
	2	0 (0)	0 (0)	
Diurétique de l'anse n (%)	1	1 (1.37)	30 (12.55)	0.0052
	2	0 (0)	0 (0)	
Diurétique thiazidique et apparentés n (%)	1	18 (24.66)	78 (32.64)	0.3089
	2	1 (1.37)	1 (0.42)	
Inhibiteur calcique sélectif n (%)	1	9 (12.33)	34 (14.23)	0.6807
	2	0 (0)	0 (0)	
Alpha bloquant n (%)	1	1 (1.37)	1 (0.42)	0.3727
	2	0 (0)	0 (0)	

Les traitements antihypertenseurs centraux, les diurétiques de l'anse et les béta bloquants étaient significativement plus utilisés chez les patients du groupe « non adressé par un médecin généraliste ».

H) Diagnostic

Tableau XIV : HTA essentielle

Groupe	MG	Non MG	p
HTA essentielle	43 (58.90)	92 (38.49)	0.0021

Il y avait significativement plus de diagnostic d'HTA essentielle dans le groupe « adressé par un médecin généraliste ».

I) Mode de suivi

Tableau XV : Mode de suivi

Mode de suivi	MG	Non MG	p
Hospitalisation dans le service	23 (31.51)	103 (43.28)	0.0731
Consultation du service	25 (34.25)	46 (19.33)	0.0079
Ambulatoire par spécialiste	16 (21.92)	73 (30.67)	0.1477
Ambulatoire par MG	9 (12.33)	16 (6.72)	0.1233

Il y avait significativement plus de patients du groupe « adressé par un médecin généraliste » à qui il était proposé une consultation dans le service d'hypertension artérielle dans les suites de l'hospitalisation.

J) Prise en charge de l'HTA chez les patients adressés par les MG

Nous nous sommes attachés à étudier le contrôle de l'hypertension artérielle et la prise en charge thérapeutique des patients adressés par le MG.

Concernant les patients adressés par les MG pour HTA résistante, 15 patients ont été adressés par les MG pour ce motif.

Tableau XVI : Traitements à l'entrée des patients adressés par les MG pour HTA résistante

Traitement	Nombre de traitement par classe médicamenteuse	
Classe médicamenteuse	1	2
Inhibiteur Calcique n (%)	9 (60)	0 (0)
Diurétique d'épargne potassique n (%)	0 (0)	0 (0)
Antihypertenseur central n (%)	5 (33.33)	0 (0)
ARA 2 ou IEC n (%)	14 (93.33)	1 (6.67)
Bétabloquant n (%)	6 (40)	0 (0)
Diurétique de l'anse n (%)	1 (6.67)	0 (0)
Diurétique thiazidique et apparenté n (%)	6 (40)	1 (6.67)
Inhibiteur calcique sélectif n (%)	1 (6.67)	0 (0)
Alpha bloquant n (%)	0 (0)	0 (0)
Trithérapie antihypertensive avec au moins un diurétique thiazidique n (%)	oui 6 (40)	non 9 (60)

Chez les patients adressés par les MG pour HTA résistante les classes thérapeutiques les plus représentées sont les inhibiteurs du SRAA (ARA 2 ou IEC), puis les inhibiteurs calciques et enfin dans les mêmes proportions les diurétiques thiazidiques et les bétabloquants.

40% des patients adressés par les MG pour HTA résistante sont traités par une trithérapie comprenant un diurétique thiazidique.

Parmi les 47 patients adressés par les MG et ayant une PA diurne à la MAPA >135/85 mm Hg et de fait ayant une HTA non contrôlés seuls 10 d'entre eux (21.28%) étaient traités par une trithérapie comprenant un diurétique thiazidique.

DISCUSSION

Notre étude montre tout d'abord que les MG recourent moins fréquemment au service d'hypertension artérielle que les autres spécialistes. Nous observons aussi qu'une majorité de patients hypertendus est adressée par les médecins généralistes au service de médecine interne HTA pour la réalisation d'un bilan étiologique à la recherche d'une HTA secondaire. A l'inverse une plus grande proportion des patients hypertendus adressés par les autres spécialistes l'est pour une hypertension artérielle résistante. En accord avec le motif d'hospitalisation, les patients du groupe « non adressé par un MG » avaient en moyenne plus de traitements antihypertenseurs et avaient des pressions artérielles systoliques plus élevées à la MAPA. D'autre part les patients adressés par les spécialistes non MG sont en majorité des patients hypertendus compliqués. En effet, alors que les caractéristiques sociologiques et démographiques et les facteurs de risques cardio-vasculaires des deux groupes sont très similaires, les comorbidités cardiovasculaires sont plus fréquemment présentes chez les patients adressés par les autres spécialistes.

