



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

DOUBLE
160 673

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2002

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 88



THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

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

Par

Mathilde HELAINE

Le 23 septembre 2002

L'OBJECTIF MANOMETRIQUE DU TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE EST IL ATTEINT ?

Seul et unique tour d'un audit de médecins généralistes lorrains.

Examineur de la thèse :

M. F. ZANNAD	Professeur	Président
M. J-D DE KORWIN	Professeur	}
M. S. BRIANÇON	Professeur	} Juges
M. J. BIRGE	Docteur en médecine	}





THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

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

Par

Mathilde HELAINE

Le 23 septembre 2002

L'OBJECTIF MANOMETRIQUE DU TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE EST IL ATTEINT ?

Seul et unique tour d'un audit de médecins généralistes lorrains.

Examineur de la thèse :

M. F. ZANNAD
M .J-D. DE KORWIN
M. S. BRIANCON
M. J. BIRGE

Professeur
Professeur
Professeur
Docteur en médecine

Président
}
} Juges
}

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Henry COUDANE

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Pierre ARNOULD – Roger BENICHOUX – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

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

Professeur Jean-Claude HOFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER

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

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

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

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

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

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

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

Professeur Alain LE FAOU

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

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

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

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

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

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ – Professeur Paul-Michel MERTEZ

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD – Professeur Bruno LÉVY

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

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

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN

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

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

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

Professeur Jean-Marie ANDRE

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

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

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Jean-Marie POLU – Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU de CHURET

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

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

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

Professeur Gérard FIEVE

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

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

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

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

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY – Professeur Athanase BENETOS

Professeur Gisèle KANNY

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

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

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

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

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Pierre DROUIN – Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

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

Professeur Hubert GERARD

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

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

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

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

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27^{ème} section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

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

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENËT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

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

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

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK

Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIIEWSKI – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

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

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

Docteur Mickaël KRAMER – Docteur François ALLA

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

Docteur Pierre GILLOIS

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

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN

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

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

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

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

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

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

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

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

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

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel DUC
Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER
Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Adrien DUPREZ

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Faiez ZANNAD
Professeur de thérapeutique

Vous avez eu la gentillesse d'accepter de valider notre audit clinique ;
Vous nous faites désormais un grand honneur en acceptant de présider cette thèse.
Pour votre disponibilité, vos précieux conseils, qui nous ont permis de mener à bien ce travail,
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Professeur de médecine interne

Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans
notre jury de thèse,
Pour votre disponibilité en tant que coordonnateur du troisième
cycle de médecine générale,
Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

Monsieur le professeur Serge BRIANCON
Professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention

Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans
notre jury de thèse,
Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse
considération.

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur Jacques BIRGE
Médecin généraliste

Pour l'enthousiasme que vous apportez à l'évaluation des
pratiques professionnelles,
Pour le dévouement et l'énergie que vous consacrez à
l'exercice de la médecine générale ;

Pour l'aide et le soutien que vous nous avez apporté tout au
long de l'élaboration de ce précieux travail, et pour avoir
accepter d'en être le directeur ;

Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère
reconnaissance.

Au Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques
A Monsieur Jean-Marc Virion

Pour votre aide et votre accueil bienveillant,
Recevez toute ma gratitude.

Aux médecins généralistes Lorrains ayant participé à l'audit
Pour leur disponibilité,
Avec tous mes remerciements.

A mes parents, pour leur soutien inconditionnel tout au long de mes études
Avec toute mon affection.

A Jules et Paul, mes neveux chéris
A Emilie, ma petite sœur
A Sébastien, mon grand frère
Avec tout mon attachement.

A ma grand-mère et à tous les membres de ma grande famille...

A mes complices,

A Emma, à Louis (bienvenu parmi nous ...)

A Nadège, Loïc et Théo,

A Boris,

A Cécile, Christophe, Marion et Maxime ,

A Omar,

A Jérôme, à Christèle,

Et à tous mes fidèles amis...

Pour tout ce qu'ils représentent pour moi, avec toute ma tendresse...

A tous ceux qui se sont approchés de ma vie,

L'ont croisée ou l'ont effleurée,

Pour leurs rayons de soleil...

A la vie,
A l'espoir...

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

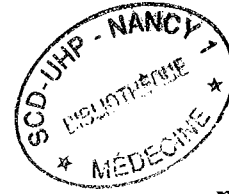
Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

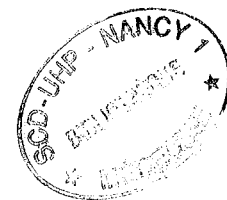
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES



INTRODUCTION	p.19
CHAPITRE I : L'HTA . GENERALITES	p.21
I.DEFINITION DE L'HTA, CLASSIFICATION ET STRATIFICATION DU RISQUE	p.22
I.1. Selon l'ANAES, 2001	p.22
-Evaluation du patient hypertendu et objectif tensionnel	p.23
-HTA et sujet âgé	p.23
I.2. Selon le sixième rapport du JNC, 1997	p.23
I.2.1. Définition de l'HTA et objectif tensionnel	p.23
I.2.2. Classification de l'HTA	p.24
I.2.3. Détection et confirmation	p.24
I.2.4. Stratification du risque	p.25
I.3. Selon l'OMS-ISH	p.26
I.3.1. Définition de l'HTA	p.26
I.3.2. Classification de l'HTA	p.26
I.3.3. Classification des patients en fonction du risque cardio-vasculaire absolu	p.26
I.3.4. Buts et moyens du traitement	p.27
I.4. Selon la BHS	p.27
I.5. Synthèse des recommandations	p.27
II. EPIDEMIOLOGIE DE L'HTA EN FRANCE	p.29
II.1. Evaluation épidémiologique de l'HTA comme facteur de risque cardio-vasculaire, en France	p.29
II.2. Prévalence de l'HTA en France	p.29
-Rapport du CREDES, 1999	p.30
-Etude WHO-MONICA, 1997	p.31
-Etude IHPAF, 1997	p.31
II.3. Prévalence de l'HTA en médecine générale	p.32
II.2.1. Etude PHARE I, 1994	p.32
II.2.2. Etude de l'observatoire de médecine générale, 1995	p.32
III. LE CONTROLE DE L'HTA EST IL SATISFAISANT EN FRANCE ?	p.35
III.1. L'étude WHO-MONICA	p.35
III.2. Enquête multicentrique	p.36
III.3. Etude IHPAF	p.36
III.4. Etude PHARE	p.37
III.5. Enquête de l'assurance maladie sur l'HTA sévère exonérée	p.39

CHAPITRE II : EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	p.42
I. L'EVALUATION MEDICALE	p.43
I.1. Définitions, généralités	p.43
I.1.1. Recommandations médicales et professionnelles	p.43
I.1.2. L'évaluation médicale	p.44
I.2. Pourquoi évaluer les pratiques professionnelles en médecine libérale ?	p.45
I.2.1. Raisons éthiques	p.45
I.2.2. Raisons médicales et professionnelles	p.46
I.2.3. Raisons économiques	p.48
I.2.4. Raisons réglementaires	p.48
I.3. Un acteur au niveau national : l'ANAES	p.50
I.4. Un acteur au niveau régional : le GLAM	p.51
II. L'AUDIT MEDICAL, UN OUTIL AU SERVICE DE L'EVALUATION	p.52
II.1. Définitions, généralités	p.52
II.2. Méthodologie de l'audit	p.53
II.3. Audit médical en Lorraine : Le GLAM	p.55
II.3.1. Présentation	p.55
II.3.2. Liste des audits pratiqués	p.57
II.4. Audit médical et HTA	p.58
II.4.1. Audit de l'association de FMC du Haut-Brivet	p.58
II.4.2. Exemple d'un audit anglais	p.60
II.4.3. Audit au service de la FMC	p.61
CHAPITRE III : L'AUDIT HTA	p.63
I. POSITION DU PROBLEME	p.64
II. OBJECTIFS	p.64
III. MATERIEL ET METHODE	p.65
III.1. Choix du sujet	p.65
III.2. Etablissement du référentiel	p.66
III.3. Détermination des critères et des normes	p.66
III.4. Population étudiée	p.67
III.5. Rédaction de l'argumentaire et du questionnaire	p.68
III.6. Diffusion de l'audit et partenariats	p.69
III.7. Recueil des données	p.70
III.8. Analyse des données	p.70



IV. RESULTATS DE L'AUDIT HTA	p.71
IV.1. Description de la population de l'enquête	p.71
-Description des médecins	p.71
-Description des patients	p.71
IV.2. Résultats	p.71
IV.2.1. Analyse sur la valeur de la PA	p.71
IV.2.2. Analyse à l'échelle des patients	p.73
IV.2.3. Analyse à l'échelle des médecins	p.74
IV.2.4. Analyse des données recueillies chez les patients de 70 ans	p.78
V. DISCUSSION	p.80
V.1. Discussion sur la sémantique	p.80
V.2. Discussion sur la méthodologie	p.80
V.2.1. Sur la portée des résultats de l'audit	p.80
V.2.2. Sur le protocole	p.80
V.2.3. Sur la durée du recueil	p.82
V.3. Sur les résultats	p.83
V.3.1. Sur le taux de participation	p.83
V.3.2. Sur les bons résultats	p.83
V.3.3. Sur les valeurs arrondies	p.84
V.3.4. Sur le non-respect des critères	p.85
V.3.5. Sur les patients de plus de 70 ans	p.85
V.4. Sur l'opportunité d'un deuxième tour	p.86
V.5. Comparaison avec les autres enquêtes	p.87
-Assurance maladie, 1999	p.87
-Audit du Haut-Brivet, 2000	p.87
-Audit anglais, 1997	p.87
CONCLUSION	p.89
BIBLIOGRAPHIE	p.92
ANNEXES	p.101

INTRODUCTION



L'hypertension artérielle pose, par sa fréquence et ses répercussions, un grave problème de santé publique.

En effet, elle concerne 7 millions d'individus en France, et représente un facteur de risque majeur de maladies cardiovasculaires, maladies qui restent actuellement, la première cause de mortalité dans notre pays (32%).

Nous savons que la morbidimortalité qui lui est rattachée est directement liée au niveau de contrôle de la pression artérielle ; cependant de nombreuses études attestent que l'objectif manométrique fixé par les recommandations internationales est loin d'être atteint.

De plus, ce problème concerne principalement les médecins généralistes qui prennent en charge une grande majorité de ces patients.

Ce constat inquiétant a alarmé les médecins du Groupe Lorrain d'Audit Médical, association ayant pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles. Ils ont pensé que la réalisation d'un audit clinique à ce sujet serait intéressant et qu'il pourrait aider les médecins généralistes Lorrains à améliorer la qualité des soins prodigués à leurs patients.

Il leur a donc été proposé un audit à réaliser chez des patients qu'ils suivent régulièrement. La population cible était les hypertendus adultes, traités et considérés comme équilibrés par leur médecin ; il a pour but d'établir si, chez eux, la pression artérielle mesurée est réellement conforme aux recommandations.

CHAPITRE I :L'HYPERTENSION ARTERIELLE **GENERALITES**

I. DEFINITION de l'HYPERTENSION ARTERIELLE, CLASSIFICATION et STRATIFICATION du RISQUE.

Les définitions que nous allons énumérer proviennent de recommandations internationales.

Les recommandations professionnelles sont des « propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans les circonstances cliniques données ».[1].

Elle sont rédigées selon les principes de lecture critique de la littérature qui attribue à chaque article un niveau de preuve scientifique.

Leur objectif principal est de fournir aux professionnels de santé une synthèse du niveau de preuve scientifique des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique, et d'être ainsi une aide à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé. [1].

I.1. Selon l'ANAES¹, 2000. [2]

Le groupe de travail de l'ANAES a affecté un niveau de preuve scientifique à chaque article. Sur la base de cette analyse, le groupe a proposé des recommandations de grade variable coté de A à C.

Tableau 1. Grade des recommandations

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 -Essais comparatifs randomisés de forte puissance -Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés -Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 -Essais comparatifs de faible puissance -Etudes comparatives non randomisées bien menées -Etudes de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 -Etudes cas-témoins	C
Niveau 4 -Etudes comparatives comportant des biais importants -Etudes rétrospectives -Séries de cas	Faible niveau de preuve

¹A.N.A.E.S. : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

- *Evaluation du patient hypertendu et objectif tensionnel.*

Par définition, on parle d'HTA chez l'adulte lorsque la pression artérielle systolique (PAS) est habituellement supérieure ou égale à 140mmHG et/ou la pression artérielle diastolique(PAD)égale ou supérieure à 90mmHg au cabinet médical.

Il est donc recommandé de maintenir les chiffres de pression artérielle **au dessous de 140mmHg pour la PAS, et 90mmHg pour la PAD.**

Mais de nombreuses études de population ont montré la relation positive et continue entre l'élévation de la pression artérielle et la survenue de maladies cardio-vasculaires, et cette continuité doit pondérer la valeur de tout seuil de définition de l'HTA. Par ailleurs le niveau tensionnel n'est que l'une des composantes du risque cardio-vasculaire dont la stratégie de prise en charge nécessite une approche globale.(étude de niveau 1).

- *HTA et sujet âgé (entre 60 et 80 ans)..*

L'HTA du sujet âgé, même quand elle ne concerne que la PAS, présente un risque de complications cardio-vasculaires plus sévère que chez le sujet plus jeune. Il est prouvé que sa prise en charge diminue ce risque. La PAS est un meilleur prédicteur du risque (événements graves cadio-vasculaires, cérébraux-vasculaires et rénaux, et mortalité de toute cause) que la PAD, et d'autant plus que le sujet est plus âgé.

Il est recommandé (recommandation de grade A) de prendre en charge efficacement toute élévation de la pression artérielle systolique au dessus de 160mmHg. L'objectif à atteindre est de l'abaisser au dessous de 150mmHg (recommandation de grade B).

I.2. Selon le Sixième Rapport du Joint National Committee.1997. [3].

I.2.1. Définition l'hypertension artérielle.

Par définition, on parle d'hypertension artérielle lorsque la PAS est supérieure ou égale à 140mmHg ou la PAD supérieure ou égale à 90mmHg, ou encore lorsqu'un médicament anti-hypertenseur est administré.

Chez l'adulte jeune, il est donc recommandé de maintenir les chiffres de pression artérielle **au dessous de 140mmHg pour la PAS, et de 90mmHg pour la PAD.**

Chez le sujet âgé (60 ans et plus), l'objectif est **identique, mais** il peut être nécessaire de se fixer une PAS<160mmHg comme but intermédiaire chez les patients présentant une hypertension artérielle systolique isolée particulièrement importante.

L'identification et le traitement de l'hypertension artérielle ont pour **objectifs de réduire le risque cardio-vasculaire ainsi que la mortalité et la morbidité associées.** Dans cet optique il est utile de fournir une classification de la pression artérielle chez l'adulte afin d'identifier les sujets à haut risque, ce qui permettra de proposer les recommandations adaptées concernant le suivi et le traitement.

I.2.2. Classification de l'hypertension artérielle.

L'existence d'une relation positive entre d'une part la PAS et la PAD et, d'autre part, le risque cardio-vasculaire est connue de longue date. Cette relation est **forte, continue, graduelle, constante, indépendante, prédictive**. Aussi, bien que quelque peu arbitraire, la classification de la PA est utile pour le clinicien ; en effet, le niveau constaté de PA fait partie de l'ensemble des facteurs sur lesquels reposent ses décisions thérapeutiques.

Tableau 2. Classification de la pression artérielle chez l'adulte de 18 ans et plus ¹			
Catégorie	Pression artérielle, en mmHg		
	Systolique		Diastolique
Optimale ²	<120	Et	<80
Normale	<130	Et	<85
Normale haute	130-139	Ou	85-89
Hypertension ³			
Stade 1	140-159	Ou	90-99
Stade 2	160-179	Ou	100-109
Stade 3	>ou=180	Ou	>ou=110

¹Ne prenant aucun traitement anti-hypertenseur et ne présentant aucune maladie aiguë. Si les PAS et PAD appartiennent à des catégories différentes, la catégorie la plus élevée doit être retenue pour classer la PA du sujet.

²La PA optimale, par rapport au risque cardio-vasculaire, est inférieure à 120/80mmHg. Toutefois, la signification clinique des valeurs anormalement basses doit être établie.

³**Diagnostic reposant sur la moyenne d'au moins 2 mesures effectuées lors d'au moins 2 consultations séparées suivant la consultation de dépistage.**

I.2.3.Détection et confirmation.

La pression artérielle doit être mesurée de manière standardisée à l'aide d'un matériel homologué.

Tableau 3.Recommandation concernant le suivi en fonction des valeurs initiales de la pression artérielle mesurées chez l'adulte		
Pression artérielle initiale, en mmHg		
Systolique	Diastolique	Suivi recommandé ²
<130	<85	Vérifier dans les 2 ans
130-139	85-89	Vérifier dans l'année ¹
140-159	90-99	Confirmer dans les 2 mois ¹
160-179	100-109	Evaluer ou adresser à un spécialiste dans les 30 jours
>ou=180	>ou=110	Evaluer ou adresser à un spécialiste immédiatement ou dans la semaine selon la situation clinique

¹Conseiller des changements de mode de vie

²La planification du suivi doit être modifiée en fonction des informations fiables sur les valeurs antérieures de la pression artérielle, des facteurs de risques cardio-vasculaires associés, ou de la présence d'une atteinte des organes cibles.

I.2.4.Stratification du risque.

Chez les hypertendus, le risque cardio-vasculaire est déterminé non seulement par le niveau de pression artérielle, mais également, **par la présence ou l'absence de lésions des organes cibles et d'autres facteurs de risques.**

Tableau 4. Elements de la stratification du risque cardio-vasculaire chez l'adulte.	
Facteurs de risque majeurs	Lésions des organes cibles/maladies cardio-vasculaires cliniques
Tabagisme Dyslipidémie Diabète Age>60ans Sexe (hommes et femmes ménopausées) Antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire : femmes<65ans ou hommes<55ans	Pathologies cardiaques Hypertrophie ventriculaire gauche Angor ou ATCD d'infarctus du myocarde ATCD de revascularisation coronaire Insuffisance cardiaque AVC ou AIT Néphropathie Artériopathie périphérique Rétinopathie

L'obésité et l'inactivité physique sont également des facteurs prédictifs du risque cardiovasculaire qui interagissent avec les autres facteurs, mais ils ont moins d'importance en ce qui concerne le choix du traitement antihypertenseur.

Ces facteurs modifient, de façon indépendante, le risque de maladie cardio-vasculaire ultérieure ; leur présence ou leur absence sont déterminées lors du bilan initial systématique (interrogatoire, examens physiques et examens de laboratoires). **A partir de cette évaluation et du niveau de pression artérielle, il est possible d'établir à quel groupe de risque appartient le patient.**

Cette classification empirique stratifie les patients en groupes de risque pour faciliter les décisions thérapeutiques.

Tableau 5.Stratification du risque et traitement			
Stade de Pression artérielle (mmHg)	Groupe de risque A (aucun facteur de risque; aucune LOG/MCVC¹)	Groupe de risque B (au moins 1 facteur de risque , à l'exclusion du diabète ; aucune LOG/MCVC)	Groupe de risque C (LOG/MCVC et/ou diabète, avec ou sans facteurs de risque associés)
Normale.haute	Changements du mode de vie	Changements du mode de vie	Traitement médicamenteux ³
Stade 1	Changements du mode de vie (max 12 mois)	Changements du mode de vie ² (max 6 mois)	Traitement médicamenteux
Stades 2 et 3	Traitement médicamenteux	Traitement médicamenteux	Traitement médicamenteux

¹ LOG/MCVC signifie lésion des organes cibles/maladie cardiovasculaire clinique

²pour les patients présentant de multiples facteurs de risque, les cliniciens doivent envisager comme traitement initial la prescription d'antihypertenseurs associée au changement de vie.

³Chez les insuffisants cardiaques, les insuffisants rénaux, et les diabétiques.

I.3. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'International Society of Hypertension (ISH).1999.[4]

I.3.1. Définition de l'hypertension artérielle.

Les recommandations de l'OMS et de l'ISH reprennent la définition et la classification proposées dans le JNC VI qui fixent les limites inférieures de l' HTA à **140mmHg pour la PAS et 90 mmHg pour la PAD, en l'absence de traitement anti-hypertenseur.**

Ce sont donc les mêmes limites **que celles** qui définissent l' HTA légère dans les recommandations OMS-ISH de 1993.

I.3.2. Classification de l'hypertension artérielle.

Deux nouveaux sous-groupes sont ajoutés à la classification du JNC VI ; ils trouvent leur intérêt dans la décision de s'en tenir dans certaines conditions, aux seules règles hygiéno-diététiques.

Tableau 6. Définition et classification des niveaux de pression artérielle (en mmHg)		
Catégorie	PAS	PAD
Pression artérielle optimale	<120	<80
Pression artérielle normale	<130	<85
Pression artérielle normale haute	130-139	85-89
HTA stade 1 (légère)	140-159	90-99
Sous-groupe : HTA limite	140-149	90-94
HTA stade 2 (modérée)	160-179	100-109
HTA stade 3 (sévère)	≥180	≥110
HTA systolique	≥140	<90
Sous-groupe : HTA systolique limite	140-149	<90

I.3.3. Classification des patients en fonction du risque cardiovasculaire absolu.

La prise en charge des patients hypertendus n'est pas, comme nous l'avons déjà vu, uniquement basée sur les valeurs de la pression artérielle, **mais également sur la présence d'autres facteurs de risque, de retentissement viscéral ou de pathologies intercurrentes.**

Pour aider à évaluer le risque cardiovasculaire, les nouvelles recommandations proposent une méthode simple prenant en compte l'âge, le sexe, le tabagisme, le diabète, le cholestérol, les antécédents de pathologies cardiovasculaires et rénales.

