

Inertie thérapeutique dans l'HTA :

à propos de résultats de 3 thèses
et d'une observation

H. Falcoff

Journée recherche de la SFTG

9 février 2013

S. Bencherif (2010) et S. Khau (2012)

- Etude rétrospective, patients hypertendus suivis entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2007.
- Utilisation de la base de données ASTI 2 fabriquée lors d'une étude randomisée d'intervention multicentrique en médecine générale.
- Définition minutieuse de l'inertie thérapeutique

Inertie thérapeutique

- **14691 consultations / 1066 patients / 36 médecins**
 - Hommes = 46.9 % / Femmes = 53.1 %
 - Diabète=26.1%
 - IRC=5%
 - IDM, AVC, AOMI=16.5%
- **2470 consultations sans modification du traitement sur 2970 consultations où modification indiquée**
→ IT = 84,6%
- « IT justifiée » par écrit dans le dossier :
1001 consultations (40,5%) .

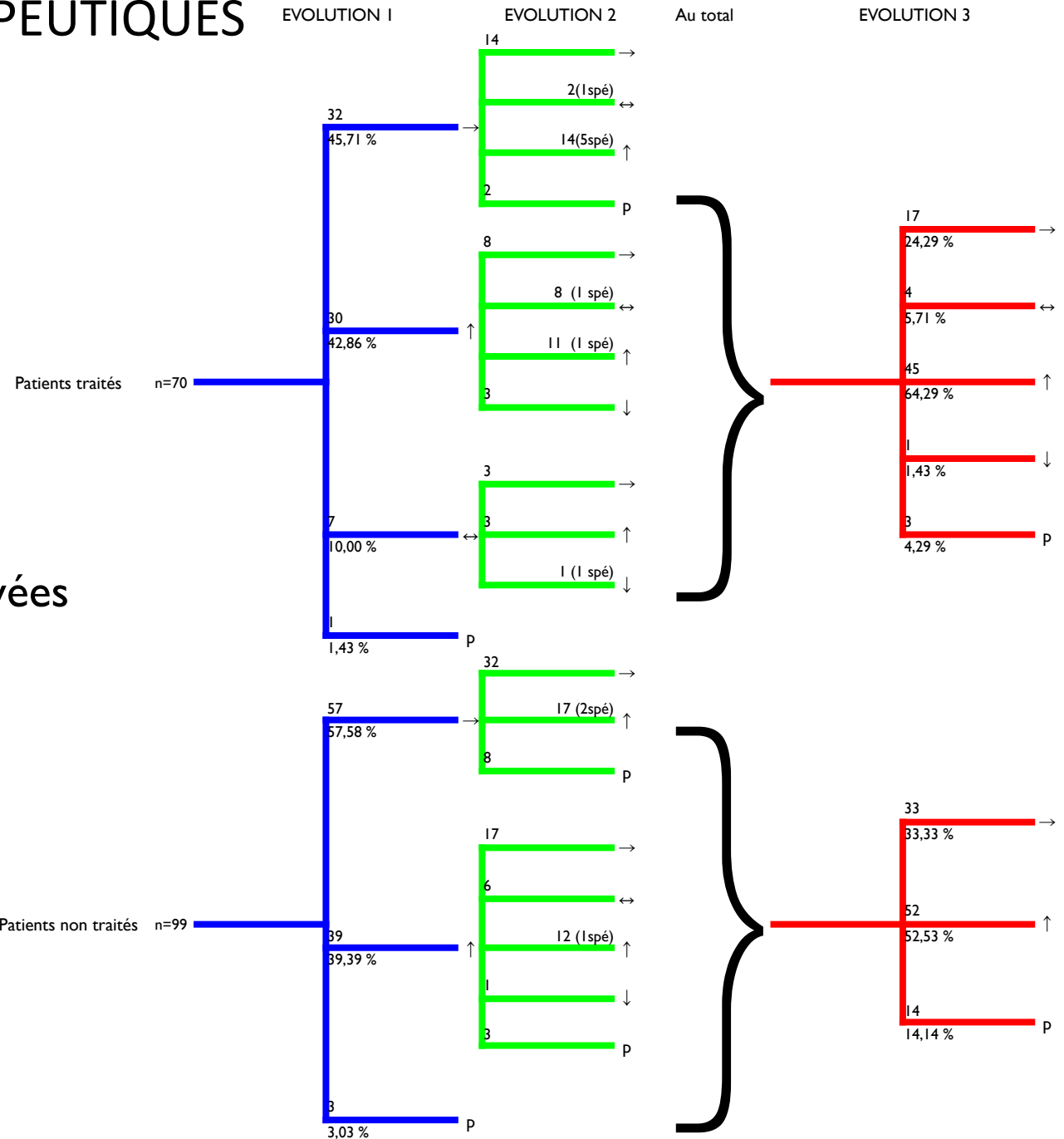
Justifications

Item	Justifications	Fréquence
<p>Autre problème prioritaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pathologie intercurrente aiguë • Symptôme douloureux • Traumatisme • Poly-pathologie 	<p>42.7%</p>
<p>Mesure de la PA ne reflète pas l'état réel de contrôle tensionnel du patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effet blouse blanche • Prise de médicament augmentant la PA • Auto-mesure normale à domicile • Emotion, stress, effort, tabac, OH 	<p>20%</p>
<p>Action autre qu'une modification du traitement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orienté vers spécialiste ou cardiologue • Patient à revoir après MAPA, biologie • Besoin de temps pour juger du traitement 	<p>19%</p>
<p>Mauvaise compliance du patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réticence, non prise, erreur de traitement • Non respect des RHD 	<p>12.8%</p>
<p>Acceptation « en conscience » d'une PA élevée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patient jugé asymptomatique • HTA stable connue, ancienne • PA « limite » 	<p>4.5%</p>