Enfin, il est intéressant de noter que la distance séparant la commune de résidence des patients et le CHU n'est pas significativement différente selon les groupes : ainsi, les MG comme les autres spécialistes utilisent le service d'HTA comme un recours et pas comme un centre de soins de proximité.

Le parcours des patients hypertendus

La photographie faite dans cette étude permet de retracer le parcours des patients hypertendus dans notre système de soin. Alors que les MG prennent en charge la très grande majorité des patients hypertendus, notre étude suggère que ceux-ci recourent moins souvent que les autres spécialistes au service d'HTA. Elle suggère également qu'ils adressent plus volontiers les patients hypertendus compliqués (patients polyopathologiques, patients présentant de nombreuses complications cardio-vasculaires ou rénales) vers les spécialistes d'organe et orientent préférentiellement vers le service de référence les patients hypertendus pour lesquels ils envisagent la présence d'une hypertension artérielle secondaire.

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, le pourcentage d'hypertendus traités contrôlés dans notre pays est assez bas, aux environs de 50%(5,8). D'un autre côté, le pourcentage de patients hypertendus adressés par les médecins généralistes aux spécialistes est inférieur à 10%(7). A partir de ces données et des résultats de cette étude, on peut déduire qu'un grand nombre de patient présentant une HTA non contrôlée sont pris en charge par le médecin généraliste seul, sans recours à d'autres spécialités.

A partir de ce constat et des connaissances actuelles sur les bénéfices du contrôle de l'hypertension artérielle (diminution d'incidence de 50% environ des accidents vasculaires cérébraux, de 60% de l'insuffisance cardiaque et de 30% des infarctus(13)), une optimisation du parcours de soins de ces patients hypertendus non contrôlés permettrait de diminuer la survenue des complications de l'HTA, assurer un maintien de la qualité de vie chez ces patients et une réduction des coûts de santé.

Analyse du traitement chez les hypertendus non contrôlés adressés par les MG

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé proposent de mettre en place une trithérapie associant un bloqueur du système rénine angiotensine, un inhibiteur calcique et un diurétique thiazidique chez les patients présentant une HTA non contrôlée sous bithérapie. En cas de résistance à cette trithérapie, il est proposé de recourir à un avis spécialisé dans le domaine de l'HTA.

En référence à cette recommandation, nous observons que parmi les 15 patients adressés par les MG auprès du service d'HTA pour HTA résistante, 40% recevaient ce type de trithérapie. D'autre part, parmi les 47 patients (64%) adressés par les MG ayant une MAPA témoignant d'une HTA non contrôlée, seuls 10 d'entre eux (21.28%) étaient traités par une trithérapie comprenant un diurétique thiazidique (données non montrées).

Concernant les classes médicamenteuses prescrites par le service médecine interne HTA, les diurétiques de l'anse et les bêta bloquants étaient moins fréquemment prescrits chez les patients adressés par un médecin généraliste. Phénomène probablement liée à une plus faible prévalence des complications cardiovasculaires dans ce groupe. Par ailleurs, les antihypertenseurs centraux étaient également moins utilisés dans le groupe « adressés par un médecin généraliste ». Ce résultat est peut-être lié, d'une part, au respect des recommandations, et d'autre part, au fait que les patients de ce groupe on, en moyenne, moins de traitement à l'entrée dans le service.

En synthèse, respectivement 40% et 21% des patients adressés par les MG pour HTA résistante ou ayant une PA diurne à la MAPA témoignant d'une HTA non contrôlée recevaient une trithérapie comportant un diurétique. Ceci suggère des marges de progression dans la prise en charge des hypertensions résistantes.