Le risque cardiovasculaire peut alors être évalué en croisant le stade de l'HTA avec le nombre de facteurs de risque. Ces tables de calcul ont été élaborées à partir de données sur le risque de décès d'origine cardiovasculaire à 10 ans, d'accident vasculaire non mortel et d'infarctus du myocarde non mortel parmi les participants de l'étude Framingham (âge moyen à l'inclusion : 60ans ; extrêmes : 45-80 ans).

Tableau 7. Evaluation du risque cardiovasculaire (risque d'événement cardiovasculaire majeur à 10 ans)			
	HTA stade 1	HTA stade 2	HTA stade 3
Pas de facteur de risque associé	Faible <15%	Moyen 15-20%	Elevé 20-30%
1 ou 2 facteurs de risque associés	Moyen 15-20%	Moyen 15-20%	Très élevé >30%
≥3 facteurs de risque associés ou retentissement viscéral ou diabète	Elevé 20-30%	Elevé 20-30%	Très élevé >30%
Pathologies associées	Très élevé >30%	Très élevé >30%	Très élevé >30%

I.3.4. Buts et moyens du traitement.

Le but principal du traitement chez le patient hypertendu est donc de réduire le plus possible son risque global de mortalité et de morbidité cardiovasculaires, en intervenant d'une part sur les facteurs de risque réversibles identifiés (tabagisme, hypercholestérolémie, diabète) et sur les pathologies associées, et d'autre part sur l'HTA elle-même.

La relation entre la pression artérielle et le risque cardiovasculaire est continue, sans seuil inférieur, et toute réduction significative de la pression artérielle permet de diminuer le risque d'événements cardiovasculaires majeurs : le but d'un traitement antihypertenseur devrait donc être de ramener la pression artérielle à des valeurs « normales » ou « optimales ».

Dans ce cadre, le groupe OMS-ISH propose de faire baisser la pression artérielle d'un patient jeune, d'âge moyen ou diabétique jusqu'à un niveau optimal ou normal (**<130/85mmHg**) et celle du patient âgé au moins jusqu'à une tension normale haute (**<140/90mmHg**).

I.4. Selon la BRITISH HYPERTENSION SOCIETY.1999.[10]

D'après la BHS, tous les adultes doivent bénéficier d'une mesure de la pression artérielle au moins tous les 5 ans jusqu'à l'âge de 80 ans. Lorsque la PA est comprise entre 135-139/85-89mmHg, la mesure doit être annuelle.

Si la PA atteint les mesures limites de 140-159/90-99mmHg, des mesures non médicamenteuses doivent être proposées. Si lors de mesures répétées, la PA reste >160/100mmHg, il est recommandé de commencer un traitement antihypertenseur.

L'objectif du traitement anti-hypertenseur est d'obtenir une **PAS<140mmHg et une PAD<85mmHg**. De plus la BHS recommande un niveau de contrôle minimum : PA<150/85mmHg.

Chez le patient âgé, le traitement antihypertenseur est indiqué et bénéfique dès que la PAS>160mmHg et que la PAD>90mmHg. Concernant l'hypertension artérielle systolique isolée (PAS : 140/159mmHg ; PAD<90mmHg), il n'y a pas de recommandations fermes.

I.5. Synthèse des recommandations.

Ces quatre instances internationales s'accordent sur la définition du patient hypertendu adulte : PAS $\geq$ 140mmHg et PAD $\geq$ 90mmHg, par contre, l'objectif manométrique du contrôle de la pression artérielle diffère.

Tableau 8. Objectif tensionnel recommandé (en mmHg).		
ANAES	Adulte jeune	<140/90
	Patient âgé>60ans	<150/90
JNC VI	Adulte jeune	<140/90
	Patient âgé>60ans	<160/90
OMS-ISH	Adulte jeune	<130/85
	Patient âgé>60ans	<140/90
BHS	Adulte jeune	<140/85¹
	Patient âgé>60ans	Non affirmé

¹Niveau de contrôle minimum 150/90mmHg.

La principale variation est donnée par le groupe de l'OMS-ISH. Il fixe un objectif tensionnel sensiblement plus bas que les autres recommandations, ce qui implique une consommation plus importante de médicaments (avec tous les risques qu'ils impliquent) et un surcoût évident.

Ce groupe s'appuie d'une part sur l'étude HOT [6], essai thérapeutique mené chez 18.790 patients de 50 à 80 ans, ayant pour but de préciser si l'objectif diastolique doit être ≤ 90 , ≤ 85 ou ≤ 80 mmHg [7]. On constate que les patients enrôlés dans le groupe de contrôle tensionnel le plus strict (≤ 80 mmHg) présentaient le plus faible risque cardio-vasculaire ; la réduction de la mortalité totale entre ce groupe et celui où le contrôle tensionnel est le moins sévère (PAD ≤ 90 mmHg) est mesurée par un risque relatif de 1,77 (9,0 événements/1000 personnes-années pour le groupe ≤ 80 versus 15,9 événements/1000 personnes-années pour le groupe ≤ 90 mmHg). [82].

D'autre part, il utilise les résultats de l'essai UKPDS [8 ; 81], importante étude d'intervention menée pendant 9 ans chez 1 148 diabétiques de type II randomisés en deux groupes ayant des objectifs tensionnels différents (groupe 1 : 150/85 et groupe 2 : 180/105).

Il confirme la plus grande efficacité du contrôle tensionnel strict sur le risque cardiovasculaire (mortalité liée au diabète significativement abaissée de 24% dans le groupe 1 par rapport au groupe 2).

Cependant ces dernières recommandations sont discutables et contestées [9]. L'étude UKPDS n'étudie qu'une population de diabétiques difficilement extrapolable aux sujets jeunes et d'âge moyen. Par ailleurs le groupe ne précise pas les données permettant de proposer des objectifs différents aux sujets jeunes et âgés.

Enfin, la revue Prescrire relève le communiqué de presse titrant du 4 février 1999 (site internet) dans lequel l'OMS se dissociait du lancement des recommandations du groupe de travail WHO-ISH 1999, et dénonçait le parrainage de l'industrie pharmaceutique dans la diffusion de ces recommandations sans l'accord de l'OMS...

Les médecins doivent donc garder un regard critique même devant le terme de « recommandations ».

II. EPIDEMIOLOGIE de l'HTA en France.

L'hypertension artérielle, facteur de risque de maladies cardiovasculaires, représente un **grave problème de santé publique**.

De nombreuses études estiment les paramètres épidémiologiques de l'hypertension artérielle. Elles ne fournissent que des estimations car dans **chaque cohorte**, on rencontre des **biais de sélection** ; les populations étudiées étant différentes, elles ne sont **pas comparables** entre elles.

II.1. Evaluation épidémiologique de l'hypertension artérielle comme facteur de risque cardiovasculaire, en France.

Les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de morbidité dans les pays occidentaux. **En France**, 169 000 personnes (46% d'hommes et 54% de femmes) meurent chaque année de maladies cardiovasculaires, lesquelles, avec environ **32% de la mortalité globale** (en baisse depuis plusieurs années), **représentent toujours, cependant, la première cause de décès**. [11].

Plusieurs études épidémiologiques ont montré que **l'élévation de la pression artérielle constitue un facteur de risque majeur et indépendant de mortalité et de morbidité cardiovasculaires**[14].

En France, l'HTA serait responsable de **40% des décès d'origine cardiovasculaire**. En terme de morbidité, les principales complications de l'HTA sont les **accidents vasculaires cérébraux** (risque multiplié par 9), **l'insuffisance cardiaque** (risque multiplié par 5), **l'insuffisance coronarienne** (risque multiplié par 2.5) et **l'artérite des membres inférieurs** (risque multiplié par 2.5), ainsi que la dissection aortique, l'insuffisance rénale et les autres pathologies vasculaires et atteintes organiques.[11].

Une méta-analyse des différentes études prospectives analysant l'association entre le niveau tensionnel et le développement d'accident vasculaire cérébral ou de maladie coronarienne montre qu'une élévation persistante de 5mmHg de la PAD est associée à une augmentation d'au moins 34% du risque d'accident vasculaire cérébral et de 21% du risque de maladie coronarienne.[28]

II.2.Prévalence de l'HTA en France

En France, on estime à près de **7 millions**, le nombre d'hypertendus. [12]. D'après une étude de l'INSERM¹ en 1990 [13] , 73% d'entre eux connaissent leur HTA, et 76% de ces patients connus comme hypertendus sont **traités**, ce qui représente **56%** des hypertendus. Par ailleurs, 90% des hypertendus traités suivent leur traitement, et cela représente 51% des hypertendus.

¹INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

✓Rapport du CREDES¹.1999. [15].

Ce rapport utilise des données issues de deux sources

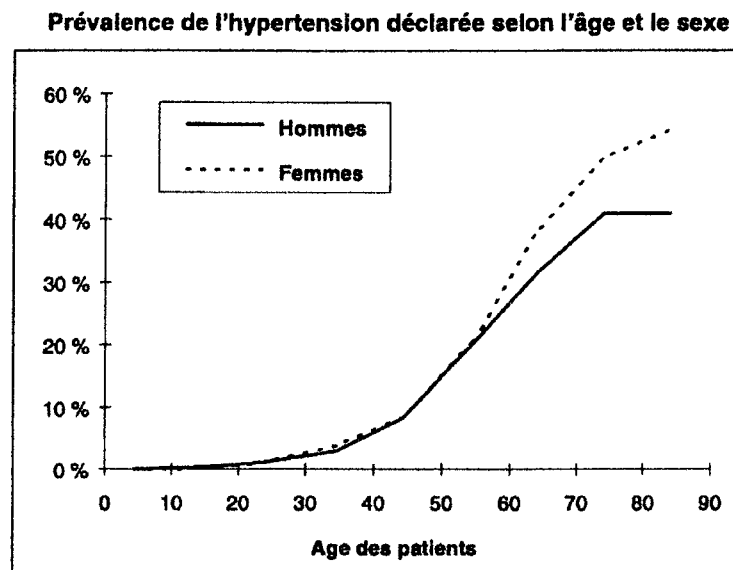
- L'enquête sur la Santé et les Soins Médicaux réalisée par l'INSEE² en collaboration avec le CREDES en 1991-1992 ;
- L'étude Permanente de la Prescription Médicale d'IMS-Health (EPPM) exploitée à des fins scientifiques par le CREDES, données recueillies entre décembre 1991 et novembre 1996.

- Prévalence de l'hypertension selon l'âge et le sexe.

-Chez les patients d'au moins 20 ans, **16.5%** des 2288 individus interrogés entre avril 1991 et avril 1992 ont déclaré être hypertendus.

Les déclarations d'hypertension sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes : 18.8% versus 14.0%.

La prévalence augmente rapidement avec l'âge.



Source : CreDES

Données : Enquête INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Cette prévalence est largement sous-estimée, car beaucoup d'individus ignorent leur hypertension.

¹CREDES : Centre de Recherche d' Etude et de Documentation en Economie de la Santé

²INSEE : Institut National de le Statistique et d'Etude Economique

- Prévalence de l'hypertension selon diverses caractéristiques socio-économiques.

-Le niveau d'étude, la catégorie socioprofessionnelle, le statut d'activité et les revenus sont très liés à l'hypertension : Le pourcentage d'hypertendus est plus faible pour les cadres et les personnes exerçant une profession intellectuelle supérieure, autour de 10%. Les agriculteurs sont trois fois plus hypertendus et les ouvriers presque deux fois plus. Le niveau d'étude est inversement proportionnel à la prévalence de l'hypertension.

-Il existe des différences régionales : Les taux les plus faibles sont observés à Paris ou sa banlieue (13.2%), les plus élevés dans le Nord (17.4%) et le bassin Parisien (17.1%), suivi par l'Ouest et le Sud-Ouest.

Il n'y a pas de différence selon la nationalité.

- Prévalence de l'hypertension selon le poids:

Les personnes présentant une surcharge pondérale sont deux fois plus souvent hypertendues (23.5%) et les obèses 4 fois (41.7%).

Résumé :

Selon le rapport du CREDES, 16,5% des français se déclarent hypertendus et cette prévalence déclarative est très sous-estimée. Cette prévalence augmente avec l'âge, le sexe masculin, la surcharge pondérale ; elle est également plus élevée parmi les couches sociales les moins favorisées ainsi que dans les régions du Nord de la France.

✓L'étude WHO MONICA 1997 [16] est une étude de cohorte réalisée en France sur trois échantillons d'hommes (1924) et de femmes (1874) âgés de 35 à 64 ans, sur trois régions françaises (Bas-Rhin, Communauté Urbaine de Lille, Haute-Garonne).

Elle montre que seules la moitié des hypertension sont connues chez les hommes (51.8%) alors que pour les femmes, ce taux s'élève à 69.8%.

Selon cette étude, la prévalence de l'HTA serait de :

- pour les femmes de 35 à 44 ans, 10.6% ; et pour les hommes, 22.8%
 - pour les femmes de 45 à 54 ans, 28.0% ; et pour les hommes, 41.1%
 - pour les femmes de 55 à 64 ans, 46.0% ; et pour les hommes, 49.0%
- soit, au total : **28% des femmes et 37% des hommes.**

✓Etude dans la population active française. 1997. [86]. est une étude de cohorte réalisée, entre janvier 1997 et avril 1998, par le groupe « Epidémiologie » de la société française d'hypertension artérielle et le IHPAF¹ Working Physicians Group, sur près de 30 000 salariés français (de 18 à 65 ans ; âge moyen :39 ans), dans le cadre de la visite médicale annuelle.

Elle enregistre une prévalence de 16,2% pour les hommes et 9,4% pour les femmes.

¹IHPAF : Incidence de l'Hypertension dans une Population Active Française.

II.3.Prévalence de l'HTA en médecine générale.

II.3.1.Etude P.H.A.R.E.1.1994.

L'étude nationale sur la « Prise en charge de l'Hypertendu et son évolution Après sensibilisation aux nouvelles Recommandations de l'OMS » est une **enquête de pratique** qui a été réalisée par la **Sofres médicale** [17] en 1994, avec deux objectifs :
apprécier la qualité du contrôle de l'HTA, en pratique médicale courante, en France, d'une part et de mettre l'accent sur les points forts et les points faibles de cette prise en charge, d'autre part.

Methodologie :

Echantillon : Constitution d'un échantillon représentatif des 235 médecins généralistes français.

Protocole : Les enquêteurs de la Sofres Médicale ont visité un à un les participants pour leur expliquer les principes et motifs de l'enquête.

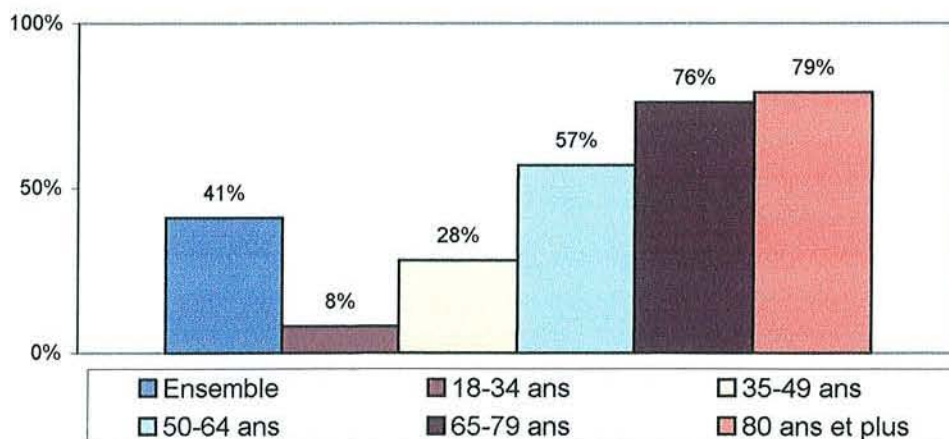
Les médecins ont inclus, pendant une semaine, tous leurs patients de plus de 18 ans. La pression artérielle a été prise selon les recommandations classiques. Trois lectures de pression artérielle ont été effectuées, deux ont été notées, c'est leur moyenne qui est retenue comme représentative.

Critères : Ont été considérés comme hypertendus les patients qui avaient une $PA \geq 140$ et/ou 90mmHg, et ceux sous traitement anti-hypertenseur.

Résultats :

- Au total, 12 351 patients ont été inclus (58% d'hommes et 40% de femmes).
- 5 020 sont hypertendus (traités ou non), soit une **prévalence de l' HTA dans la population de médecine générale de 41%**.
- La prévalence de l' HTA augmente avec l'âge.

Prévalence de l'HTA en fonction de l'âge



Résumé :

Dans cette enquête de pratique prospective, menée par la Sofres Médicale sur un échantillon représentatif de 235 médecins, 41% de patients vus en médecine générale sont hypertendus, et cette prévalence augmente rapidement avec l'âge.

II.3.2. Etude de l'Observatoire de Médecine Générale.1995.

La **Société Française de Médecine Générale (SFMG)** anime depuis 1993 un réseau de 109 médecins volontaires et informatisés : l' Observatoire de Médecine Générale (OMG). [18].Ce collège de médecins est à l'origine du **Dictionnaire des Résultats de Consultation**. En effet toute décision en médecine générale intègre les paramètres issus de trois normes : le déterminant biomédical, le déterminant socioculturel, le déterminant intime. [20]. Le déterminant biomédical, de nature objective, résulte de l'examen clinique et de la prise en compte des autres données médicales (Antécédents, examens para cliniques, ...) ; il génère le **Résultat de Consultation**.

Méthodologie :

Ce groupe a décidé la réalisation d'une **enquête épidémiologique transversale à visée descriptive**. Chacun des médecins du réseau de la SFMG a recueilli en continu et pour chaque consultation et visite, l'ensemble des problèmes de santé qu'il prenait en charge et qu'il enregistrerait conformément au Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC) [19] . L'étude a analysé les données recueillies sur une année, entre le 1^{er}septembre 1994 et le 31 août 1995.

Critère de jugement

C'était le « Résultat de Consultation » HTA [16] défini selon les critères de l'OMS en vigueur au moment de l'étude (1993) qui ont été modifiés depuis. Ce résultat de consultation a été révisé en 2001. [21] (Annexe 1).

Résultats : [18]

Données de 71 médecins qui ont vu 55495 patients (25895 hommes et 29600 femmes) différents, dont 5945 hypertendus, lors de 176123 consultations (cabinet ou domicile).

• Prévalence de l'hypertension :

✓**globale** : La prévalence de l'HTA était, sur un an, de **10.73%**

✓**Selon le sexe** : La prévalence de l'HTA chez les hommes était de 9.45% et de 11.84% chez les femmes ; soit un **sex ratio de 0.80**.

✓**Selon l'âge** : La prévalence de l'HTA après 65 ans était forte et supérieure à la barre des 40% ; 96% des patients hypertendus avait 40 ans ou plus ; 62% avaient 65 ans ou plus. (Tableau 1).

Tableau 1. Prévalence de l'HTA par tranche d'âge							
	< 2 ans	2-15ans	16-39ans	40-64ans	65-79ans	>ou=80ans	total
Nombre de patients hypertendus	2	10	240	2587	2273	842	5945
Nombre total de patients	2332	11550	19494	14450	5581	2088	55495
Prévalence en %	0.09	0.09	1.23	17.9	40.73	40.33	10.73

• **Fréquence de l'HTA en médecine générale :**

L'HTA était le **premier résultat de ces consultations en médecine générale**. Il était observé dans 24 092 (14%) des 176 123 consultations analysées (78% au cabinet et 22% en visite). (Tableau 2).

Tableau 2. Nombre de séances des 5 premiers résultats de consultation		
Résultat de consultation	Nombre de séances	En pourcentage
HTA	24092	13.68
Vaccination	14715	8.35
Etat fébrile	10792	6.13
Hyperlipidémie	8688	4.93
Insomnie	7577	4.30

Résumé :

Cette enquête descriptive transversale de la SFMG (55 495 patients) retrouve 10,7% d'hypertendus parmi les patients vus en médecine générale et cette prévalence augmente avec l'âge et le sexe masculin. L'HTA est le 1^{er} résultat de consultation en médecine générale (14% des consultations).

III. Le contrôle de l'hypertension artérielle est-il satisfaisant en France ?

De la même façon, les cohortes ayant permis la réalisation de ces études diffèrent et ne permettent pas de fournir de données comparables entre elles ; en outre, les critères retenus pour définir un patient équilibré ne sont pas non plus les mêmes.

III.1.L'étude WHO-MONICA. [16 ; 85].

Le projet MONICA a été initié en 1985 dans 27 pays sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé, dans le but d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer la survenue des cardiopathies ischémiques et leur évolution. La contribution française au projet a inclu trois centres de trois régions françaises (Bas-Rhin, Communauté Urbaine de Lille, Haute-Garonne).

En 1997, une **enquête transversale**, descriptive, a été effectuée sur un échantillon représentatif pour l'âge et le sexe, issu de la **cohorte française** de l'étude WHO-MONICA (1985-87 et 1989-91) et composé de 1924 hommes et 1874 femmes âgés de 35 à 64 ans.

Méthode [13.2]:

Les sujets ont été sélectionnés par tirage au sort à partir des listes électorales.

La PA était mesurée au domicile par une infirmière au moyen d'un manomètre à mercure.

Critères retenus :

Sujets répondant aux critères admis dans les années 80 : TA $\geq$ 160/95 mmHg et, sujets prenant un traitement anti-hypertenseur ou se déclarant hypertendus.

Résultats :

Parmi les **hommes traités**, seuls **13%** ont des chiffres tensionnels satisfaisants versus **20% de femmes** (Tab 3).