M. Malaysson (2012)

- Etude rétrospective, base de + de 900 résultats d'AMT, cabinet de groupe. Recueil de données dans dossiers.
- Différentes analyses (fréquence de l'HTA de consultation, comparaisons matin-soir, 2j-3j, etc)
- Mesure de l'inertie thérapeutique suite aux AMT quimontrent des chiffres au dessus de l'objectif (135/85).

ATTITUDES THÉRAPEUTIQUES



- Patients ayant les 2 PA casuelles antérieures élevées

- AMT élevée

Motifs de non modification

- règles hygiéno-diététiques
- délai « stratégique »
- réticence des patients
- mauvaises interprétation des résultats /erreurs
- épisodes intercurrents
- PA casuelle postérieure normale

F. Renaiier (2012)

- « Etude prévention » chez des maîtres de stage franciliens.
- Enquête en miroir médecins et patients, rôle ++ des internes.
- Plusieurs thèmes de prévention dont HTA
- Environ 3500 patients (tirés au sort dans les listes médecin traitant)
- FR a étudié la PAS selon la position sociale des patients

PA systolique \leq 140 et PCS

	Tout l'échantillon	Non hypertendus	Hypertendus
Cadres	80,8%	91,4%	55,0%
Employés	77,0%	89,4%	52,0%
Ouvriers	64,6%	80,7%	48,0%

Observation

- Supervision indirecte de l'interne en SASPAS
- Mr S, malien, 49 ans, vit dans un foyer
- Consulte l'interne pour « grippe »
- PA 180/90
- L'interne prescrit des examens biologiques et conseille au patient de revenir avec les résultats voir son médecin traitant
- Au vu du dossier ce scénario s'est déjà produit au moins 3 fois depuis 2005 !
- Les cas comme celui de Mr S sont fréquents, voire sont « la règle ».

Questions

- L'AMT permet-elle de réduire l'IT ?
- Les justifications sont-elles différentes selon la position sociale ? (fréquence, type)
- L'IT est elle plus importante dans les « gros » cabinets de groupe avec internes en SASPAS ?
- Un protocole incluant une AMT peut-il réduire le gradient social de l'hypertension ?