Modalité de suivi

Les modalités de suivi des patients sont différentes selon que le patient soit adressé par un MG ou un autre spécialiste. Les patients adressés par les médecins généralistes sont significativement plus revus en consultation au décours de leur hospitalisation. Ces consultations peuvent paraître redondantes avec le suivi assuré par les médecins généralistes. Une fois encore, en améliorant le dialogue entre la médecine de ville et le centre de référence on peut très bien imaginer un suivi entièrement géré par le médecin généraliste avec, en cas de besoin, un contact privilégié avec le centre de référence.

Forces et limites de l'étude

Cette étude présentait de nombreux biais, du fait de sa construction elle s'exposait aux biais des études rétrospectives. Tout d'abord, le biais déclaratif et le biais de prévarication, plusieurs critères recueillis reposant sur l'interrogatoire des patients. Un autre biais repose sur la qualité des données disponibles, les dossiers n'ayant pas été rédigés suivant un protocole clinique, certaines informations pouvaient manquer. Enfin, la répétition des analyses statistiques exposant au risque de survenue d'une erreur liée au hasard.

Mais cette étude est exhaustive, elle ne vise pas à démontrer un lien de causalité ou un facteur de risque, mais plutôt à dresser un constat de la situation, une vue globale, dans le but de rechercher des pistes à explorer afin d'améliorer la prise en charge de l'HTA en Occitanie.

CONCLUSION

Cette étude nous montre que les médecins généralistes utilisent moins le service de médecine interne HTA que les autres spécialistes. Et lorsqu'ils ont recours à ce service c'est essentiellement dans une démarche de diagnostic étiologique. A l'inverse, le service d'HTA propose dans un grand nombre de cas un suivi aux patients adressés par les MG. Si l'on prend en compte le fait que plus de la moitié des hypertendus traités en France ne sont pas contrôlés, nos résultats suggèrent qu'une meilleure articulation entre les centres spécialisés dans l'HTA et la Médecine Générale pourrait être de nature à améliorer la prise en charge de l'HTA dans notre pays.


Concrètement, améliorer la relation entre la médecine de ville et les centres de références permettrait d'optimiser la prise en charge thérapeutique en adaptant les lignes de traitement au patient, à son mode de vie et à ses antécédents, tout en limitant l'inertie thérapeutique et en luttant contre l'inobservance médicamenteuse.

Le suivi des patients à la sortie du service pourrait être assuré par les médecins généralistes qui, en cas de difficulté, pourraient, bénéficier d'une aide à la prise en charge par le CHU.

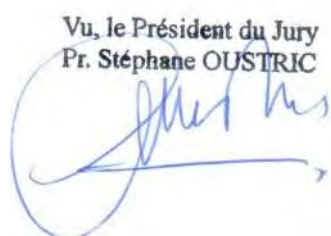
Par ailleurs, des MG spécialisés dans la prise en charge de l'hypertension artérielle pourraient servir de relais entre la médecine de ville et le CHU avec, comme principales missions, le conseil thérapeutique et la participation à la formation médicale continue des médecins généralistes.

Toulouse, le 18/05/2018

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



Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC



Bibliographie :

1. World Health Organisation. A global brief on hypertension [Internet]. 2013 [cité 15 févr 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf
2. Godet-Thobie H, Vernay M, Noukpoape A, Salanave B, Malon A, Castetbon K. Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007. :16.
3. Girerd X, Hanon O, Pannier B, Vaïsse B. [Development of a risk calculator for drug compliance in treated hypertensives: The FLAHS Compliance Calculator]. Ann Cardiol Angeiol (Paris). juin 2017;66(3):149-53.
4. Girerd X, Hanon O, Pannier B, Mourad JJ, Vaïsse B. Hypertension artérielle du sujet âgé en France : caractéristiques du traitement et fréquence de la plainte cognitive selon l'enquête FLAHS 2014. Ann Cardiol Angéiologie. juin 2015;64(3):145-9.
5. Girerd X, Hanon O, Pannier B, Vaïsse B, Mourad J-J. [Trends in the use of antihypertensive drugs in France from 2002 to 2012: FLAHS surveys]. Ann Cardiol Angeiol (Paris). juin 2013;62(3):210-4.
6. Robert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 [Internet]. 2006 [cité 28 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
7. HAS, SFHTA. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. 2016 [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_hta_mel.pdf
8. Mourad JJ. 3A.04: OBJECTIVE FOR 2015: 70% OF TREATED AND CONTROLLED HYPERTENSIVE PATIENTS. HOW FAR FROM THIS GOAL WAS FRANCE IN 2014? J Hypertens. juin 2015;33 Suppl 1:e32.
9. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertens Dallas Tex 1979. 13 nov 2017;
10. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques-santé publique. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017 [Internet]. 2017 [cité 5 avr 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017_5_principales_causes_de_deces_et_de_morbidite.pdf
11. Mourad J-J, Pannier B, Hanon O, Postel-Vinay N, Herpin D, Vaïsse B, et al. Prévalence de l'HTA et des cofacteurs du risque vasculaire en France : étude FLAHS 2009. J Mal Vasc. mars 2010;35(2):103.

12. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens.* juill 2013;31(7):1281-357.
13. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ.* 19 mai 2009;338:b1665.
14. Blacher J, Halimi J-M, Hanon O, Mourad J-J, Pathak A, Schnebert B, et al. Recommandation: Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. *Arch Mal Coeur Vaiss - Prat.* nov 2013;2013(222):46-50.
15. Daskalopoulou SS, Rabi DM, Zarnke KB, Dasgupta K, Nerenberg K, Cloutier L, et al. The 2015 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. *Can J Cardiol.* 1 mai 2015;31(5):549-68.
16. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension. Clinical management of primary hypertension in adults. [Internet]. 2011 [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg127/resources/hypertension-in-adults-diagnosis-and-management-35109454941637>
17. Girerd X, Villeneuve F, Deleste F, Giral P, Rosenbaum D. Mise au point et évaluation de l'ExSel Test pour dépister une consommation excessive de sel chez les patients hypertendus. /data/revues/00033928/v64i3/S0003392815000797/ [Internet]. 18 juin 2015 [cité 7 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/985226>
18. Organisation mondiale de la santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. OMS; 2010.
19. HAS. Evaluation par classe des médicaments antihypertenseurs [Internet]. 2013 [cité 28 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/rapport_evaluation_medicaments_antihypertenseurs.pdf
20. SFHTA. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. 2016 [cité 16 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_hta__mel.pdf
21. Kenning I, Kerandi H, Luehr D, Margolis K, O'Connor P, Pereira C, et al. Hypertension diagnosis and treatment. *Blood Press.* 2014;140:90.
22. Alcool et médecine générale - Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. :142.

Typologie et devenir des patients adressés par les Médecins Généralistes d'Occitanie au service d'Hypertension Artérielle du CHU de Toulouse.

INTRODUCTION : L'hypertension artérielle (HTA) est l'un des principaux facteurs de risque cardio-vasculaire. En France, en 2017, 10,8 millions de patients hypertendus sont traités. Environ 50% des patients traités n'atteignent pas les objectifs tensionnels. L'objectif de ce travail est de caractériser la typologie des patients adressés par les médecins généralistes (MG) et autres spécialistes au service de médecine interne HTA du CHU de Toulouse en 2016.

MATERIEL ET METHODES : Nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective et descriptive. Ont été inclus les patients hypertendus se présentant pour la première fois en hospitalisation dans le service de médecine interne HTA du CHU Rangueil, à Toulouse, au cours de l'année 2016. 2 groupes ont été formés : « adressé par le MG » et « adressé par un autre spécialiste ». Nous avons recueilli les caractéristiques socio-démographiques, cliniques et thérapeutiques des patients.

RESULTATS : 312 patients ont été inclus, 73 adressés par les MG, 239 par les autres spécialistes. Les patients adressés par les MG étaient moins traités, présentaient moins de complications, 76.7% de ces patients étaient adressés pour la réalisation d'un bilan étiologique, 64% présentaient une HTA non contrôlée et ils étaient plus revus en consultation au décours de l'hospitalisation.

CONCLUSION : Les MG ont peu recours au service médecine interne HTA et principalement dans un but étiologique. Sur le plan thérapeutique une meilleure coordination entre la médecine générale et les centres spécialisés dans la prise en charge de l'HTA pourrait augmenter le nombre de patients hypertendus contrôlés.

TITRE EN ANGLAIS : Typology and future of patients referred by general practitioners from occitanie to arterial hypertension department of Toulouse University Hospital.

MOTS-CLES : Hypertension artérielle, médecins généralistes, service médecine interne HTA.