Tableau 3 : Registre MONICA . 1985-1989.		
	Hommes	Femmes
Prévalence de l'HTA ¹	37%	28%
Connue	58%	73%
Connue et traitée	52%	70%
Traitée (du total)	30%	51%
Contrôlée (du total)	9%	25%
Traitée et contrôlée		
PAS<160mmHg et PAD<95mmHG	31%	49%
PAS<140mmHg et PAD<90mmHG	13%	20%

¹ si PA $\geq$ 160/95 mmHg

Résumé :

Cette *enquête transversale descriptive*, réalisée sur un échantillon représentatif de 3795 individus hypertendus, isolés sur des listes électorales, montre que 13% d'hommes et 20% des femmes ont une PA < 140/90 mmHg.

III.2. Enquête multicentrique. 1992. [22].

Il s'agit d'une enquête descriptive, réalisée par le Comité national de lutte contre l'hypertension artérielle, afin d'apprécier l'efficacité du traitement anti-hypertenseur en France.

Méthodologie :

Elle a été réalisée dans le cadre de foires commerciales dans cinq grandes villes françaises, sur une population de patients volontaires.

La pression artérielle a été mesurée selon les recommandations classiques de l'OMS et de la Société française d'hypertension artérielle.

Critères retenus :

Ont été considérés comme hypertendus tous les sujets ayant une PA $\geq 140/90$ et les sujets prenant un traitement anti-hypertenseur.

La tranche d'âge retenue concernait les patients de 35 à 64 ans.

Résultats :

4064 sujets ont été étudiés, 791 étaient hypertendus et connaissaient leur traitement.

Parmi les hypertendus traités :

- 60%(52 à 73%) avaient une TA < 160/95mmHg
- **27%(23% à 29%) avaient une TA < 140/90**

Il existe des différences significatives de contrôle entre les villes.

L'analyse en fonction du sexe, montre que **les femmes sont mieux contrôlées que les hommes**, quelque soit le critère choisi.

Résumé :

Selon cette enquête descriptive menée chez 4064 français volontaires sélectionnés sur des foires commerciales, 27% des patients se déclarant hypertendus et traités ont une PA < 140/90mmHg.

III.3. Etude IHPAF.1997.

Il s'agit d'une étude de cohorte réalisée entre Janvier 1997 et Avril 1998, par le groupe « Epidémiologie » de la Société Française d'Hypertension Artérielle et le groupe IHPAF de médecins du travail, pour évaluer le contrôle de l'hypertension artérielle dans la population active française.

Méthodologie :

La pression artérielle était mesurée chez près de 30 000 salariés (17 359 hommes et 12 567 femmes), âgés de 18 à 65 ans, au cours de la visite médicale annuelle. La PA était mesurée en position assise, à trois reprises (5, 6, et 7 minutes), à l'aide d'un appareil électronique validé ; c'est la moyenne qui était retenue pour estimer la PA. Les personnes qui, ne prenant pas de traitement anti-hypertenseur, présentaient une PA $\geq 140/90$ mmHg à la première mesure, bénéficiaient d'une seconde mesure un mois après.

Critères retenus :

Ont été considérés comme hypertendus tous les sujets ayant une PA $\geq 140/90$ et les sujets prenant un traitement anti-hypertenseur.

Résultats :

Age moyen : 39 ans.

Parmi les hypertendus traités : **34% des hommes** et **52% des femmes** avaient une PA < 140/90 mmHg

Tableau 4 : IHPAF . 1997-98.		
	Hommes	Femmes
Prévalence de l'HTA ¹	16%	10%
HTA Connue	50%	74%
HTA traitée si Connue	74%	88%
Contrôlée si traitée	34%	52%

On constate, de plus, que la PA est plus élevée dans les couches sociales les moins favorisées ; par contre chez eux, le contrôle tensionnel sous traitement est meilleur.

Résumé :

Dans cette enquête réalisée sur 30 000 salariés français (moyenne d'âge 39 ans) , 34% des hommes traités pour hypertension sont contrôlés versus 52% des femmes.

III.4. Etude P.H.A.R.E.

Rappelons que cette étude nationale sur la « Prise en charge de l'Hypertendu et son évolution Après sensibilisation aux nouvelles Recommandations de l'OMS », réalisée par la Sofres médicale [17], a permis d'évaluer la qualité du contrôle tensionnel, en pratique médicale courante, en France.

Méthodologie :

✓ Une première enquête de pratique a été réalisée en 1994, chez 235 médecins généralistes, selon la méthodologie décrite plus avant (chapitre I^{er} II.3.1).

✓ En **1999**, l'enquête PHARE a été renouvelée (**PHARE 2**), utilisant la même méthodologie, auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes. [23]

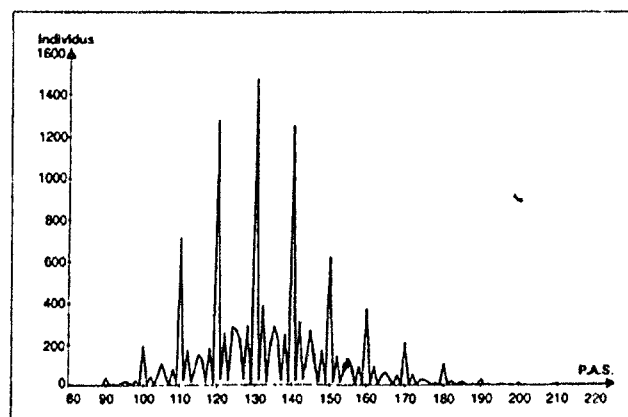
✓ **Parallèlement**, à l'enquête PHARE 2, une enquête « grandeur nature » a été réalisée sur l'ensemble du territoire national, de façon à disposer d'éventuelles variations **régionales** de la fréquence de l'HTA en consultation de médecine générale, et du contrôle tensionnel, en conditions réelles de pratique médicale. Une sélection de 14 échantillons régionaux a été réalisée ; en tout 1648 médecins sollicités par le promoteur (en cela, l'échantillon est considéré comme **non représentatif**).

Résultats :

✓ étude PHARE 1 [17] :

- Sur les 5020 hypertendus, 2035 (40%) ne sont pas traités et 2985(60%) le sont (traitement médical).
- **24% des patients hypertendus traités ont une TA<140/90**, et sont donc normalisés.
- La distribution des chiffres tensionnels montre une préférence évidente des médecins à arrondir les valeurs de la PA aux multiples de 10.

Distribution des valeurs de la PAS



Courbe, représentée à titre d'exemple, de distributions notées par les médecins de la première mesure de la PAS. Les courbes de la deuxième mesure de la PAS et des deux mesures de la PAD ont des allures identiques, montrant des pics de fréquences en regard des chiffres se terminant par un zéro.

✓ Etude PHARE.2 : [23].

- Elle est en faveur d'un meilleur contrôle de la pression artérielle
31.5% des hypertendus traités sont normalisés.

✓ Données régionales : [24].

- Il n'existe pas de véritables différences inter-régionales du contrôle tensionnel :
29 à 37% des hypertendus traités sont normalisés.
- En Alsace-Lorraine, 36.2% des patients ont une PA<140/90mmHg.

Résumé :

Dans cette enquête de pratique de la Sofres Médicale, 24% des patients ont une PA normalisée<140/90mmHg en 1994, versus 31,5% en 1999. On note un biais : l'attraction des médecins pour les valeurs arrondies.

III.5.Enquête de l'assurance maladie sur l'HTA sévère exonérée.

Cette enquête s'inscrit dans la **politique des programmes de santé publique**, menés depuis 1999 par l'Assurance Maladie, sur certaines pathologies majeures (diabète, HTA). Leur finalité est de **promouvoir la qualité des soins**. [25].

Dans ce cadre, l'Assurance Maladie a prévu de réaliser deux enquêtes nationales concernant les malades admis en Affection de Longue Durée exonérante pour HTA sévère. L'objectif est de mesurer, en début et fin de programme, la **distance entre les prises en charge observées et le standard déduit des recommandations**.

Méthodologie :

Ce programme d'intervention est réalisé par les organismes et services médicaux des trois principaux régimes d'Assurance Maladie et coordonné dans les régions par les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie. Le projet initial comportait trois étapes : une enquête initiale, les interventions proprement dites, et une seconde enquête mesurant la prise en charge après intervention.

✓L'enquête initiale :

▫Elle s'est déroulée du 31 mai à mi-novembre 1999.

C'est une **enquête d'évaluation descriptive transversale et rétrospective** qui permet de mesurer l'état de la prise en charge de l'HTA, avant toute intervention, et sa conformité aux recommandations publiées par l'ANAES en 1997.

▫**Critères d'inclusion** : Tous les malades admis en Exonération du Ticket Modérateur au titre de l'ALD 30, pour une HTA essentielle sévère, âgés de 20 à 80 ans. Les médecins conseils sont chargés de procéder à l'inclusion des patients dont ils traitent le Protocole Inter-Régimes d'Examens Spécialisés lors d'une première demande.

Sont **exclus** les patients atteints d'HTA secondaire documentée, d'HTA de la femme enceinte et ceux refusant l'étude.

▫**Echantillon** : totalité des malades du territoire français présentant les critères d'inclusion, sur des périodes prédéterminées, calculées de manière à obtenir un échantillon représentatif.

▫**Recueil des informations** : Plusieurs indicateurs de l'évaluation de la prise en charge ont été calculés. L'un d'entre eux est le **bilan tensionnel** : données **déclaratives** des trois dernières valeurs de la PAS et de la PAD fournies par le médecin traitant.

✓Les interventions sont centrées sur une campagne **d'échanges confraternels** entre les médecins conseils et les médecins traitants, portant sur la promotion des recommandations de l'ANAES.

✓Une deuxième enquête a d'ores et déjà été réalisée en 2000 constituant le « **bilan intermédiaire du programme d'intervention de l'Assurance Maladie** ». [26].

Depuis, les visites confraternelles se poursuivent ; en 2002, seront abordées, à ces occasions, les nouvelles recommandations de l'ANAES (2000).

Loin d'une simple enquête de pratique, ce programme est donc un **large projet, en cours, d'aide à l'amélioration des pratiques cliniques**. Son fonctionnement, alternant tour à tour, enquêtes et interventions, est tout à fait comparable à la « spirale » de l'audit clinique que nous décrirons au chapitre suivant. (chapitre II^{ème} II.2.).

Résultats :

✓ La première enquête:

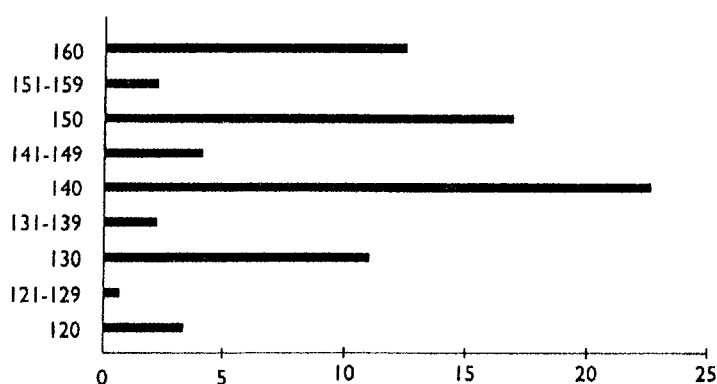
Analyse de la prise en charge de 10665 malades (effectif redressé à 50383 si l'on extrapole au plan national), à partir des données de 8377 médecins dont 94% de médecins généralistes.

- Age moyen des patients : 62 ans pour les hommes, 64 pour les femmes.
- Malades traités pour leur HTA en moyenne depuis 9 ans
- Concernant le critère contrôle tensionnel :
 - 41% des malades ayant une ALD ont des chiffres tensionnels strictement normalisés (<140/90), 53% si l'on inclut les valeurs seuils. (Tab.4)
 - La situation des malades de moins de 60 ans est préoccupante. (Tab.4)

	Pression artérielle strictement normalisée	Pression artérielle incluant les valeurs seuils	Pression artérielle non normalisée
Population totale de l'enquête	41%	12%	47%
Sous-population des malades < 60 ans	27%	17%	56%
Sous-population des malades de 60 ans et plus	48%	10%	42%

- Comme dans l'enquête PHARE I, on note une forte attirance pour les valeurs se terminant par un zéro (88% des chiffres tensionnels systoliques).

Répartition des mesures de pressions artérielles systoliques (PAS) comprises entre 120 et 160mmHg (effectif redressé des mesures de PAS=139 220)



Pourcentages des PAS, calculés sur l'ensemble de la distribution des mesures, de 90 à 300 mmHg.

Source : Enquête nationale de l'Assurance Maladie sur la prise en charge médicale de l'hypertension artérielle sévère exonérée du ticket modérateur en France en 1999.

- Résultats Lorrains [27] : Population étudiée de 570 patients.
Les résultats sont très légèrement supérieurs aux résultats globaux français :
43.1% des malades ayant une ALD ont des chiffres tensionnels strictement normalisés (<140/90), 53.9% si l'on inclut les valeurs seuils. (Tab.5)

Tableau 6. Répartition des malades Lorrains en fonction des différents niveaux de normalisation de la pression artérielle

	Pression artérielle strictement normalisée	Pression artérielle incluant les valeurs seuils	Pression artérielle non normalisée
Population totale de l'enquête	43.1%	10.8%	46.1%
Sous-population des malades 20-59 ans	30.2%	15.8%	54.0%
Sous-population des malades 60-80 ans	49.9%	8.1%	42.0%

- Nous pouvons remarquer, dès maintenant, que ces résultats, aussi intéressants soient-ils, ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population des hypertendus.

Ils ne concernent que les patients recrutés par l'assurance maladie bénéficiant d'une demande récente d'ETM et souffrant d'une HTA sévère (critères ALD 30) :

Rappel des critères d'ETM pour HTA sévère :

-PA $\geq$ 180 et/ou 105mmHg à trois consultations successives
-PA>140/90 plusieurs consultations espacées de plusieurs semaines et retentissement viscéral (hypertrophie ventriculaire gauche ou ischémie myocardique, clinique ou électrocardiographique / anomalie du fond d'œil : hémorragies ou exsudats / insuffisance rénale biologique : protéinurie des 24h>0.30g/24h ou créatininémie $\geq$ 150mMol à 2 reprises / AVC et artériopathie des membres inférieurs).
-Prescription continue depuis 3 mois, à dose quotidienne optimale, de 2 principes anti-hypertenseurs reconnus comme tels par les commissions compétentes.

✓ Le bilan intermédiaire :

Réalisé sur une période de 15 jours en novembre 2000, il a porté sur 2649 malades.

- Age moyen des patients : 65.4 ans (versus 63.1 en 1999).
- Malades traités pour leur HTA en moyenne depuis 10.2 ans (versus 9 ans en 1999).
- Concernant le critère contrôle tensionnel : **Il n'y a pas eu d'évolution significative** : **54,3% des malades ayant une ALD ont des chiffres tensionnels normalisés**, valeurs seuils incluses (versus 53.2% en 1999).

Résumé :

Ce vaste programme de santé publique de l'assurance maladie mené chez des patients venant de bénéficier d'une ALD pour HTA sévère (biais de sélection) a déjà produit deux enquêtes descriptives transversales (données rétrospectives).

En 1999 (10 665 patients), 41% des patients avaient une PA<140/90mmHg et 53% avec les valeurs seuils ; en 2000, 54% des patients étaient équilibrés (valeurs seuils incluses).

On note à nouveau une tendance des médecins à arrondir les chiffres de la PA.

CHAPITRE II : EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Afin de comprendre la démarche entreprise lors de la réalisation de "l'audit-HTA", il est utile de rappeler quelques notions d'évaluation médicale.

Ce terme à la mode fait référence à un concept souvent abstrait et inquiétant pour les cliniciens ; cependant, l'évaluation médicale semble être un bon outil pour s'adapter à l'évolution actuelle du système de santé...

I.L'EVALUATION MEDICALE.

I.1.Définitions, Généralités.

Dans la langue française (dictionnaire Larousse), l'évaluation consiste en "l'action de déterminer la valeur de quelque chose, de l'estimer. [29].

L'évaluation médicale est une démarche **méthodique et rigoureuse**, qui permet de porter une appréciation sur la qualité des pratiques, en la comparant à des pratiques idéales [selon l'URML], spécifiées dans des référentiels ; ces derniers sont élaborés par des professionnels qui s'appuient sur les **recommandations médicales...**

Pour tenter d'expliquer ce que sous-tend le terme d'évaluation, il est donc souhaitable de redéfinir au préalable ce que sont les recommandations médicales et professionnelles...

I.1.1.Recommandations médicales et professionnelles.

✓Selon l'Institute of Medicine, USA, 1990, les recommandations sont des « propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans les circonstances cliniques données ». Un soin est approprié « lorsque le bénéfice clinique qu'il procure est supérieur aux risques et aux coûts qui en découlent ».[30]. Au moment où elles sont diffusées, les recommandations constituent une synthèse des données acquises de la science.

✓Leur objectif principal est d'améliorer les pratiques professionnelles et de changer, si besoin, les comportements en définissant clairement les interventions et les stratégies qui sont appropriées, celles qui ne le sont pas ou plus, et celles pour lesquelles il existe une controverse. [31].

✓Il existe plusieurs méthodes d'élaboration des recommandations :

-Les méthodes modélisant l'avis d'experts, telles les **conférences de consensus**. Elles se fondent sur la réunion d'un jury, appelé à faire la synthèse des bases scientifiques présentées publiquement par des experts, se rapportant à des questions prédéfinies. [32]

-Les méthodes reposant sur la quantification du niveau de preuve scientifique. Ces méthodes consistent à attribuer systématiquement un score à chaque recommandation en fonction de la qualité scientifique sur laquelle elle repose : « Le niveau de preuve d'une étude peut être défini comme une gradation standardisée de la validité scientifique de l'étude, en fonction de la qualité de sa méthodologie et de sa réalisation, de l'analyse de ses résultats et

de la pertinence de ses conclusions. [31].(CF Gradation des recommandations utilisées par l'ANAES, chapitre I^{er}, I.1.)

-Les méthodes combinant la quantification du niveau de preuve scientifique et la prise en compte de l'avis d'experts comme les « *recommandations pour la pratique clinique* » développées en France par l'ANDEM en 1993 et poursuivie par l'ANAES.. Elles sont élaborées par un groupe de travail multidisciplinaire et multi professionnel, au cours de plusieurs réunions étalées dans le temps, avec une validation extérieure par un groupe de lecture. [33]

✓Cependant la diffusion des recommandations aux médecins n'implique pas forcément la connaissance de leur contenu, ni, encore moins, un changement des pratiques professionnelles.[34] ; des démarches actives sont nécessaires .

C'est l'objet de l'évaluation des pratiques professionnelles d'établir si ces recommandations sont bien appliquées et éventuellement d'apporter des mesures correctives...

I.1.2. L'Evaluation Médicale.

Il est difficile de donner une définition univoque de la notion d'évaluation :

✓*Selon le Professeur Yves Matillon*, directeur général de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), l'évaluation médicale "**est avant tout un état d'esprit, appuyé sur un ensemble de méthodes, visant à mesurer, à donner une valeur et de la valeur aux différents éléments qui constituent les actions de soins ...**". [35].

✓Evaluer, "c'est faire des choix pour des raisons économiques, pour des raisons éthiques mais aussi pour des raisons médicales et scientifiques : **c'est le point de convergence d'intérêts apparemment contradictoires**". (Nous détaillerons tous ces items au chapitre I.2.) .

✓*A. Donabedian* a jeté les bases conceptuelles de l'évaluation médicale et défini ses champs d'application [36] :

-Structures et organisations sanitaires : Ce domaine concerne les moyens mis en œuvre pour soigner les malades : personnels, structures d'hospitalisation, moyens financiers, systèmes d'information, et aussi systèmes d'assurance maladie. Il peut s'agir d'une évaluation de type administratif, de vérification de conformité à des normes définies a priori. La méthode est alors celle de l'audit interne ou externe...

-Procédures et stratégies médicales : Les procédures correspondent à l'ensemble des activités destinées directement ou indirectement aux soins des malades. On peut différencier les procédures organisationnelles (accueil des patients, gestion du dossier médical...) et les **procédures cliniques** de soins qui déterminent les meilleures stratégies diagnostiques, thérapeutiques ou de prévention pour une prise en charge du malade. Les médecins cliniciens sont les premiers concernés pour déterminer les stratégies médicales qui sont utiles ou non pour le malade. Ils s'appuient pour ce faire sur les recommandations pour la pratique clinique et les références médicales.(cf.ci-dessus).

-Evaluation des résultats

Les résultats sont les changements induits chez le malade en terme d'indicateurs de santé (morbidity, mortalité ou qualité de vie). Ils sont intéressants pour analyser, sur une longue

période, les pratiques ou les professionnels pour lequel le volume d'activité est important, et pour lequel il existe un indicateur pertinent (comme en chirurgie).

C'est aussi la **prise en compte de la satisfaction des malades** imposée à toutes les structures d'hospitalisation par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. [37]

✓Evaluer, "c'est apprécier objectivement l'efficacité de telle ou telle stratégie pour permettre un meilleur choix pour le malade. C'est mettre en place des **procédures permettant d'en vérifier la bonne réalisation, détecter et quantifier les écarts, imaginer et fournir les éléments pour mettre en place les éléments de correction**". [38]. Nous expliquerons plus loin le rôle de l'audit comme outil au service de l'évaluation, essayant ainsi de tenter d'améliorer la qualité des soins prodigués aux malades.

I.2. Pourquoi évaluer les pratiques professionnelles en médecine libérale ?

I.2.1. Raisons éthiques.

L'éthique médicale est une discipline qui analyse la conformité de la pratique médicale à des concepts et principes philosophiques : [39]

✓**Le principe de bienfaisance** est le premier et le plus intuitif. Toute intervention médicale doit procurer du mieux-être.

✓**Le principe de « non-nuisance »** est le devoir de minimiser au maximum les nuisances.

Ces deux premiers principes sont complémentaires, c'est le rapport bénéfice/risque.

✓**Le principe d'autonomie** dit que le médecin doit respecter le droit des personnes à choisir la conduite de leur vie. Ce troisième point modifie la compréhension des deux premiers ; en effet, le principe de bienfaisance dépasse le cadre médical pour devenir « faire le bien selon la définition du malade » en acceptant par exemple qu'il préfère une issue fatale à un handicap majeur...

✓**Le principe de justice** désigne d'une part l'« **équité** » (les cas similaires doivent être traités de la même façon quels que soient leur origine sociale, ethnique et leur revenu financier) ; et, d'autre part, fait référence au principe moral du partage des ressources entre les membres d'une société (concept de **justice distributive**). Les principes de justice et d'autonomie s'opposent parfois, le patient pouvant désirer un soin que l'institution lui refuse.

✓**Le principe de fidélité** constitue en matière de santé le devoir d'honorer ses engagements. Les principes de fidélité et de justice peuvent être contradictoires : le médecin, en privilégiant le principe de fidélité sur celui de justice distributive, pense uniquement en terme de bénéfice/risque, et non en terme de coût/efficacité.

Ces notions d'éthique sont très partielles mais nous permettent d'entrevoir les nombreuses contradictions opposant ses principes. Ainsi, il est évident que **la plus simple des décisions médicales ne l'est qu'en apparence** : elle n'est ni simple, ni univoque.

Devant ce constat, **l'intuition ne suffit pas** et le médecin a absolument besoin d'une aide objective, scientifique et validée.

Un exemple éloquent est celui de l'influence considérable, sur la Mort Subite du Nourrisson, du couchage sur le dos . Le taux de MSN a progressivement augmenté à partir de 1975 pour culminer en 1991 (1464 soit 1.93 pour milles naissances vivantes). Une campagne menée fin 1994 par le ministère de la santé, soutenue par les professionnels, pour informer des risques de mort subite chez les nourrissons couchés sur le ventre, et diffuser les recommandations, a permis de réduire remarquablement ce fléau (880 en 1994 , 450 en 1996). [40],[41].

I.2.2. Raisons médicales et professionnelles.

✓ La variabilité des pratiques professionnelles.

L'existence de variations de pratiques est inhérente à l'art de la médecine ; on note en particulier de grandes différences géographiques entre les praticiens de diverses régions et pays. Elles apparaissent tributaires de l'organisation et du volume de l'offre de soins, de la diffusion des connaissances scientifiques, et de la force du consensus médical. [42].

A titre d'exemple, en médecine ambulatoire, on peut constater une grande disparité dans la manière de prendre en charge les rhino-pharyngites aiguës, en France et en Allemagne : les Français consultent plus de dix fois plus souvent pour ce motif (en 1997 , 271 pour 1000 habitants en France versus 23 en Allemagne) et reçoivent alors plus de dix fois plus souvent des antibiotiques (en 1997, chez les enfants de moins de 7 ans, 58.9% de ce type de consultation débouche sur une prescription d'antibiotiques versus 3.5% chez les allemands ; 48.6/6.4 dans la population générale) soit un rapport de plus de 100 entre les deux pays concernant la prescription d'un médicament pour la même pathologie. [43].

Un autre exemple, métropolitain celui-ci, est donné par l'attitude variable des praticiens face à une pathologie fréquente (6 à 20 cas pour 1000 naissances) : le dépistage de la luxation congénitale de hanche. Bien que la place de la radiologie et de l'échographie ait été précisée par une conférence de consensus émanant de la société française de radiologie en 1991, les attitudes diffèrent géographiquement [44]. En Lorraine, une radiologie de face est programmée systématiquement au quatrième mois, il n'en est pas de même partout en France.

C'est aussi pour cette raison que certains médecins généralistes décident de pratiquer « **la critique par les pairs** » avec leurs proches confrères. Un groupe de pairs se réunit pour discuter et comparer la pratique de ses membres, la critiquer et mettre en évidence leurs difficultés (chacun expose le cas aléatoire du dernier patient vu lors de sa consultation, et explique la conduite à tenir qu'il a décidé d'adopter). Ils se fixent ensuite des objectifs qui serviront de références lors d'évaluations suivantes.

L'évaluation médicale s'applique parfaitement à ce problème de variabilité des pratiques en jouant le rôle d'intermédiaire entre la production scientifique et la pratique clinique. Il ne s'agit pas de parvenir à une médecine qui serait partout la même, niant les conditions individuelles du médecin et du malade, mais d'obtenir l'exercice d'une médecine mieux informée et d'assurer une meilleure égalité des malades devant le risque comme devant les chances de guérison.

✓ *Un besoin d'adaptation à l'évolution galopante de la médecine.*

M. Doumenc [45] avance que « **l'évaluation est à l'origine même du raisonnement médical**...il a toujours eu pour base la comparaison entre la réalité du malade et les connaissances médicales de chaque médecin. Ce rapport à la référence, qu'elle nous soit donnée par nos maîtres, nos clients, nos lectures ou tout autre moyen, est à la base même de nos décisions... ».

Or, depuis une trentaine d'années, nous assistons à une **inflation quasi vertigineuse des connaissances médicales**, mettant à la disposition des médecins une augmentation constante de moyens diagnostiques et thérapeutiques. Le médecin est appelé à faire des choix de plus en plus difficiles. Il doit à l'évidence être guidé dans ces choix.

✓ *Décalage entre Médecine factuelle et pratique.*

Rappel :médecine factuelle et EBM :

- L'EBM (d'abord définie au cours des années 80, en Amérique du nord, Ontario, Canada) [46] « se définit comme l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient ». [47]. Elle se déroule en quatre stades successifs : [78].

- formuler clairement les problèmes cliniques à résoudre dans le cas du malade considéré ;
- réaliser une revue de la littérature en excluant les données critiquables ;
- apprécier la validité et l'applicabilité des conclusions pratiques des articles ;
- en déduire la conduite à tenir pour le malade en cause.

- La médecine factuelle est une pratique médicale dont les décisions de soins s'appuient sur les données actuelles de la science (DAS), c'est-à-dire des faits scientifiques pertinents pour le problème posé et non sur des opinions.

C'est ce modèle qui est à la base des actions de formation et de diffusion des connaissances par les agences (ANAES , AFSSAPS), et de la revue médicale française Prescrire, à partir des données actuelles de la science. [48].

Cependant, il est maintenant **démontré que la seule élaboration puis la diffusion non sollicitée des recommandations sont peu suivies d'effet en médecine**. La méta-analyse publiée par Grimshaw et Russel en 1993 montre bien que ces « recommandations sont capables de contribuer à améliorer la pratique dans le cadre d'une évaluation rigoureuse ». [34].

Dans la réalité les médecins élaborent leur propres stratégies thérapeutiques qui dépendent aussi des connaissances acquises lors de leur formation universitaire et lors de leurs premières années d'exercice, de leur expérience, des pratiques de promotion de l'industrie biomédicale, de l'attitude des malades...Le comportement des médecins est comme un compromis entre la science médicale et la culture ambiante.

I.2.3. Raisons économiques

Les raisons économiques sont évidentes, souvent au premier rang de l'actualité, sources de craintes et pourtant incontournables pour tout acteur de santé...

✓La France a consacré une part croissante de ses richesses nationales aux dépenses de santé (environ 4% en 1960 à environ 9% en 1990). [49]. Depuis le milieu des années 1970, le ralentissement de la croissance économique n'a pas permis, contrairement aux années précédentes, de dégager de surplus suffisant pour financer l'augmentation permanente des prestations sociales. **Le financement de notre système de protection sociale est donc de plus en plus contraint.**

Le système de santé français absorbe 1.5 points de PIB de plus que la moyenne européenne. Or, sous l'effet du vieillissement de la population, d'une demande de médecine de « confort », des habitudes de loisirs à risques (sports, etc.), de l'alcool, du tabac, de la toxicomanie et des nuisances environnementales, les dépenses de santé continuent à croître..

✓Dans nos états, il est difficile de contrôler l'augmentation des dépenses par un rationnement des soins. **Il faut mieux gérer les dépenses de santé** : dans ce cadre, développer les recommandations de bonne pratique clinique et repenser la formation médicale continue et la formation universitaire (pour que les **praticiens intègrent la notion d'évaluation médicale**) nous apparaît comme une alternative intéressante...

Ceci fait d'ailleurs partie de la solution adoptée au terme du **protocole d'accord entre conclu entre les trois caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats de médecins** le 07/06/2002 : afin de financer la hausse tarifaire des médecins généralistes « une évolution des pratiques et des comportements doit dégager les marges financières nécessaires » [34.1], sans creuser d'avantage le déficit du régime de l'assurance maladie (cette année **supérieur à quatre milliards d'euros**). « Les signataires...affirment également que la diffusion de bonnes pratiques médicales peut permettre à la fois de maîtriser médicalement les dépenses et d'améliorer la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux ».

I.2.4. Raisons réglementaires.

✓Code déontologie médicale :

La déontologie médicale définit « l'ensemble des devoirs professionnels du médecin ». [51]. Elle est régie par le Code de déontologie médicale [52] qui contient plusieurs articles qui concernent l'évaluation des pratiques professionnelles :

Art. 11 : « **Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles** ». Cet article demande donc au médecin d'avoir une démarche active pour s'évaluer; d'avoir à l'esprit la « variabilité » des pratiques et de situer son exercice par rapport à ses confrères et aux recommandations. La participation à des démarches d'évaluation fait donc partie de son exercice professionnel.

Art 32 : « Dès lors qu'il accepte de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu à l'aide de tiers compétents ». Cet article insiste sur la nécessité de n'utiliser que des méthodes scientifiques rigoureuses ; l'évaluation des pratiques, comme nous venons de le voir (chapitre II I.2.), est une aide dans ce sens.

✓ **Décret du 28 décembre 1999, relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse des dépenses médicales.**[76].

Ce décret émanant du ministère de l'emploi et de la solidarité (M. Aubry), stipule les conditions de **mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) de manière volontaire, non coercitive, en France**. Elle est conçue par l'ANAES, organisée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux et est actuellement mise à l'épreuve dans quatre régions françaises La Lorraine, la Basse-Normandie, le Nord Pas de Calais et l'Ile de France).

Art. 1^{er} : « L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par **ses pairs**, sur la qualité de ses pratiques en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique. Dans cette perspective elle permet de promouvoir le respect de la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ».

Elle doit donc être comprise comme un **service rendu** au médecin comme **outil de valorisation de sa pratique**.

Art 2: ...elle « est réalisée à la demande de ce médecin ».

C'est une démarche fondée sur **l'auto-évaluation, volontaire**.

Art 3: ...elle « est réalisée par un ou plusieurs **médecins habilités**.. L'habilitation à exercer est prononcée par le directeur de l'ANAES... ».

Ce sont des médecins libéraux, exerçant depuis au moins 10 ans, ayant une expérience en évaluation et/ou en formation et ayant évalué leur propre pratique dans des conditions rigoureuses.

Art 4: ...elle « est menée à partir de guides d'évaluation professionnelle, élaborés ou validés par l'ANAES. Les guides d'évaluation permettent aux médecins qui le souhaitent de procéder à une auto-évaluation de leur pratique ».

Art 6 : ...elle « est réalisée dans le respect du secret professionnel »..Les médecins habilités formulent par écrit des « recommandations » et, le cas échéant « des réserves »... et « proposent au médecin concerné les mesures correctrices à mettre en œuvre et assurent le suivi ».

Elle n'est **pas sanctionnante**.

✓ **L'option conventionnelle :**

Elle est décrite dans la dernière convention nationale destinée à organiser **les rapports entre les médecins généralistes d'une part, et les Caisses d'Assurance Maladie d'autre part**

.Objectif: Les parties signataires entendent favoriser, grâce à la coordination des soins :

- la qualité des soins
- la prévention et les actions de santé publique
- le suivi médical, la continuité des soins et l'amélioration des conditions d'accès aux soins
- l'optimisation des dépenses de santé

Modalités: Le patient remplit une carte d'adhésion pour une durée de un an, renouvelable ; le médecin quant à lui respecte la « **charte de qualité du Médecin Référent** » [53] qui précise, en particulier, concernant la qualité des soins :

-Dans l'Art 1^{er}, les conditions d'activité liée à la qualité des soins : « A titre de critère d'entrée dans l'option et de maintien, le médecin doit attester ... d'une activité minimale... »

-Dans l'Art 2, le seuil de qualité : « le médecin référent s'engage à respecter un seuil maximal annuel d'activité correspondant au nombre d'actes au-delà duquel les partenaires conventionnels estiment qu'il n'est plus possible d'assurer une médecine de qualité... ».

-Dans les articles 3 à 9 : le principe de « la permanence des soins » , la favorisation de « l'exercice de groupe », la tenue du « document médical de synthèse, ...propriété du patient » et sa « gestion informatisée », et la réalisation d'un « suivi de dépistage et de prévention ».

-Dans l'Art. 10, le « **respect des recommandations de bonne pratique et des référentiels** », la participation à « l'évolution » de ceux-ci, ainsi que l'« élaboration de plans de soins, notamment pour les Affections de Longue Durée ».

-Dans les articles 11 à 13, la participation à « des actions de formation professionnelle conventionnelle » et à des « évaluations de connaissance et de pratique » et l'engagement à « travailler en groupe » avec les confrères et les autres acteurs du domaine médico-social.

Adhésion : Ce choix n'a séduit que 10% des médecins et un million de patients.

I.3. Un acteur au niveau national: L'A.N.A.E.S.

✓Présentation :

L'Agence Nationale D'Accréditation et d'Evaluation en Santé est un établissement public administratif de l'état dont le fonctionnement et l'organisation sont précisés par le décret 97-311 du 7 avril 1997 dans le cadre de la réforme du système de soins français (ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'administration publique et privée [37]).

Art. R. 791-1-1. « L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé a pour mission de favoriser, tant au sein des établissements de santé publics et privés que dans le cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles et de mettre en œuvre la procédure d'accréditation... ».[54].

Elle est placée directement sous la tutelle du ministre de l'Emploi et de la Solidarité dont dépend le secrétaire d'Etat chargé de la Santé ; ses principaux financeurs sont les caisses d'assurance maladie.

L'ANAES poursuit les missions de l'ANDEM. L'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale était une association a but non lucratif, créée en février 1990, dirigée depuis sa création par le Pr Yves Matillon ; ce dernier est actuellement le directeur général de L'ANAES nommé pour 5 ans par le ministre chargé de la Santé.

L'agence avait pour missions d'établir l'état des connaissances sur des stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine, et de contribuer par ses travaux à l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital et en médecine libérale.

✓Les instances de décision :

L'A.N.A.E.S. est dotée d'un conseil d'administration, d'un conseil scientifique et du Collège de l'accréditation.

Le conseil d'administration est constitué de représentants des professions médicales paramédicales et de leurs organisations représentatives, d'une part, et de représentants de l'Etat et des organismes d'assurance maladie, d'autre part. Nous pouvons souligner que dans sa composition, 25% des voix sont accordées aux représentants du financement de l'agence, contre 75% des voix aux professionnels de la santé ; ceci permet d'assurer l'indépendance de l'A.N.A.E.S. à l'égard de ses financeurs.

Le conseil scientifique est réparti en deux sections : Evaluation et Accréditation. Les 18 membres de la section Evaluation détiennent des compétences méthodologiques en recherche clinique en évaluation médicale, en économie et , d'une manière générale, dans le domaine des soins et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Pour remplir efficacement ses missions auprès des professionnels, le service s'appuie sur des correspondants régionaux, compétents en évaluation par leur formation et leur pratique. Ceux-ci ont pour mission d'apporter un soutien méthodologique aux professionnels et aux structures qui le souhaitent. Ils sont au nombre de 157 dont 52 correspondants pour les établissements de santé et 105 correspondants libéraux (3 en Lorraine : E. Steyer, G. Allain et J. Birgé).

✓ **Objectifs** :[37]

Au titre de sa mission d'évaluation des soins et des pratiques professionnelles dans les secteurs hospitaliers et des soins de ville, elle est chargée :

- « **D'élaborer**, avec des professionnels de santé, selon des méthodes scientifiquement reconnues, **de valider et de diffuser** des méthodes nécessaires » à cette évaluation. Ces méthodes sont appliquées sur le terrain avec la réalisation d'audits cliniques et de programme d'assurance qualité dans le secteur hospitalier ; **des audits de pratique sont utilisés en médecine libérale.**
- « **D'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques cliniques et des références médicales et professionnelles** en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique ». Par exemple, l'ANDEM avait publié en 7 ans 35 **Conférences de Consensus**, 12 **Recommandations pour la Pratique Clinique...**
- « De donner un avis sur la liste des actes, prestations et fournitures qui sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie... »
- « De réaliser ou de valider des études d'évaluation des technologies relatives à son domaine de compétence... »
- « De proposer toute mesure contribuant au développement de l'évaluation... »
- « De **diffuser ses travaux** et de favoriser leur utilisation » L'ANDEM avait diffusé plus d'un million de documents en 7 ans. L'agence diffuse les recommandations de bonne pratique clinique, en particulier, aux **unions régionales de médecins exerçant à titre libéral** qui les transmettent aux médecins de leur région.

Mise en place de l'accréditation des établissements de santé.

L'accréditation est une procédure externe à un établissement de soins, indépendante de celui-ci ou de ses organismes de tutelle, effectuée par des professionnels, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins.

L'ANAES, organisme accréditeur, établit avec les professionnels du système de santé des référentiels pour apprécier les structures, les procédures et les résultats en terme de gain de santé et de satisfaction des patients...

I.4. Un acteur au niveau régional : le GLAM.

Le GLAM est un groupe de médecins qui, se sentant concernés par l'évaluation des pratiques professionnelles, a décidé de se regrouper pour promouvoir et réaliser des audits de pratique.

(CF plus loin, chapitre II.2.1.).

II. L'AUDIT MEDICAL, UN OUTIL AU SERVICE DE L'EVALUATION

Plusieurs méthodes d'évaluation sont utilisables en médecine générale : enquête de pratiques, revue par les pairs, questionnaire de satisfaction ou enquête d'opinions.

Actuellement seul l'audit médical de pratique est couramment appliqué en France.[55]

C'est la méthode d'évaluation de la qualité des soins qui semble la mieux adaptée à la complexité de l'exercice de la médecine ambulatoire [56]. Elle semble être la plus efficace pour tenter de réduire l'écart entre les recommandations et la réalité de la prise en charge clinique. [48].

II.1. Définitions, généralités.

✓ *Dans la langue française*, (dictionnaire Robert) l'audit est un anglicisme de la deuxième moitié du XXème siècle, qui provient du latin *auditus* ("entendu"). Il signifie "la révision et le contrôle de la comptabilité et de la gestion d'une société. [57]

Selon l'encyclopédie universalis [58], on peut distinguer deux types d'audits dans le milieu industriel, institués par la pratique et le législateur : l'audit interne et l'audit externe. Ils constituent, dans les grandes entreprises un système permanent et complexe de protection et d'évaluation

L'audit externe est le fait d'agent extérieur à l'entreprise. L'audit interne est une activité autonome d'expertise...dont l'objectif principal est, dans le cadre de vérifications périodiques, de donner un avis sur l'efficacité des divers moyens de contrôle à la disposition des hauts responsables.

✓ Définition de l'audit médical.

En France, *selon l'ANDEM*, l'audit médical "est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du médecin à des références admises pour améliorer la qualité des pratiques et des soins délivrés aux patients". [59]. Il correspond donc à une auto-évaluation, faite par des professionnels volontaires.

Son utilisation dans de nombreux pays a montré qu'il s'agissait d'une méthode efficace si on l'appliquait avec rigueur. Notons cependant que dans les pays anglo-saxons, on englobe sous le terme de *medical audit* toutes les formes d'évaluation appliquées par les professionnels que se soit le contrôle par les pairs (*peer-review*), le recueil et l'analyse des données et toutes formes d'audit.[32].

Il est fondamental de saisir à ce moment de l'exposé **la différence entre audit et études de recherche en épidémiologie**. L'audit ne sert pas à savoir "ce qui se fait dans un but de connaissance pure mais à savoir ce qui se fait pour s'améliorer" [56]. Les résultats recueillis ne permettent pas de fournir de données statistiques (échantillon non significatif, méthodologie différente).

Le but de l'audit est différent, **il sert à regarder ce que l'on fait pour essayer d'améliorer ses performances.**

II.2. Méthodologie de l'audit médical.

L'audit des pratiques est une méthode d'évaluation qui compare une activité médicale à une référence définie. Il suit une méthodologie précise, composée de six étapes successives bien codifiées par l'ANAES. [55 ; 59].

✓ Etape 1 : Constitution d'un groupe de médecins promoteurs de l'enquête et choix du sujet

Les promoteurs : Dans la plupart des cas, ce sont des groupes de médecins déjà constitués : associations de formation médicale continue, groupe locaux d'évaluation (dont le GLAM fait partie), groupe de pairs, union régionales de médecins libéraux.. L'ANAES est aussi promoteur de grands audits nationaux.

Qui peut participer à l'audit ? Les omnipraticiens, membres du groupe ; des médecins isolés, sollicités ou non par le dernier; et dans certains cas des spécialistes , des infirmières, des secrétaires-réceptionnistes, des patients... en fonction du thème.

Le choix du sujet incombe aux médecins qui doivent se sentir directement concernés par le thème choisi et sont bien souvent conscients des forces et des faiblesses de leur pratique. L'activité médicale étudiée peut avoir pour origine soit les suggestions des participants à l'audit (lectures d'articles, difficultés rencontrées...), soit des considérations extérieures comme la réception de recommandations professionnelles..

Le sujet choisi doit répondre à un certain nombre de critères explicités en détail au chapitre III (III.1.3.). Il concerne tout problème ressenti comme un dysfonctionnement et pour lequel une action correctrice est possible, avec toutefois pour restrictions d'être rencontré suffisamment souvent pour être analysable et que la solution soit à priori du ressort du médecin.

✓ Etape 2 : Définition des références souhaitées.

Dans la majorité des cas, le thème a fait l'objet de recommandations professionnelles. Dans le cas contraire, le groupe établit lui-même son référentiel qui doit répondre aux mêmes critères de qualité (audit sur le dépistage des cancers des voies aérodigestives supérieures chez le patient éthylo-tabagique et l'audit sur la surveillance du poids en médecine générale, par exemple).

✓ Etape 3 : Détermination des critères et des normes et élaboration du questionnaire.

Un critère est un élément sur lequel repose un jugement. Il doit être **valide** (apte à mesurer le paramètre qu'il est censé mesurer), **quantifiable** (mode binaire, numérique ou nominal), **fiable** (apte à mesurer de façon précise), **sensible** (apte à mesurer des variations) et **spécifique** (caractéristique de l'activité médicale étudiée, comme les chiffres tensionnels pour la surveillance de l'HTA).

Il doit être en nombre limité, 10 au maximum pour ne pas alourdir le travail des participants et l'analyse ultérieure.

Pour chaque critère, il existe un seuil au-delà duquel le processus de soin étudié au moyen de ce critère est jugé acceptable. En deçà il ne l'est pas. Ce seuil constitue la norme des soins pour ce critère. Il peut être idéal ou empirique (niveau minimum de performances acceptable). Une norme idéale peut décourager et paradoxalement entraîner une baisse de l'efficacité ; une

norme empirique peut cacher des pratiques médiocres et conduire à des habitudes néfastes de soins...

✓ *Etape 4 : Recueil des données.*

L'évaluation portera sur une période plus ou moins longue en fonction de l'activité choisie (de sa fréquence) et sur un nombre de patients représentatifs de la clientèle examinée. Le nombre de dossiers le plus favorable semble être 30 à 50.

Idéalement, le recueil à lieu de manière rétrospective, à partir des données du dossier médical. Ceci est désormais grandement facilité par l'avènement de l'informatique dans la gestion du dossier médical. Il est parfois prospectif si le sujet l'impose (comme dans l'audit *qualité rédactionnelle de l'ordonnance*) ou bien si la tenue des dossiers ne permet pas d'isoler les informations recherchées.

La source des informations est donc variable : souvent le dossier médical, mais aussi les patients, les ordonnances...

La grille de recueil doit permettre l'identification des médecins, le contrôle des critères retenus et le respect de la confidentialité. La confidentialité doit être un souci permanent ; elle est préservée par un système de codage qui permet au médecin de connaître sa performance et de se comparer à ses confrères sans que personne d'autre ne soit au courant.

Enfin, une étude de faisabilité est réalisée au préalable pour tester la fiche de recueil.

✓ *Etape 5 : Analyse des résultats.*

Elle doit être prévue à l'avance et permettre de répondre à la question suivante :

« l'exercice audité est-il en accord avec l'objectif que l'on s'était fixé ? »

Si la pratique observée n'est pas conforme à l'idéal, il faudra s'efforcer ensemble d'identifier les moyens pour l'améliorer et permettre de mesurer le changement.

✓ *Etape 6 : Elaboration des recommandations et modifications des comportements.*

Recommandations : De leur pertinence et de leur adéquation aux dysfonctionnement observés vont découler les améliorations souhaitées. **La décision ou le choix d'une action correctrice** peut être guidée par des références ; elle se donne pour but de maintenir ou d'améliorer l'état de santé des patients de manière efficace et économique.

Dans certains cas l'analyse est aisée et débouche sur des recommandations simples (théoriquement au moins...) : modification d'un comportement, nécessité d'une formation... D'autres fois, les analyses sont plus difficiles et font émerger des causes sur lesquelles le professionnel a peu d'emprise : problèmes organisationnels structurels, institutionnels, causes socio-démographiques, psycho-affectives et personnelles... **Il faut résister à la tentation de vouloir réviser les normes pour les adapter à la pratique**, plutôt que de modifier les pratiques pour les rapprocher des normes. L'option choisie doit être celle dont on peut attendre le meilleur rendement.

Freins et facilitateurs au changement : A l'évidence le médecin n'est pas naturellement enclin à remettre en cause constamment sa pratique. **Il n'aime pas les contraintes** et le caractère coercitif qu'il prête à l'évaluation. Pour qu'il accepte le changement, des raisons suffisantes doivent exister : **intérêt du malade**, dimension économique... L'application des recommandations sera d'autant plus facile que tous auront participé à la décision initiale

(principe de participation volontaire et bénévole à l'audit) et que l'information aura été bien faite.

Comment mesurer le changement ? L'évaluation des pratiques n'est pas un but en soi, elle n'est qu'un moyen pour améliorer la qualité des soins. Seul un deuxième recueil des données, après la mise en place de mesures de correction, pourra mesurer le changement réalisé. Recommencer plusieurs fois ces procédures d'évaluation permettra de suivre régulièrement l'évolution dans la démarche de qualité. On peut ici parler de **la spirale de l'audit**.

II.3. Audit médical en Lorraine : Le G.L.A.M.

II.3.1. Présentation.

A l'échelle régionale, en Lorraine, une association s'est créée dans le but de promouvoir l'audit des pratiques auprès des médecins généralistes : le Groupe Lorrain d'Audit Médical (G.L.A.M.). J. Birgé, un des 157 médecins correspondant de l'ANAES en Lorraine, fait partie des médecins fondateurs de ce groupe ; il y a investi beaucoup de temps (responsabilité de certains audits, rédaction des comptes-rendus de réunion), et prend à cœur les activités du groupe, estimant que l'audit des pratiques est un des meilleurs moyens de formation médicale continue.

Le G.L.A.M. s'est constitué début 1993, à la suite d'un séminaire d'initiation à la formation médicale, organisé par Lorformec¹, avec la participation de l'A.N.D.E.M. Le G.L.A.M. a pour objectif la promotion de l'audit des pratiques, en Lorraine, auprès des médecins généralistes, en organisant leur élaboration.

Il est composé de médecins généralistes Lorrains. Dans un premier temps, les participants n'avaient pas souhaité créer une structure formalisée, afin de consacrer tout leur temps « d'évaluation » à la conception des audits et non à la vie d'une association. Les frais occasionnés par la mise en place des audits sont collectés de différentes manières avec une participation bénévole des membres du groupe. Récemment, deux audits diffusés à une large population de médecins avaient bénéficié de l'aide de l'URML (carence martiale et HTA). Cette aide devenant aléatoire en Lorraine, le groupe a finalement décidé de se constituer en association à but non lucratif (loi de 1908) pour pouvoir solliciter des financements auprès du F.A.Q.S.V.² dépendant de l'U.R.C.A.M.³ (séance du 12/03/2002)

Le GLAM s'est constitué en association au cours d'une assemblée constitutive le 10/04/2002. Les statuts ont été adoptés et déposés au tribunal d'instance de Boulay le 24/05/2002. Le montant de la cotisation annuelle a été fixé à 30 €.

¹ Fédération Lorraine des Associations de Formation Médicale Continue.

² Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville.

³ Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

✓ *Le 1^{er} conseil d'administration a été élu :*

Président : J.Birgé
Vice Président : JM.Marty
Secrétaire : E.Steyer
Secrétaire adjoint : JM.Pauly
Trésorier : J.Joly
Trésorier adjoint : MF.Baudoin

✓ *La charte du GLAM* (encore au stade de projet)

1. Nos audits reposent sur le volontariat et ont pour seul objet l'amélioration de la qualité des soins.
2. Le GLAM est maître du choix des sujets d'audits qu'il conçoit et qui doivent répondre aux préoccupations des médecins dans leur exercice quotidien : constater un dysfonctionnement des pratiques, repérer une recommandation méconnue ou non appliquée...
3. Nous gardons la liberté du choix de la méthodologie.
4. Nos audits reposent sur le principe de l'auto-évaluation, la plus apte à induire un changement de comportement. L'évaluation externe est envisageable si l'activité évaluée ne se prête pas à l'audit interne et si l'ensemble du groupe donne son accord.
5. Nous sommes propriétaires des résultats et décidons de l'exploitation qui en est faite.
6. Nos audits respectent l'anonymat des participants et le secret médical. Nous garantissons la confidentialité des résultats individuels.

Le GLAM se réunit tous les deux mois. Un courrier électronique est envoyé aux médecins, avant et après chaque réunion : le premier pour rappeler l'ordre du jour, le second pour rapporter ce qui a été dit et décidé. Lors de ces réunions, les participants évoquent des questions d'ordre général et les différents audits : terminés, en cours, entre deux tours, prêts, en projet. Une dizaine de médecins participent à ce travail de groupe et environ 250 personnes ont participé au moins à un audit en mai 2002. Le lieu de rencontre se trouve le plus souvent en Moselle à Metz (Domus Médica).

Lorsqu'un sujet d'audit est choisi, un membre décide d'en être responsable. Il va donc assurer la réalisation des différentes étapes : l'élaboration du référentiel, des critères, de l'argumentaire, de la grille de recueil, envoi de celle-ci, relance des participants, puis réception des grilles remplies, analyse et envoi des résultats.

A chaque étape, le groupe prend connaissance du travail réalisé, propose d'éventuelles modifications, puis donne son accord pour la poursuite du travail. Le référentiel est validé par un expert (médecin dont la spécialité est en rapport avec le sujet, et dont la notoriété est établie). Chaque audit comporte un essai préliminaire (afin d'en vérifier la faisabilité) effectué par quelques médecins du groupe. Toute grille d'audit est accompagnée d'un argumentaire exposant précisément le sujet de l'audit, sa pertinence, le référentiel, comment remplir la grille. Cette grille comporte un mode d'emploi, précisant les inclusions et les exclusions à respecter ; l'identité des patients et celle des médecins sont codées afin de garantir leur anonymat.

Certains aspects de la méthodologie de l'audit des pratiques sont suivis scrupuleusement, d'autres moins. L'élaboration du référentiel et des critères d'inclusion est rigoureuse, les audits sont réalisés en enquête rétrospective (sauf pour l'un d'entre eux) ; par contre, l'utilisation de norme n'est pas toujours jugée utile (III^{ème} chapitre, III.2), les actions correctrices ne sont pas prévues systématiquement -**l'élaboration elle-même de l'audit est**

alors estimée suffisante pour l'amélioration des pratiques- ou sont parfois organisées avant le recueil des données.

II.3.2. Liste des audits pratiqués par le GLAM.

15 audits ont été réalisés (terminés ou en cours) depuis 9 ans :

1. 1993 : audit **Proposition du Traitement Hormonal Substitutif . Ménopause.**
2. 1995 : audit **Pesée**
3. 1995 : audit **ROR**
4. 1996 : audit **Diabète Non Insulino Résistant**
5. 1997 : audit **Dépistage des cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures**
6. 1997 : audit **Scoliose (Dépistage chez l'adolescent).**
7. 1998 : audit **Incontinence Urinaire (Dépistage chez la femme de plus de 40 ans)**
8. 1998 : audit **Aérosol Doseur (Technique d'utilisation)**
9. 1998 : audit **Hépatite B (chez l'adulte de 15 à 25 ans)**
10. 1999 : audit **Alcool Tabac (tenue du dossier médical)**
11. 1999 : audit **Dépistage de la carence Martiale**
12. 2000 : audit **Hypertension Artérielle (objectif manométrique)**
13. 2001 : audit **Qualité Rédactionnelle de l'ordonnance**
14. 2001 : audit **Durée du THS . Ménopause (en cours)**
15. 2001 : audit **Hypercholestérolémie (en cours)**

D'ores et déjà, quatre audits ont fait l'objet de publications dans la Revue du Praticien de Médecine Générale : *proposition de THS* [60], *Pesée* [61], *ROR* [62], *dépistage des cancers de VADS* [63]. D'autres articles sont en cours d'élaboration ou en projet : *aérosols doseurs*, *scoliose*, *qualité de la rédaction de l'ordonnance*, *Alcool/tabac et HTA*, . .

Par ailleurs, outre l'audit HTA, d'autres ont fait l'objet d'une thèse ou sont le support d'un projet de thèse : il s'agit de l'audit *qualité rédactionnelle de l'ordonnance* (S. Perdeau a soutenu sa thèse de Dr en pharmacie et obtenu les félicitations du jury), *dépistage de la carence martiale* (X. Grang, soutenance en juin 2002), *hypercholestérolémie* (O. Fuant, en cours) et *la prise en charge de l'insuffisance coronaire stable* (N. Nussli, audit prêt qui vient d'obtenir le financement du FAQSV (19/06/2002)). Nous pouvons aussi signaler la thèse de Dr en médecine de S. Stenger, obtenue en 1998, qui exposait les résultats d'une enquête réalisée auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes Lorrains, dont l'objectif principal était de décrire les connaissances, les opinions et les comportements des médecins par rapport à l'audit des pratiques. [65].

Enfin, de nombreux audits sont en projet : *contraception*, *antibiothérapie en médecine ambulatoire*, *varices et contention veineuse*, *la prescription des anti-agrégants*, *le dépistage de l'impuissance*, *le traitement par AVK (respect des indications et suivi par INR)*, *amodiarone et TSH*...

Tous ces audits terminés, en cours ou futurs sont disponibles sur le site internet de l'association : <http://www.glam.fr.st>, tenu à jour par son maître de toile R. Birgé et l'animateur du GLAM, J. Birgé.

II.4. Audit médical et Hypertension artérielle.

L'hypertension artérielle est un sujet qui par sa prévalence, son importance considérable en matière de santé publique, les nombreuses recommandations à son sujet... a déjà fait l'objet d'audits. Il est intéressant de relater certains d'entre eux ; nous relèverons par la suite (cf. discussion) les points communs et les divergences par rapport au nôtre.

II.4.1. Audit de l'association de FMC du Haut-Brivet. (Loire-Atlantique 44).[66].

L'association F.M.C. du Haut-Brivet est une association loi 1901, née en 1990 à l'initiative des médecins du secteur, dans le but d'assurer la FMC des médecins généralistes et spécialistes d'une part et de renforcer la confraternité et de s'ouvrir aux professions paramédicales, d'autre part.

Elle est l'auteur d'un audit interne réalisé entre octobre 1999 et novembre 2000 : **« Prise en charge de l'hypertension artérielle en médecine de ville. Réalisation d'un audit »**. Cet audit a fait l'objet d'une communication lors du congrès national de la FMC associative en octobre 2000 et est le lauréat des Prix Lilly de formation médicale continue de l'année 2000.

✓ **Objectif :**

- Diversifier le mode de formation du groupe.
- Evaluer dans un premier temps la prise en charge des patients hypertendus suivis par les médecins de l'association (appliquent-ils les recommandations de l'ANAES 1997) .
- Former ses membres sur le sujet (au moyen de la FMC) .
- Enfin, évaluer la prise en charge finale et l'apport probable de la FMC.

✓ **Méthodologie :**

Lors d'un week-end, le groupe d'organisation a rédigé la **1^{ère} fiche d'évaluation, dite fiche d'audit n°1** (Annexe 2) après une **conférence sur le thème** de « la prise en charge de l'HTA en médecine de ville » réalisée par le Dr P. Aubry, cardiologue. Elle utilise les recommandations de l'ANAES 1997, du JNC et de l'OMS (voir chapitre I^{er})

Entre décembre 1999 et le 15 janvier 2000, le premier tour de l'audit est réalisé. Deux médecins du groupe ayant cessé leur activité **se sont rendus auprès de tous** afin de distribuer les fiches et d'expliquer l'audit ; ils ont ensuite **relancé** l'opération et recueilli le travail.

A la suite, une **soirée de formation médicale continue** fut organisée : « Prise en charge et suivi de l'hypertendu en ville, les classes thérapeutiques, le suivi biologique » avec la participation d'un néphrologue (Pr Esnault, CHU Nantes) et d'un cardiologue (Dr Aubry).

Les résultats furent communiqués lors du congrès de l'association. Certaines situations à risques furent abordées. Compte tenu des résultats du premier tour une **deuxième évaluation, dite audit n°2** (Annexe 2), **est décidée**. Les résultats ont été présentés au 2^{ème} congrès national de FMC le 22/10/2001, à Paris.

✓ **Résultats :**

Evaluation n°1 :

-7 thèmes sont abordés (facteurs de risques cardio-vasculaires, traitement en cours, résultats retrouvés à la première consultation...). Pour chaque thème de nombreux critères sont retenus, **61** en tout.

Parmi eux, se trouve :

- le « **Résultat de la prise de la TA** » (PAS et PAD exprimés en mmHg). Le participant note la PA de la consultation.
- « **objectif atteint :oui/non** » :le groupe considère que l'objectif est atteint pour une PA<140/90mmHg.

-échantillon :

- 28 médecins généralistes parmi les 29 « associés » ont réalisé cette enquête
- chaque médecin incluait 10 patients 242 fiches étaient exploitables
- l'âge moyen des patients est de 62.8 ans

-contrôle tensionnel

- La tension moyenne est de 141.3/81.4mmHg (écart type non précisé dans la communication)
- **80% des patients atteignent l'objectif tensionnel fixé (PA<140/90mmHg)**

Evaluation n°2 :

-2 thèmes sont abordés (résultats retrouvés dans le dossier du patient : dernière consultation et suivi du patient). 21 critères sont retenus en tout.

Parmi eux, on retrouve :

- le « **Résultat de la prise de la TA** » (PAS et PAD exprimés en mmHg). Le participant note la PA de la consultation.
- « **objectif atteint :oui/non** » :le groupe considère que l'objectif est atteint pour une PA<140/90mmHg.

-contrôle tensionnel

- **74% des patients atteignent l'objectif tensionnel fixé (PA<140/90mmHg)**

✓ **Discussion :**

- Sur sa méthodologie :

Cette intéressante étude ne répond pas à la définition de l'audit médical :

-il s'agit en fait de **deux évaluations différentes, avant et après FMC**, un audit est la reproduction d'une même enquête après un laps de temps défini.

-61 critères sont retenus (10 maximum recommandés par l'ANAES)

-aucune norme n'est précisée mais F.Maraval, actuel président de l'association me précise qu'un patient équilibré était un patient ayant la valeur de sa PA<140/90 (soit, pour une seule prise, 100% de bons résultats).

- Sur son taux de participation :

Les médecins sollicités n'étaient que 29, ils étaient tous membres de l'association de FMC et ont bénéficié de rappels (grâce à l'intervention des médecins retraités et disponibles). Ainsi 28 médecins ont réalisé l'audit ; soit un très fort taux de participation (96%).

✓ **Résumé :**

L'association du Haut-Brivet (44) a réalisé deux enquêtes de pratiques autour d'une soirée de formation médicale continue. 28 médecins ont participé, 242 patients ont été inclus.

Lors de la première, 80% des patients avaient une PA<140/90mmHg, 74% lors de la seconde.

II.4.2. Exemple d'un audit anglais. [67].

Le British Medical Journal publiait en mars 1997 un grand audit réalisé en Angleterre chez 25 généralistes appartenant à 6 des 54 cabinets de la banlieue de Londres. [56].

✓ **Objectif :**

Il est de déterminer si, dans un contexte de soins primaires, **l'audit des pratiques professionnelles est capable d'induire des modifications du comportement des praticiens dans la prise en charge des patients hypertendus.**

✓ **Méthodologie :**

Ce travail a porté sur l'intégralité des dossiers de ces médecins : 24 700 ont été étudiés pour identifier ceux des patients traités pour hypertension artérielle. 783 patients ont été identifiés avant le premier recueil, 759 au second, un an plus tard.

Le premier recueil était précédé par la diffusion et la discussion au sein de chaque cabinet des recommandations de pratique clinique concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle (BHS 1993, WHO/ISH 1993, JNC V). Les participants ont eux-mêmes choisi les critères de bonne pratique qui feraient l'objet de l'audit.

A l'issue de ce premier tour ils ont discuté les résultats et fixé les objectifs à atteindre pour le second, un an après.

✓ **Résultats :**

L'audit portait sur 5 critères : la réalité de l'HTA ; la présence de l'Indice de Masse Corporelle, un dosage du cholestérol total, de l'urée et des électrolytes ; la valeur de la pression artérielle.

Concernant la valeur de la PA, la norme suivante avait été fixée : le **nombre de patients dont la valeur de la PA excédait 160/90mmHg devait diminuer de moitié entre les deux tours**. : finalement, ce nombre fut de **69%** au premier tour et de **64%** au second.

✓ **Discussion :**

- Sur sa méthodologie :

-Il s'agit d'un audit externe qui n'est **pas réalisé** par un groupe de **médecins volontaires** (comme dans les audits cliniques pratiqués en France) mais par des praticiens choisis de manière à représenter la population d'une région ; il ne s'intéresse pas à un nombre limité de dossiers (25 par médecins dans notre enquête) mais à l'intégralité des dossiers des patients hypertendus de chaque médecin. Ainsi, **il a une valeur représentative**, épidémiologique.

-Il soulève une réflexion quant à la méthodologie de l'audit des pratiques (moyens pédagogiques à mettre en œuvre lors de la formation préalable à l'étude et entre les deux tours) et sur les **causes de résistance** des praticiens aux modifications de leur pratique [65].

-enfin, les auteurs de l'article anglais [68] se posent la question suivante : « **les cibles doivent-elles être plus simples à atteindre ?** » En effet, concernant les 4 autres critères, les praticiens ont considérablement progressé ; par ailleurs, il a déjà été remarqué que pour faire évoluer un comportement, des objectifs plus facilement accessibles doivent être fixés à l'avance. [69]...

- Sur ses résultats :

Concernant le critère « valeur de la Pression Artérielle », plus de deux tiers des patients traités gardaient une PA > 160/90mmHg, et ce pourcentage n'a pas progressé entre les

deux tours. **Il n'a donc pas été constaté d'amélioration des soins** ; ceci est un échec de la méthode de l'audit pour aider les médecins à respecter l'objectif manométrique recommandé.

✓ **Résumé :**

Il s'agit d'un audit anglais mené chez 25 médecins généralistes de la banlieue de Londres après diffusion des recommandations internationales. Au premier tour, 69% des patients avaient leur PA<160/90mmHg, 64% au second tour.

II.4.3. Audit au service de la Formation Médicale Continue. [70].

Nous avons déjà vu au chapitre I.2.2. sur les raisons professionnelles de l'évaluation que, même lorsque les médecins sont bien informés sur ce qu'il faut faire, ils ne concrétisent pas forcément en action leur savoir ou leurs aptitudes. [34]. Il est donc primordial d'orienter les actions de FMC vers un impact réel sur la pratique ; **l'audit des pratiques est un outil performant pour évaluer cet impact.** [59]. Ce chapitre relate la réalisation d'un audit pour évaluer l'efficacité de 3 séminaires de FMC sur le thème de la prise en charge de l'hypertension artérielle ; ils se sont déroulés en 1996, dans trois villes françaises, Rodez, Troyes et Agen.

✓ **Méthodologie :**

Dans un premier temps, chacun des 70 médecins séminaristes s'est vu proposer la réalisation du premier tour d'un audit : il s'agissait de remplir un questionnaire établi à partir des recommandations internationales (WHO/ISH 1993 et JNC V)., portant sur les points majeurs de la prise en charge du patient hypertendu modéré.

Ensuite, les médecins ont assisté, dans chacune des trois villes au séminaire de deux jours, sur la prise en charge de l'HTA, constitué d'ateliers interactifs et d'exposés en séance plénière par des experts spécialistes et généralistes. Au début de cette FMC, les médecins remettaient leurs questionnaires remplis aux organisateurs.

Enfin, le second tour a eu lieu 6 mois après le séminaire, les participants remplissant à nouveau la même grille. L'organisateur local a eu la lourde tâche de relancer les participants entre les 2 tours pour améliorer le taux de participation.

✓ **Résultats :**

-Protocole de l'audit : chaque participant remplissait 8 questionnaires chez les premiers patients hypertendus qu'il rencontrait (dont 3 hypertendus diabétiques). Ce questionnaire était composé de 5 questions simples, 5 critères : « avez-vous pris sa PA depuis moins de 3 mois ? Depuis 6 mois avez-vous abordé le sujet du régime hyposodé, de l'observance du traitement ? Depuis un an, a-t-il eu un dosage de la créatinine et du ionogramme sanguin ? de la micro-albuminurie des 24 heures (patients diabétiques) ? » Les réponses étaient nominales, binaire (oui/non) et le mode de recueil rétrospectif (réponses isolées à partir du dossier médical).

-Avant la formation :

- 58 médecins ont répondu au questionnaire, soit 70 à 95% des participants selon le lieu du séminaire.
- 379 patients ont ainsi été recrutés, les résultats étaient similaires dans les trois villes.

- Les réponses positives se sont situées (moyenne) entre **43%** pour le dosage de la micro-albuminurie des 24 heures et **93%** pour la prise de la PA.

-Après la formation :

- 38 médecins ont réalisé le second tour, soit 70% de ceux qui avaient réalisé le premier tour.
- Ceci représente 280 patients.
- Les résultats sont très positifs : pour chaque item abordé, la taux de réponses positives a été amélioré (**62%** pour le dosage de la micro-albuminurie des 24 heures et **97%** pour la prise de la PA).

✓ **Discussion :**

Cet audit est différent de l'audit pratiqué, dans le seul but d'améliorer une pratique. Il cherchait à authentifier l'efficacité de la FMC comme outil d'amélioration des pratiques professionnelles : finalement, l'audit est ici utilisé comme « outil au service d'un autre outil », tous les deux utilisés avec un but commun, celui de faire progresser la qualité de soins.

✓ **Résumé :**

Trois audits organisés autour d'une action de FMC, dans trois villes françaises, ont permis d'attester l'amélioration des pratiques professionnelles occasionnée par ces FMC.

CHAPITRE III : " L'AUDIT-HTA "

I. Position du problème.

L'hypertension artérielle est un problème de santé publique majeur. En France, 16.5% des personnes de plus de 20 ans se déclarent hypertendues selon l'enquête du CREDES [15] et cette prévalence déclarée est très sous-estimée. L'HTA est un facteur de risque de maladies cardio-vasculaires : accident vasculaire cérébral, insuffisance coronaire, insuffisance cardiaque congestive et insuffisance rénale [2]. De nombreux essais d'intervention ont démontré l'utilité du traitement de l'hypertension artérielle en prévention des maladies cardio-vasculaires.

L'hypertension artérielle est un problème qui concerne la médecine générale. Sa prise en charge ambulatoire est essentiellement assurée par les médecins généralistes qui assurent 94% des actes liés à l'HTA.[15]. L'HTA est le premier motif de consultation en médecine générale : il représente 14% des résultats de consultation [19].

Cependant, la prise en charge de l'HTA n'est pas optimale. De nombreuses études montrent que l'objectif manométrique du contrôle tensionnel n'est pas atteint : moins de 40% de patients hypertendus traités ont une PA<140/90mmHg (24% dans l'étude PHARE I, 31.5% dans l'étude PHARE II, 41% dans l'enquête de la CNAM) et moins de 60% une PA<160/95mmHg (étude MONICA, enquête multicentrique).

II. Objectifs.

L'objectif de cet audit est d'améliorer la prise en charge de l'hypertension artérielle par les médecins généralistes Lorrains et pour ce faire de :

- mesurer notre pratique** : quel pourcentage de nos patients ont une PA que nous estimons être équilibrée ? Les traitements prescrits par les médecins généralistes lorrains atteignent-ils leurs objectifs ?

- comparer nos performances à la pratique optimale que nous avons définie,

et, si besoin :

- constater le décalage entre le référentiel choisi et la réalité en place;

- proposer des mesures correctrices qui aideront les participants à modifier leur pratique ;

- réaliser un second tour qui mettra en évidence les progrès accomplis.

III. Matériel et Méthode.

III.1. Choix du sujet.

III.1.1. Historique.

C'est au cours de la « Journée d'Actualités Thérapeutiques » du 11 septembre 1999 à Metz que le Professeur F. Zannad présente le sujet « Actualité dans le traitement de l'Hypertension Artérielle ». Le Docteur J. Birgé identifie alors un sujet d'audit possible et le suggère à la réunion du GLAM du 16/09/1999 : l'objectif manométrique du traitement de l'HTA est très insuffisamment atteint ; un audit médical réalisé à ce sujet pourrait peut-être permettre d'améliorer la pratique des médecins généralistes Lorrains.

Après discussion au sein de l'équipe du GLAM, le thème suivant est retenu : **"l'objectif manométrique du traitement de l'HTA est-il atteint ?"** Volontairement, le seul critère à étudier est celui de la valeur de la PA.

III.1.3. Justification du choix du sujet.

Le choix du sujet est-il conforme aux critères à respecter ? [71]

Les objectifs de l'audit sont précis et clairs. Le sujet peut être formulé sous forme de question : "La PA de nos patients hypertendus traités est-elle conforme aux recommandations ?"

Il concerne un thème de pratique fréquemment rencontré : c'est le premier résultat de consultation en médecine générale (14%) et sa prévalence est très élevée dans la population générale (16.5% dans le rapport du CREDES, très sous-estimée selon l'étude MONICA)..

Il existe un dysfonctionnement, la prise en charge n'est pas satisfaisante et une action correctrice est utile.

C'est un problème de santé publique majeur en terme de **morbi-mortalité** (il existe une relation forte, positive et continue entre la valeur de la PA et la survenue de maladie cardio vasculaire) et de **coût** (la dépense totale de soins de ville est deux fois plus élevée que celles des non-hypertendus, respectivement 7550 francs et 3580 francs par personne et par an selon le rapport du CREDES 1991/1996) [15].

L'activité retenue, la valeur de la PA, *est mesurable.*

III.2. Etablissement du référentiel.

La revue de la littérature ne permet pas d'isoler de consensus international (cf chapitre I.5.).

Le groupe a après concertation, décidé d'adopter le référentiel suivant, qui correspond aux recommandations de l'ANAES:

- ✓ Les patients hypertendus traités, âgés de 20 à 65 ans, doivent avoir une Pression Artérielle Systolique inférieure à 140mmHG et une Pression Artérielle Diastolique inférieure à 90mmHG.
- ✓ Les patients hypertendus traités, âgés de 65 à 70 ans, doivent avoir une Pression Artérielle Systolique inférieure à 150mmHG .

III.3. Détermination des critères et des normes.

III.3.1. Critère.

« Un critère est un élément sur lequel repose un jugement » . Il doit être valide, quantifiable, fiable, sensible, spécifique et en nombre limité ».

Comme nous l'avons dit précédemment, nous avons choisi d'étudier un seul et unique critère, la valeur de la PA.

Nous n'avons pas souhaité introduire d'autres paramètres (suivi biologique, facteurs de risques cardiovasculaires associés, mesures hygiéno-diététiques, traitement anti-hypertenseur...) susceptibles d'alourdir l'audit et de décourager les participants potentiels ; D'ailleurs, le sujet de la prise en charge de l'HTA est tellement vaste qu'il ne semble pas souhaitable ni possible de l'envisager dans sa totalité au cours du même audit.

De la même façon, la *qualité de la technique de mesure de la PA* pourrait faire l'objet d'un autre audit, mais nous avons demandé aux médecins, pour celui-ci, de mesurer la PA comme ils en avaient l'habitude.

Par ailleurs, de par la définition même de l'audit, nous avons exclu certains critères qui ne font pas actuellement l'objet de recommandations consensuelles (par exemple, la valeur cible de la PA à atteindre avec la méthode de l'auto-mesure à domicile et de la MAPA (mesure ambulatoire de la Pression Artérielle)...) .[11 ; 77].

Les mesures de la PA à prendre en compte étaient les suivantes:

-Mesure clinique selon la méthode habituellement utilisée par le médecin

Notre audit étudie le contrôle tensionnel, pas la méthode de mesure de la PA utilisée par les médecins.

-Si la PA est mesurée aux deux bras : notez le chiffre le plus élevé

-Si la PA est mesurée plusieurs fois au cours de la même consultation : notez la valeur la plus basse

-Notez les mesures prises lors des 4 dernières consultations

Le recueil étant rétrospectif, le médecin ne doit pas prendre en compte la mesure prise le jour de la consultation d'inclusion.

-Les résultats sont exprimés en millimètres de mercure (mmHG).

L'unité de mesure du système standard international est le kilopascal (KPa) mais le mmHg est accepté par les recommandations internationales. [72]

III.3.2. La Norme.

« Pour chaque critère, il existe un seuil au delà duquel le processus de soins étudié au moyen de ce critère est jugé acceptable. En deçà, il ne l'est pas ». [59]. Il s'agit de se fixer des objectifs réalistes avant le premier tour.

La norme proposée par le groupe (séance du 16/11/1999) était la suivante

✓ **50% des patients inclus devaient avoir une Pression Artérielle inférieure à 140/90mmHG**. De plus, compte tenu de la variabilité des chiffres de la PA, nous estimions que l'objectif serait atteint, pour un patient, si **2 des 4 mesures** notées étaient inférieures à 140/90. Nous dénommerons ces patients « les patients bien équilibrés ».

✓ **Moins de 25% des patients inclus devaient avoir une PA > 160/95mmHg**. Ces patients seront appelés les patients « très mal équilibrés ». De la même façon, un patient appartiendrait à cette catégorie si **2 des 4 valeurs** étaient > 160/95.

Cette norme n'a pas été explicitée dans l'argumentaire ; le groupe estimait qu'il était plus judicieux d'en informer les candidats au moment du deuxième tour pour ne pas décourager les participants (séance du 06/09/2000).

III.4. Population étudiée.

✓ Nous avons choisi de nous intéresser, ce qui est propre à notre enquête, aux **patients adultes que nous considérons comme équilibrés**, car seuls ces patients nous permettent d'évaluer la pratique des médecins participants (cet item sera développé dans la discussion). Nous avons donc exclu les patients en cours d'adaptation de traitement, pour ce faire, nous avons décidé de n'inclure que des patients recevant le même traitement antihypertenseur depuis au moins un an.

✓ Les critères d'inclusion :

- Patients âgés de 20 à 70 ans : les recommandations sont données pour les patients adultes de plus de 20 ans. Les patients âgés de plus de 70 ans pourront faire l'objet d'un autre audit.
- Vus en consultation : La pratique de l'audit serait beaucoup trop contraignante en visite.
- Traités depuis plus d'un an par le même traitement (patients considérés comme équilibrés par leur médecin traitant).
- Ayant consulté au moins 4 fois au cours de l'année précédant la consultation d'inclusion : Ceci permet de garantir un suivi régulier du patient concerné par le médecin participant ; par ailleurs 4 mesures permettent d'obtenir une grille cohérente et exploitable.

III.5. Rédaction de l'argumentaire et du questionnaire.

III.5.1. L'argumentaire. (Annexe 3)

✓ Historique.

Il est discuté progressivement au cours des séances du GLAM. Une discussion porte sur la pertinence d'explicitier avant le premier tour les normes qui avaient été fixées par le groupe : finalement, après réflexion au sein du groupe, il est décidé d'attendre le deuxième tour pour les annoncer.

✓ Validation.

Soumis au Pr Zannad, l'argumentaire est validé pour la séance du 06/09/2000.

✓ Description. (cf. Annexe 1).

Il contient :

- Un rappel sur l'audit médical
- La problématique de l'audit
- L'objectif fixé, le référentiel.

III.5.2. Le questionnaire.(Annexe 2).

✓ Historique.

De la même façon il évolue progressivement au cours des séances du GLAM. Proposé pour la première fois le 16/11/1999, le groupe prend le temps d'affiner progressivement les critères d'inclusion, en particulier la limite d'âge supérieure à conserver (60/65/70ans). Une idée de chevalet à poser sur le bureau du médecin rappelant l'audit en cours et les critères d'inclusion est proposée, mais n'est finalement pas retenue (Annexe 5) pour éviter de « commercialiser » l'audit.

✓ Validation.

Il est validé de même que l'argumentaire par le Pr Zannad.

✓ Description.

Il contient :

- **Le titre et la question posée :**

AUDIT : OBJECTIF MANOMETRIQUE DU TRAITEMENT DE L'HTA

Question posée : La TA de nos patients hypertendus traités est-elle conforme aux recommandations ?

20 à 65 ans : TA inférieure à 140/90 / 65 à 70 ans : TA systolique inférieure à 150

- **Les critères d'inclusion .**

Les mesures de PA à prendre en compte .

La grille :

✓Description, justification :

Elle comporte :

-Le numéro de code du médecin permettant de garantir son anonymat (chaque médecin qui s'est vu proposer l'audit a reçu une grille numérotée, les numéros sont connus du responsable de l'audit et la liste est à l'URMLL).

-Les noms et les prénoms des patients, pour éviter les doubles inclusions ; le médecin participant à l'audit découpe cette colonne pour préserver l'anonymat de ses patients.

-Leur âge : Ce point permet de vérifier que les critères d'inclusion sont bien respectés. D'autre part, l'objectif tensionnel est différent en fonction de l'âge des patients. Enfin nous voulions garder la possibilité d'analyser les résultats en fonction de l'âge des patients.

-Nombre de lignes, il correspond au nombre de patients à inclure. Il est de 25 et est précédé d'une ligne « 0 » avec un exemple.

Le nombre optimal de dossiers à traiter semble être 30 à 50 selon l'ANDEM[59], mais nous avons voulu éviter de donner une trop grande surcharge de travail aux médecins.

✓Etude de faisabilité : la grille est testée par les membres actifs du GLAM à chaque nouvelle version.

III.6. Diffusion de l'audit et Partenariat.

III.6.1. Diffusion

✓la population ciblée :

C'est l'ensemble des médecins généralistes lorrains.

-Nombre d'envoi : 2057 médecins généralistes libéraux et 92 médecins du régime minier , soit 2149 en tout.

-Objectif : Nous désirions réaliser un grand audit pour familiariser les médecins à la méthode et pour avoir un maximum de réponses à exploiter.

En outre ceci permet aussi d'envoyer le référentiel à un grand nombre de médecins et ainsi de leur fournir des informations (ce qui occasionne peut-être déjà, en soit, une amélioration des pratiques).

✓*la date* : L'audit a été envoyé la première quinzaine du mois d'octobre 2000.

III.6.2. Partenariat

✓. *Partenariat avec l'URMLL* (Union Régionale des Médecins Libéraux de Lorraine):(Annexe 6).

Une convention est passée entre l'URMLL (représentée par son président, le Dr R.Unvois) et le GLAM (Dr J Birgé) prévoyant une aide financière à la diffusion de l' Audit HTA.(L'URMLL a aussi financé l'audit carence martiale).

✓*Partenariat avec le CIC* (Centre d'Investigation Clinique de Nancy) :(Annexe 7 et 8).

Le Pr F. Zannad (médecin délégué) et le Dr J.M. Boivin (responsable du réseau des médecins investigateurs) ont invité les membres du réseau de médecins généralistes du CIC (plus de 500) à pratiquer l'AUDIT HTA au moyen d'un encart rédigé dans le bulletin du CIC.

III 7. Recueil des données.

✓Retour des courriers :

65 grilles sont récupérées au bout de 3 mois, 74 à 5 mois. L'audit est clôturé le 02/05/2002.

✓Participation :

78 médecins ont participé à l'enquête, ils ont inclus 1878 patients dont 1723 répondent réellement au critères d'inclusion retenus.

✓Saisies des données grâce au Logiciel EXEL.

III.8. Analyse des données.

Elle est réalisée par M. Virion, ingénieur statisticien, dans le cadre de ses fonctions au Service épidémiologie et évaluation cliniques du CHU de Nancy . Pour ce faire il utilise le logiciel SAS/STAT System version 8.01 pour windows.

IV. RESULTATS DE L'AUDIT HTA

IV.1. Description de la population de l'enquête.

✓ Descriptif des médecins.

- **78 médecins** ont participé à l'audit soit 3.6% des médecins sollicités par courrier (2149 envois).
- Ils se répartissent comme suit dans les 4 départements de Lorraine :
 - Meurthe-et-moselle:32
 - Moselle :31
 - Meuse :5
 - Vosges :10

✓ Descriptif des patients.

- **1723 patients** ont été inclus dans l'enquête.
- Les grilles contenaient les résultats de 1878 patients : 1723 répondaient à la tranche d'âge retenue [20-70 ans], soit 91.7% ; **153** avaient **plus de 70 ans** (8.1%) ; 1 patient avait moins de 20 ans et l'âge d'un autre n'était pas précisé.
- L'âge moyen des patients était de 58.6 ans.
(minimum : 23 / maximum : 70 / écart type : 9.2 / IC^{95%} [58.2-59.1])

IV.2. Résultats

Dans cette enquête, on identifie 3 niveaux d'analyse :

1. Les valeurs de la PA.
2. Les résultats par patient.
3. les résultats par médecin.

IV.2.1. Analyse sur la valeur de la Pression Artérielle.

La taille de l'échantillon est de $n_1 = 6892$ valeurs de PA valides

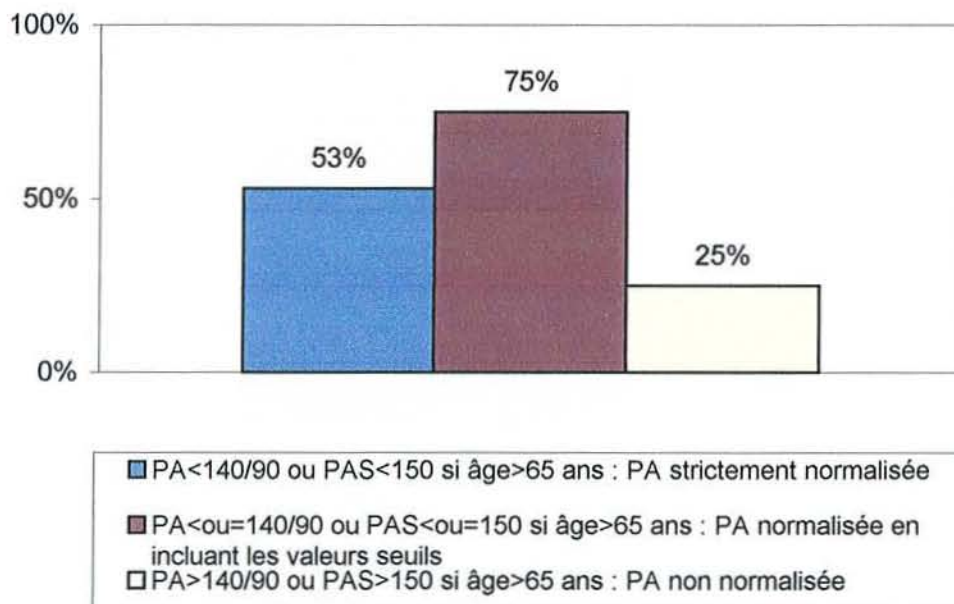
- 6892 valeurs sont valides sur 7540 valeurs notées par les médecins soit 91.4%.
Les valeurs non valides répondent, au moins, à un des critères suivants :
PAS<50 / PAD >140 / (PAS-PAD)<20 / âge<20 et âge>70.

- **Valeur moyenne de la pression artérielle :**
 -PASmoy. : 139,1 mmHg (minimum : 90 / maximum : 230 / écart type : 10.9 / IC^{95%} [138.6-139.6]).
 -PADmoy : 80,3 mmHg (minimum : 50 / maximum : 120 / écart type : 6.8 / IC^{95%} [80.0-80.6]).
- Valeurs particulières :
 -nombre de valeurs **multiples de 10** : 4692 soit **68%**.
 -nombre de valeurs **multiples de 5** : 6292 soit **91%**.
- **pourcentage de valeurs respectant l'objectif fixé :**

Rappel : la PA recommandée est de :

20 à 65 ans :PA inférieure à 140/90 / 65 à 70 ans : PA systolique inférieure à 150.

Figure 1 : Répartition des valeurs de la pression artérielle en fonction des différents niveaux de normalisation, en mmHg. (effectif, n,6892). (Annexe 9).



IV.2.2. Analyse à l'échelle des patients.

La taille de l'échantillon est de $n_2 = 1723$ patients inclus dans l'enquête.

Tableau 1 : Répartition des patients en fonction du nombre de valeurs strictement normalisées, PA<140/90mmHg. (effectif, $n_2=1723$).

0 valeur sur 4 <140/90	22%
1 valeur sur 4 <140/90	18%
2 valeurs sur 4 <140/90	17%
3 valeurs sur 4 <140/90	18%
4 valeurs sur 4 <140/90	25%

En conséquence :

- 60% des patients présentent au moins 2 valeurs sur 4 <140/90mmHG.
- 43% des patients présentent au moins 3 valeurs sur 4 <140/90mmHG.
- 25% des patients présentent 4 valeurs sur 4 <140/90mmHG.

Tableau 2 : Répartition des patients en fonction du nombre de valeurs normalisées, en incluant les valeurs seuils, PA≤140/90mmHg. (effectif, $n_2=1723$).

0 valeur sur 4 ≤140/90	8%
1 valeur sur 4 ≤140/90	10%
2 valeurs sur 4 ≤140/90	12%
3 valeurs sur 4 ≤140/90	19%
4 valeurs sur 4 ≤140/90	51%

En conséquence :

- 82% des patients présentent au moins 2 valeurs sur 4 ≤140/90mmHG.
- 70% des patients présentent au moins 3 valeurs sur 4 ≤140/90mmHG.
- 51% des patients présentent 4 valeurs sur 4 ≤140/90mmHG.

Tableau 3 : Répartition des patients en fonction du nombre de valeurs très déséquilibrées, PA>160 et/ou 95mmHg. (effectif, $n_2=1723$).

0 valeur sur 4 >160 et/ou 95	81%
1 valeur sur 4 >160 et/ou 95	11%
2 valeurs sur 4 >160 et/ou 95	5%
3 valeurs sur 4 >160 et/ou 95	2%
4 valeurs sur 4 >160 et/ou 95	1%

En conséquence :

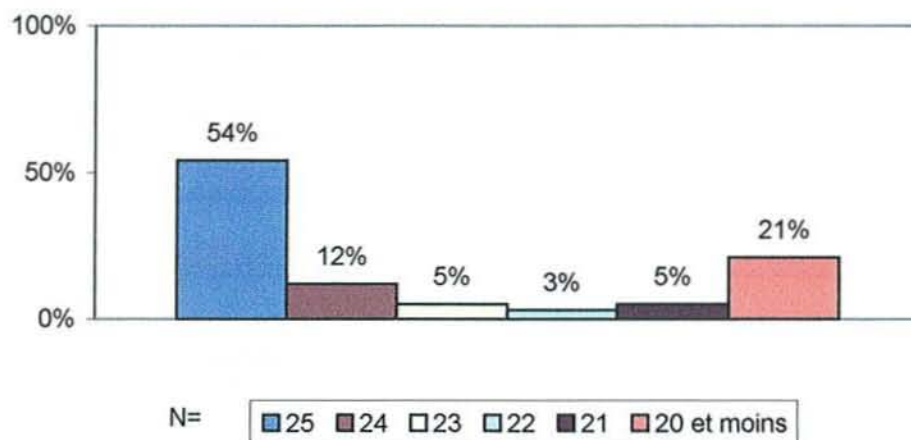
- 8% des patients présentent au moins 2 valeurs sur 4 >160 et/ou 95mmHg.
- 19% des patients présentent au moins 1 valeur sur 4 >160 et/ou 95mmHg.

IV.3.3. Analyse à l'échelle des médecins.

Ce sont les résultats qui nous ont permis de fournir aux médecins leur performance individuelle.(Annexe 10).

La taille de l'échantillon est de $n_3 = 78$ médecins ayant participé à l'audit.

-Figure 2 : Répartition des médecins en fonction du nombre (N) de patients de 20 à 70 ans inclus sur leur grille. (Annexe 9).



En conséquence :

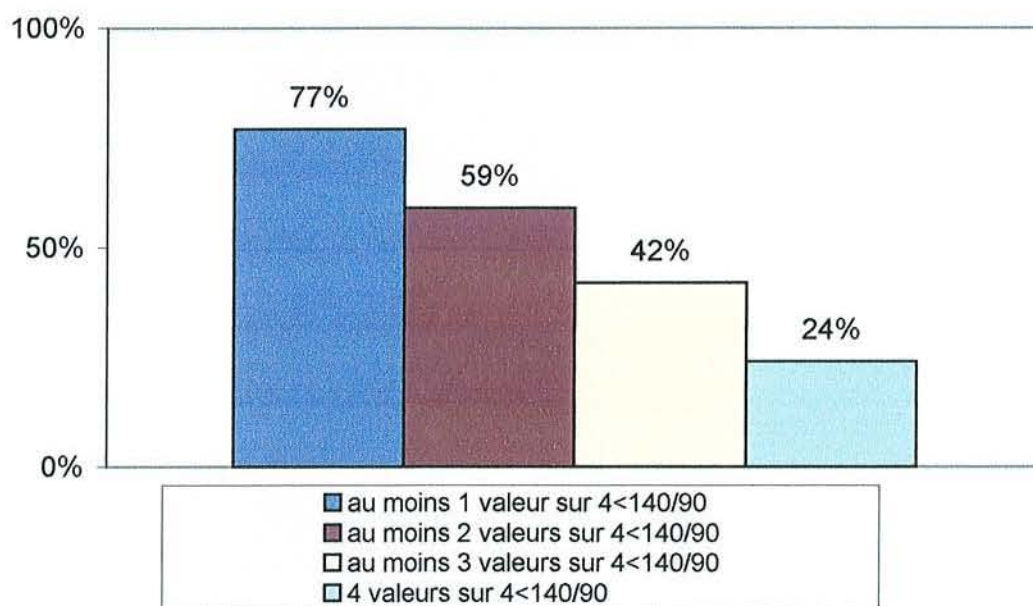
seuls 54% des médecins ont bien rempli leur grille, selon la consigne, avec 25 patients appartenant à la fourchette d'âge retenue dans les critères d'inclusion.

-Tableau 4 : Répartition moyenne (pourcentage moyen), par médecin, du nombre de valeurs strictement normalisées, PA<140/90mmHg. (effectif, n₂=1723).

Par médecin, pourcentage de patients ayant :	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
0 valeur sur 4 <140/90	23%	16	0	67
1 valeur sur 4 <140/90	18%	10	0	43
2 valeurs sur 4 <140/90	17%	9	0	47
3 valeurs sur 4 <140/90	18%	10	0	54
4 valeurs sur 4 <140/90	24%	17	0	69

Rappel de la norme : 50% des patients doivent avoir une Pression Artérielle inférieure à 140/90mmHG . De plus, compte tenu de la variabilité des chiffres de la PA, nous estimons que l'objectif est atteint, pour un patient, si 2 des 4 mesures notées sont inférieures à 140/90. Nous dénommons ces patients « les patients bien équilibrés ».

-Figure 3 : Pourcentage moyen de médecins ayant au moins x valeurs sur 4<140/90mmHg (effectif, n₂=1723).



En conséquence :

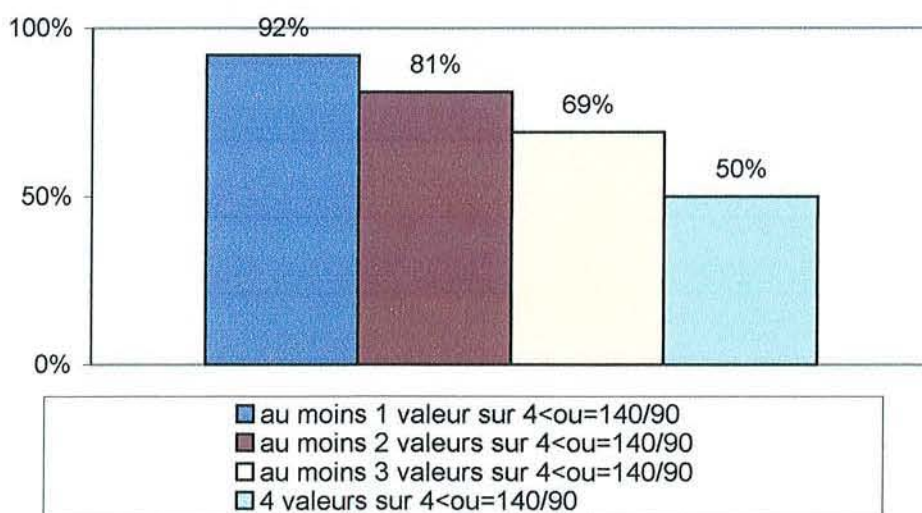
- En moyenne, les médecins ont 59% de leurs patients qui, si l'on applique la norme choisie, ont des chiffres tensionnels strictement bien équilibrés (c'est à dire que 59% de leurs patients ont au moins 2 (2, 3 ou 4) valeurs sur 4 <140/90mmHg).
- En moyenne, les médecins ont 42% de leurs patients qui ont au moins 3 (3 ou 4) valeurs sur 4 <140/90mmHg.

-Tableau 5: Répartition moyenne (pourcentage moyen), par médecin, du nombre de valeurs normalisées, en incluant les valeurs seuils, $PA \leq 140/90 \text{ mmHg}$. (effectif, $n_2=1723$).

Par médecin, pourcentage de patients ayant :	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
0 valeur sur 4 $\leq 140/90$	8%	9	0	38
1 valeur sur 4 $\leq 140/90$	11%	9	0	36
2 valeurs sur 4 $\leq 140/90$	12%	8	0	30
3 valeurs sur 4 $\leq 140/90$	19%	10	0	52
4 valeurs sur 4 $\leq 140/90$	50%	22	0	100

Rappel de la norme : 50% des patients doivent avoir une Pression Artérielle inférieure à 140/90mmHG . De plus, compte tenu de la variabilité des chiffres de la PA, nous estimons que l'objectif est atteint, pour un patient, si 2 des 4 mesures notées sont inférieures à 140/90. Nous dénommons ces patients « les patients bien équilibrés ».

-Figure 4 : Pourcentage moyen de médecins ayant au moins x valeurs sur 4 $\leq 140/90 \text{ mmHg}$ (effectif, $n_2=1723$).



En conséquence :

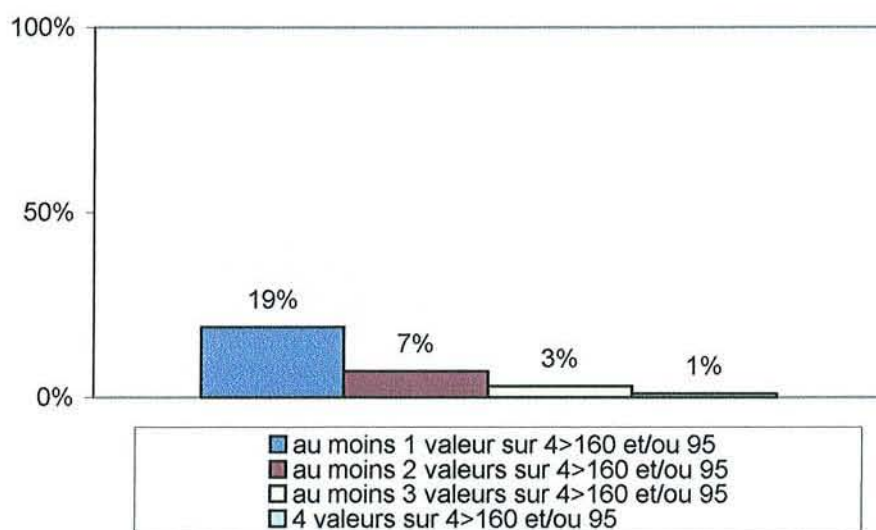
- En moyenne, les médecins ont 81% de leurs patients qui, si l'on applique la norme choisie, et en incluant les valeurs seuils, ont des chiffres tensionnels bien équilibrés (c'est à dire que 81% de leurs patients ont au moins 2 valeurs sur 4 $\leq 140/90 \text{ mmHg}$).
- En moyenne, les médecins ont 69% de leurs patients qui ont au moins 3 valeurs sur 4 $\leq 140/90 \text{ mmHg}$.

-Tableau 6: Répartition moyenne (pourcentage moyen), par médecin, du nombre de valeurs, très mal équilibrées, PA>160 et/ou 95mmHg. (effectif, n₂=1723).

Par médecin, pourcentage de patients ayant :	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
0 valeur sur 4 >160 et/ou 95	81%	15	36	100
1 valeur sur 4 >160 et/ou 95	12%	10	0	44
2 valeurs sur 4 >160 et/ou 95	4%	5	0	20
3 valeurs sur 4 >160 et/ou 95	2%	3	0	15
4 valeurs sur 4 >160 et/ou 95	1%	2	0	12

Rappel de la norme : Moins de 25% des patients doivent avoir une PA>160/95mmHg. Ces patients sont appelés les patients « très mal équilibrés ». De plus, compte tenu de la variabilité des chiffres de la PA, nous estimons que l'objectif est atteint, si 2 des 4 valeurs sont <160/95.

-Figure 5 : Pourcentage moyen de médecins ayant au moins x valeurs sur 4>160 et/ou95mmHg. (effectif, n₂=1723).



En conséquence :

- **En moyenne, les médecins ont 7% de leurs patients qui, si on applique la norme choisie, ont des chiffres tensionnels très mal équilibrés** (c'est à dire que 7% de leurs patients ont au moins 2 (2, 3 ou 4) valeurs sur 4>160 et/ou 95mmHg).
- En moyenne, les médecins ont 19% de leurs patients qui ont au moins 1 (1, 2, 3, ou 4) valeurs sur 4 ≤140/90mmHg.

IV.3.4. Analyse des données recueillies chez les patients de plus de 70 ans.

- La taille de l'échantillon est de $n_4 = 153$ patients répertoriés par erreur par les médecins participants.
- L'âge moyen des patients était de 77.6 ans.
(maximum : 97 / écart type :5.8)
- Parmi les 78, **30 médecins** ont inclus au moins un patient trop âgé.

Rappel :Pour les patients de plus de 65 ans souffrant d'hypertension artérielle systolique, la PAS doit être abaissée en dessous de 150mmHg.

-Tableau 7 : Répartition des patients en fonction du nombre de valeurs strictement normalisées, PAS<150/90mmHg. (effectif, $n_4=153$).

0 valeur sur 4 <150/90	9%
1 valeur sur 4 <150/90	11%
2 valeurs sur 4 <150/90	11%
3 valeurs sur 4 <150/90	19%
4 valeurs sur 4 <150/90	50%

En conséquence :

- **80% des patients présentent au moins 2 valeurs sur 4 <150/90mmHg.**
- **69% des patients présentent au moins 3 valeurs sur 4 <150/90mmHg.**

-Tableau 8: Répartition des patients en fonction du nombre de valeurs normalisées, en incluant les valeurs seuils, PA≤150/90mmHg. (effectif, $n_4=153$).

0 valeur sur 4 ≤150/90	4%
1 valeur sur 4 ≤150/90	8%
2 valeurs sur 4 ≤150/90	6%
3 valeurs sur 4 ≤150/90	14%
4 valeurs sur 4 ≤150/90	68%

En conséquence :

- **88% des patients présentent au moins 2 valeurs sur 4 ≤150/90mmHG.**
- **82% des patients présentent au moins 3 valeurs sur 4 ≤150/90mmHG.**

Tableau 8 : Répartition des patients en fonction du nombre de valeurs très déséquilibrées, PA>160 et/ou 95mmHg. (effectif,n₄=1723).

0 valeur sur 4 >160 et/ou 95	80%
1 valeur sur 4 >160 et/ou 95	14%
2 valeurs sur 4 >160 et/ou 95	5%
3 valeurs sur 4 >160 et/ou 95	1%
4 valeurs sur 4 >160 et/ou 95	0%

En conséquence :

- 6% des patients présentent au moins 2 valeurs sur 4 >160 et/ou95mmHg.
- 20% des patients présentent au moins 1 valeur sur 4 >160 et/ou95mmHg.

V. DISCUSSION

V.1. Discussion sur la sémantique

Pour débiter cette discussion, il me paraît important de repréciser la nature du travail que nous venons d'accomplir, d'expliquer ce que sous-tend le terme d'audit dans notre cas.

En aucun cas, **il ne faut le confondre avec un audit externe**, le plus souvent **sanctionnant**, réalisé par un « auditeur externe ». Il est, en particulier, exploité dans le milieu industriel et au sein des services hospitaliers, dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé réalisée par l'ANAES(chapitre II^{ème} I.3.).

Il s'agit, au contraire, d'un audit interne, réalisé librement par un groupe de médecins volontaires, ayant décidé, sans contrainte, de s'évaluer, pour tenter d'améliorer la qualité de leur pratique et des soins délivrés à leurs patients. En cela, il répond parfaitement à la définition de l'audit médical rédigée par l'ANDEM . [59].

On peut cependant remarquer l'utilisation de l'audit externe de manière non coercitive pour quelques audits médicaux (comme l'audit qualité rédactionnelle de l'ordonnance du GLAM).

Nous aurions aussi pu le nommer « **enquête de pratique ayant pour but l'amélioration de la qualité des soins** ». En effet, une enquête de pratique est une étude d'observation décrivant l'état des pratiques de la médecine au quotidien [73]. Elle peut être réalisée pour diverses raisons dont l'une d'elles est la réalisation d'un audit médical ; dans ce cas, un calendrier prévisionnel prévoit à l'avance la reconduction de la même enquête. Concernant notre étude, ce deuxième travail n'a pas eu lieu -pour des raisons que nous décrirons ultérieurement-, une seule et unique enquête de pratique a donc été réalisée.

V.2. Discussion sur la méthodologie.

V.2.1. Sur la portée des résultats de l'audit

Il est à nouveau très important de signifier que notre étude, s'opposant en cela à une étude de recherche en épidémiologie, **ne prétend, à aucun moment, fournir des données représentatives**. Il sert un tout autre but : celui de savoir ce que l'on fait pour s'améliorer. Il reflète la pratique des seuls médecins généralistes ayant choisi de participer et n'est pas nécessairement extrapolable à la pratique des autres.

V.2.2. Sur le protocole

Le protocole de notre audit se voulait volontairement **simple**. Contrairement aux autres études précitées (assurance maladie PHARE, MONICA, étude multicentrique, audits anglais et du Haut-brivet, audit autour d'une FMC), **un seul critère était étudié** : la valeur de la pression artérielle. De plus, n'étaient à inclure **que 25 patients** (versus le nombre idéal de 30 à 40 de l'ANAES) répondant à des **critères d'inclusion simples** à réunir : âge, régularité du suivi et hypertension artérielle considérée comme équilibrée par le médecin participant

(attestée par le maintien du même traitement depuis un an). Ceci semblait d'autant plus aisé que l'hypertension artérielle est le premier motif de consultation en médecine générale. [18]. Ce choix a été fait dans un souci de clarté (de l'objectif et des résultats) et d'**encouragement** d'une large population de médecins (l'ensemble des médecins généralistes Lorrains). Un faible pourcentage a déjà participé à un audit (environ 10%) et saisi l'opportunité d'une telle démarche pour améliorer la qualité des soins qu'il prodigue à ses patients...

Par ailleurs, nous pourrions considérer que le dernier point, « **hypertension artérielle considérée comme équilibrée par le médecin participant** », est un biais de sélection puisque les patients que les médecins considèrent comme équilibrés ont, assurément, plus de chance de l'être que la population générale des hypertendus. Cependant, supprimer ce critère d'inclusion **revient à changer foncièrement l'objectif de l'audit** : le médecin n'est pas responsable du besoin d'adaptation d'un protocole thérapeutique au cours de l'évolution naturelle de cette maladie chez son patient ; d'ailleurs les instances internationales recommandent un délai de 6 à 12 mois pour instaurer un traitement anti-hypertenseur sauf chez les patients présentant d'emblée un risque élevé (selon l'ANAES :HTA sévère / 3 facteurs de risque ou plus, atteinte d'un organe cible, ou diabète) et d'attendre 4 à 8 semaines pour juger de son efficacité et ses effets secondaires.[2].

Notre objectif (entre autres) était, réprécisons le, **de vérifier si les médecins participants atteignaient bien la performance qu'ils pensaient être la leur** (c'est-à-dire, dans ce cas, si les patients qu'ils estimaient être équilibrés, l'étaient réellement), leur conviction étant illustrée par une décision de poursuivre un traitement à l'identique. Cet objectif est, par définition, commun à tous les audits cliniques, qui rencontrent la difficulté bien explicitée par le postulat de l'ANDEM [59] qui dit que « sans prétendre à l'infailibilité, le médecin est toujours convaincu de délivrer les meilleurs soins, et juge, au fond, les procédures d'évaluation superflues.. ». Dans ce cadre, inclure des hypertendus, en cours d'adaptation de traitement, ne permettait pas de répondre à la question que nous nous posions, puisque les praticiens en question, ont de fait, conscience que l'objectif tensionnel de ces patients-là n'est pas atteint.(L'adaptation du traitement anti-hypertenseur pourrait par contre, faire l'objet d'un autre audit..)

Remarquons enfin, à ce propos, que certains membres du GLAM ont signalé un mois après le lancement de l'audit (séance du 08/11/2000) que remplir les 25 lignes de la grille était plus compliqué qu'ils ne se l'étaient imaginé a priori, compte tenu justement des fréquentes adaptations de traitement qu'ils sont amenés à réaliser dans leur pratique.

Enfin, nous avons déjà signalé, qu'un audit sur la qualité du contrôle tensionnel de l'hypertension artérielle ne pouvait, par définition, qu'étudier les valeurs cliniques mesurées au cabinet médical ; les cibles de la MAPA et de l'auto-mesure n'ayant pas à ce jour fait l'objet de consensus international.[11].

Même si la **Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle** (mesure intermittente de la PA pendant 24 heures chez des sujets ambulatoires dans le cadre de leur activité habituelle) constitue un meilleur indice pour la prédiction des maladies cardiovasculaires, il n'existe pas pour l'instant **de recommandations précises** sur le seuil tensionnel au dessous duquel la MAPA serait considérée comme équilibrée (le JNC VI suggère comme valeurs limites supérieures 135/85mmHg pour la période de jour et 120/75 pour la période de nuit, et l'OMS 125/80mmHg pour l'ensemble des 24 heures..) ; de même, pour l'auto-mesure de la PA (mesure par le sujet lui-même, conscient et volontaire), en l'absence de données prospectives, le JNC VI suggère 135/85mmHg comme valeur seuil de normalité...

V.2.3. Sur la durée du recueil.

Lorsque l'on se questionne sur la méthodologie de l'audit-HTA, on soulève rapidement **l'éventualité d'un autre biais de sélection** : le temps dont ont bénéficié les participants pour inclure leur vingt cinq patients, selon les critères d'inclusion prédéfinis, n'était-il pas trop long, ; autrement dit, en l'espace de six mois, **les médecins n'ont-ils pas eu tendance à « choisir » leurs patients les mieux équilibrés ?** En effet, le temps du premier tour n'avait pas été fixé arbitrairement à l'avance ; il a été décidé de clôturer l'audit lors d'une réunion du GLAM devant l'arrêt des retours de grilles remplies.

Il existe plusieurs réponses à faire à cette interrogation :

Premièrement, il faut relativiser ce délai puisque **83%** des grilles (65 sur 78) nous étaient parvenues en **moins de trois mois**.

Surtout, cette question implique une réflexion beaucoup plus profonde sur la valeur que l'on porte à l'audit des pratiques comme outil au service de l'évaluation. Un audit correspond, par définition, à une **démarche volontaire**, choisie par un médecin qui tente de savoir ce qu'il fait, « réellement, et pas ce qu'il est intimement persuadé de faire » . Pourquoi alors ce médecin , qui sait que son résultat lui sera remis anonymement, et qui fait, de son propre grè, une démarche bénévole et consommatrice de son temps, serait-il tenté de « tricher » ? Cette démarche pourrait-elle être inconsciente ? Cela reviendrait à dire que la conviction qu'à naturellement un médecin de bien faire (que nous venons d'évoquer) le pousserait dans ce sens... La réalisation de cet audit, et le travail qu'il représente nous paraît peu compatible avec cette hypothèse.

Cependant, nous avons réfléchi à deux possibilités pour pallier à cet inconvénient :

Nous pourrions imaginer de réaliser, à nouveau , **le même audit** en ne changeant pas la méthodologie, exception faite du **temps imparti** pour le compléter qui serait **imposé et beaucoup plus court** Ce temps serait assez facilement définissable en faisant réaliser cette enquête à un petit groupe de médecins pour mesurer, objectivement, le temps que met en moyenne un médecin pour rencontrer au cours de ses consultations, suffisamment de patients répondant aux critères prédéfinis. Cette solution est théorique et irréalisable puisqu'elle ne respecte pas « l'éthique » de l'audit et qu'elle n'est pas **confraternelle** (en mettant en doute les déclarations de nos collègues). Elle serait certainement perçue comme agressive par les médecins, et aurait toutes les chances de parvenir à l'opposé de l'objectif de l'audit : en **décourageant les volontaires**, elle ôte toutes les chances de permettre à cet outil de remplir son rôle d'aide à la qualité des soins...

Nous aurions aussi pu réaliser un deuxième **audit, externe** celui-ci, avec un auditeur qui sélectionnerait lui-même les vingt-cinq patients à partir des dossiers informatiques des participants. Les seuls médecins que nous aurions pu facilement solliciter (compte tenu des explications morales que nous venons de fournir) pour ce faire, sont les membres actifs du GLAM ; nous risquons à l'évidence d'être confrontés, à nouveau, à un autre biais, en sélectionnant des médecins parmi les plus motivés par l'évaluation...

V.3. Sur les résultats.

V.3.1. Sur le taux de participation.

Face au taux de participation à l'audit-HTA, nous orienterons notre réflexion selon deux axes.

A l'évidence, 78 réponses à plus de 2000 envois est **très insuffisant** ; seuls **3.6%** des médecins se sont sentis concernés par la méthode d'amélioration des pratiques que nous leur avons proposée.

Ceci évoque de nombreuses **réflexions quant à l'engouement actuel des médecins face à l'audit des pratiques** même si 65% d'entre eux affirment « qu'ils accepteraient d'y participer si cela leur était proposé » [74] ; et ce taux est conforme à celui que nos confrères rencontrent (150 réponses pour 2000 envois pour l'audit Havrais à propos des grossesses à risques: [75]).

Quel crédit les médecins attribuent-ils réellement à cet outil au service de l'évaluation des pratiques professionnelles ? Sont-ils prêts à entreprendre des démarches d'auto-évaluation ? Quel temps peuvent-ils (ou du moins pensent-ils pouvoir) y consacrer ?

On peut imaginer que les médecins auraient besoin d'être davantage sollicités pour adhérer à ce type de démarche, lors de visites ou de relances téléphoniques par exemple (l'équipe du Haut-Brivet a obtenu 96% de participation grâce aux visites de leurs membres n'étant plus en activité). Mais **l'organisation d'un audit requiert déjà beaucoup de temps** ; ceci risquerait d'alourdir encore cet exercice, le rendant alors difficilement compatible avec l'activité de médecins généralistes, membres actifs des groupes autonomes d'évaluation. En outre, ces coordinateurs se trouvent aussi fréquemment limités par les **difficultés de financement** de telles enquêtes.

Cependant, nous restons positifs puisque, avec 78 participants, nous avons obtenu le **deuxième plus fort taux de participation des médecins Lorrains à un audit du GLAM** . 80 médecins ont réalisé le récent audit externe « qualité rédactionnelle de l'ordonnance » sur 1000 ce qui représente un taux de participation de 8% ; signalons toutefois que, vu son protocole, la seule tâche qui incombait aux participants était de donner leur accord pour que soient étudiées leurs ordonnances. L'audit « carence martiale », également diffusé à l'ensemble des médecins Lorrains, a pour sa part, obtenu 58 réponses.

Enfin, une note positive vient d'encourager le groupe, puisque le Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Villes, vient de donner son accord à l'association GLAM pour financer le prochain audit « angor stable » et indemniser les participants.

V.3.2. Sur les bons résultats.

Les résultats que nous avons obtenus sont très différents de ceux auxquels nous nous attendions au terme de l'analyse de la littérature. Nous étions convaincus que la proportion de patients équilibrés ne dépasserait pas 50%, conformément aux grandes études de population réalisées depuis dix ans [MONICA : 13 à 20% / PHARE I 25% / PHARE II : 34,5% / assurance maladie : 41% (53% avec les valeurs seuils)].

En réalité, nous avons constaté que **la norme que nous nous étions fixée** avant le premier tour **était d'ores et déjà respectée**.

En moyenne, les médecins ont bien plus de 50% de leurs patients qui **sont bien équilibrés** : 59% ont, au moins, deux chiffres tensionnels sur quatre inférieurs à 140/90mmHg ($PAS < 150mmHg$ si âgés de plus de 65 ans), **81%** avec les valeurs seuils, et, bien moins de 25% **sont très déséquilibrés** : seuls 7% ont au moins deux valeurs sur quatre qui excèdent 160/95mmHg

On note aussi que 53% des valeurs de la Pression Artérielle sont conformes aux **recommandations de l'ANAES** (75% avec les valeurs seuils) et que, 60% des patients ont, au moins, **deux valeurs sur les quatre retenues** qui répondent à ces critères (**82% avec les valeurs seuils**).

Cette performance est très intéressante ; elle nous a étonnés et nous permet de tirer une **conclusion rassurante**: « **un groupe de médecins motivés peut atteindre les objectifs qui nous sont fixés par les recommandations internationales** concernant le contrôle de la pression artérielle ». C'est aussi le constat qu'avaient fait nos confrères du Haut-Brivet qui retrouvaient 80 puis 74% de bons résultats (critères ANAES).

Cependant, nous devons rester critiques concernant ces résultats qui concernent, un **petit groupe de médecins** particulièrement sensibles à l'évaluation des pratiques professionnelles et **soucieux de la qualité des soins** qu'ils procurent à leurs malades.

Par ailleurs, on peut peut-être opposer à ce succès, une trop grande souplesse de la norme choisie par le groupe. Ceci dit, l'analyse des résultats, montre qu'**une norme plus sévère était, elle aussi, accessible** : en moyenne, les médecins ont 69% de leurs patients qui ont au moins trois valeurs sur quatre répondant au référentiel (seuils inclus), et 19% d'entre eux ont au moins une valeur sur quatre supérieure à 160 et/ou 95 mmHg.

Enfin, se fixer une norme encore plus sévère serait peu représentatif de la réalité de la pratique d'un médecin généraliste qui est confronté à l'**effet blouse-blanche**, d'une part, et à l'**extrême variabilité de la valeur de la pression artérielle**, d'autre part. La constatation de ces variations de pression artérielle en fonction de l'environnement du patient a conduit à développer la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) et l'auto-mesure en dehors du cabinet médical.[2].

V.3.3. Sur les valeurs arrondies.

Nous pensons qu'un fort pourcentage de chiffres tensionnels correspond, probablement, à des valeurs arrondies : **68% des valeurs sont des multiples de dix et 97% des multiples de cinq**. L'ANAES stipule que les résultats doivent être approchés à la graduation la plus proche (à 2mmHg près), l'approximation à 0 ou 5 n'étant pas acceptable.[2].

Notre enquête constate donc, comme d'autres l'avaient fait auparavant, la **tendance naturelle des médecins à arrondir les chiffres tensionnels**. Déjà, les auteurs de l'enquête PHARE I [17] signalaient que la distribution de ces derniers évoque « une préférence évidente des praticiens à arrondir les chiffres à zéro » (chapitre I^{er} II.2.1.) ; l'assurance maladie retrouve, quant à elle, dans son enquête de pratique menée en 1999 [25] 88% de chiffres tensionnels systoliques se terminant par un zéro, et ce, que les médecins utilisent un sphygmomanomètre à mercure ou un appareil anéroïde.

Cette attraction vers les valeurs rondes n'est, selon eux, pas corrélée, au niveau d'efficacité du contrôle de la pression artérielle ; cependant il est important de tenir compte de

ce phénomène « naturel » au moment d'analyser les résultats de ces études (en particulier, nombres de valeurs seuils ont de grandes chances d'être des valeurs arrondies).

A ce propos, le GLAM, dans sa réflexion collégiale, s'est interrogé sur l'utilité d'un tel degré de précision (2mmHg). En effet, si l'on prend en compte les conditions parfois difficiles de mesure clinique de la pression artérielle dans la pratique, le manque de sûreté de l'étalonnage des manomètres (fiabilité des appareils donnée pour 6 mois à un an par les industriels sans qu'il existe d'obligation officielle d'entretien de ceux-ci [11]) , et surtout, **l'extrême variabilité de la pression artérielle** (deux valeurs successives étant bien souvent différentes), cette exigence paraît éloignée de la réalité de terrain.

V.3.4. Sur le non-respect des critères.

Seuls 54% des médecins participants, ont effectivement inclus 25 patients de 20 à 70, et 8% des patients répertoriés avaient plus de 70 ans. Ce problème d'application des critères d'inclusion est inhérent à la pratique de l'audit clinique à la difficulté d'ajouter ce travail d'évaluation à l'exercice de la médecine.

Le groupe avait suggéré, au cours de l'élaboration de l'audit, la possibilité de fournir un chevalet cartonné à déposer sur le bureau du médecin qui aurait permis de prévenir les patients de l'audit en cours et qui aurait rappelé ces critères. Cette idée n'a pas été retenue, il serait sans doute intéressant de la reprendre à l'avenir...

Nous aurions aussi pu ajouter une colonne supplémentaire à la grille de recueil dite « commentaires » pour donner la possibilité aux médecins participants de nous informer des possibles difficultés auxquelles ils ont été confrontés...

V.3.5 Sur les patients de plus de 70 ans.

Certains médecins (30) nous ont communiqué, par erreur, des chiffres de pression artérielle observés chez certains de leurs patients âgés de plus de 70 ans.

Il est intéressant de constater que **80% (88% avec les valeurs seuils)** de cette sous population de patients présentent au moins deux valeurs sur quatre normalisées (versus 59% et 81% pour les 20-70ans), et que, seuls **6%** d'entre eux ont au moins deux valeurs sur quatre très déséquilibrées (comparable au 7% observés chez les 20/70 ans).

Nous ne pouvons pas tirer de conclusions à partir de données répertoriées fortuitement, d'autant plus que ces patients sont en nombre relativement restreint (153) , et que l'objectif à atteindre différait (PAS<150mmHg conformément aux critères de l'ANAES). Cependant, dans notre enquête, **ces patients ne semblent pas moins bien contrôlés** que les plus jeunes, et ce résultat est conforme à celui qui est aussi observé dans l'enquête de l'assurance maladie (58% de PA normalisée chez les plus de 60 ans, versus 44% chez les 20-70ans).

V.4. Sur l'opportunité d'un deuxième tour.

Comme nous l'avons déjà exposé, nous avons prévu de renouveler, un an après le premier tour de l'audit, la même enquête de pratique. Finalement, nous avons abandonné ce projet qui, étant donnés les résultats obtenus, avait perdu son utilité et devenait probablement inefficace.

La reproduction d'une enquête après un délai fixé à l'avance sert un but précis, celui de mesurer l'évolution de la qualité des soins ; elle peut d'ailleurs être renouvelée à plusieurs reprises réalisant ainsi la « spirale de l'audit » [50.2]. Dans notre cas, notre objectif étant déjà atteint, **la qualité des soins apportée à nos patients étant déjà conforme aux normes que nous avons choisies, il était, par définition, inutile de réaliser un second tour.**

De plus, même si toute pratique est toujours perfectible, **le potentiel d'amélioration du contrôle de la pression artérielle chez nos patients était probablement trop faible** pour que nous puissions attendre une modification des pratiques.

Si l'on se fie à l'expérience de nos prédécesseurs, nous avons de grandes chances de voir nos résultats stagner, si ce n'est de régresser (41% de bon contrôle en 1999 et 42% en 2000 dans l'enquête de l'assurance maladie [19.1] / 25% en 1994 et 25.1% en 1996 après analyse des points faibles de la prise en charge de l'HTA dans un programme mené chez 3122 médecins généralistes français [59] / 80% puis 74% dans l'enquête du Haut-Brivet..).

Par ailleurs, les possibilités thérapeutiques offertes pour la prise en charge de nos patients hypertendus ne sont ni infinies, ni anodines. Les données issues d'études randomisées ont montré l'efficacité en terme de morbidité cérébro-vasculaire et cardio-vasculaire de cinq grandes classes de médicaments : diurétiques, bêtabloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, inhibiteurs calciques [79 ; 2 ; 4] , et récemment, l'étude LIFE a montré l'efficacité des antagonistes de l'angiotensine II [84] (les alpha bloquants n'ont pas prouvé leur efficacité à réduire le risque d'événements cardio-vasculaires majeurs [4 ; 80]) ; cependant, compte tenu des effets secondaires et des contre-indications de chacun d'entre eux, **le praticien se trouve parfois dans une impasse thérapeutique...**

Enfin, au terme de cette expérience, nous nous interrogeons sur le mauvais contrôle de la pression artérielle constaté dans toutes les enquêtes de population, et sur l'objectif fixé par les recommandations. L'assurance maladie déclare même que, si 47% des malades n'ont pas, objectivement, leur pression artérielle normalisée (46% en 2000 [19.1]), les médecins élèvent à 62% le pourcentage d'hypertendus, dépassant la cible tensionnelle qu'ils s'étaient fixés pour leur malades. [19]. Sept ans auparavant, les auteurs de l'enquête multicentrique française, menée par le comité national de lutte contre l'hypertension artérielle, discutaient, dans ses conclusions, le **réalisme, de l'objectif à atteindre** ; les auteurs de l'audit anglais mené en 1997 (chapitre II^{ème} I.4.3.) se demandaient, eux aussi, si « la cible ne devrait pas être plus facile à atteindre » [56]...

Répondre à cette question dépasse nos compétences ; cependant, puisqu'il existe une relation positive et continue entre l'élévation de la pression artérielle et la survenue de maladies cardio-vasculaires [1], tout abaissement de la pression artérielle, même si elle reste au-dessus de la cible recommandée, présente déjà probablement, un intérêt en matière de prévention des complications de l'hypertension artérielle.

V.5. Comparaison avec les autres enquêtes

L'enquête réalisée par l'assurance maladie (1999), est très différente de la nôtre. [25]

-Elle concerne un échantillon **représentatif** de 10665 patients (versus 1723 dans l'audit-HTA) qui ont été inclus de façon systématique lors d'une demande d'exonération du ticket modérateur, alors que les médecins participant à l'audit étaient tous **volontaires**.

-Les patients sélectionnés souffrent tous d'une **hypertension artérielle sévère** alors que nous avons inclus indifféremment tous les patients hypertendus.

-Les chiffres tensionnels recueillis sont inquiétants: normalisés dans 41% des cas (57% avec les valeurs seuils). Les auteurs de l'étude précisent, en outre, que ces valeurs correspondent à une population choisie par l'assurance maladie et qui ne peut donc pas être assimilée aux autres grandes études françaises : MONICA (9 à 25%), PHARE I 1994 (24%), PHARE II 1999 (31,5%).

Cependant, on peut remarquer certains points communs intéressants avec notre audit tant au niveau de sa méthodologie que de son objectif. Elle analyse aussi des **données déclaratives**, recueillies de manière **rétrospective** dans les dossiers de médecins, d'une part ; et, surtout, grâce à l'alternance des enquêtes et des visites confraternelles (chapitre I^{er} III.4.), **elle poursuit un même but : tenter d'améliorer, progressivement les performances des médecins généralistes en matière de prise en charge de l'hypertension artérielle.**

L'audit réalisé par nos confrères du Haut-Brivet (2000) [66], contrairement au nôtre, ne répond pas à la définition de l'audit médical (deux évaluations différentes, 61 critères retenues, aucune norme précisée). De plus, une seule prise de la PA est retenue et le mode de recueil est prospectif ; dans l'audit HTA, nous avons recueilli de manière rétrospective 4 valeurs de la PA.

Cependant les deux études sont comparables à bien des égards :

-Les médecins prenaient la pression artérielle avec leur techniques de mesure habituelle ; dans les deux cas, l'objectif était d'évaluer les résultats et non la méthode de prise de la PA.

-Audit clinique ou non, les deux études sont **des enquêtes de pratique avec un objectif commun : l'amélioration de la qualité des soins.**

-Les organisateurs étaient dans les deux cas victimes du même type de **biais de sélection** : dans l'enquête du Haut-Brivet, les médecins sont, par définition, tous soucieux d'évaluer leur pratique puisqu'ils appartiennent à une association de formation médicale continue ; en Lorraine les médecins qui ont choisi de façon volontaire de réaliser l'audit sont aussi, à l'évidence conscients de l'intérêt de s'évaluer. On peut donc supposer que, dans les deux études, nous observons les résultats de médecins particulièrement attentifs, probablement supérieurs à ceux de l'ensemble des médecins généralistes.

-Enfin les **résultats sont aussi encourageants** ; dans les deux enquêtes, le contrôle tensionnel est satisfaisant dès le premier tour (ce qui explique à notre sens l'impossibilité de progresser entre les deux tours).

Enfin, dans l'audit anglais (1997) [67], la méthodologie est très différente :

-Il étudie 5 critères (1 seul dans la nôtre) ; concernant le critère "valeur de la PA", la norme retenue n'est pas la même (la norme est l'obtention d'un progrès entre deux tours alors que nous nous sommes fixés une valeur absolue à atteindre).

-Surtout, c'est un **audit externe**, réalisé par des médecins choisis et non un groupe de **médecins volontaires** ; **il a une valeur représentative**, épidémiologique alors que notre audit a pour seul but, l'amélioration des pratiques.

Les résultats sont très difficiles à comparer :

- Plus des deux tiers des patients traités gardaient un PA>160/90 mmHg, et ce pourcentage n'a pas progressé entre les deux tours. **Il n'a donc pas été constaté d'amélioration des soins.**
- A contrario, dans l'audit HTA du GLAM, la norme fixée était atteinte dès le premier tour : nous n'avons donc pas décidé de réaliser de second tour et nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de variation de pratique (quelle qu'elle soit).

CONCLUSION

A l'origine de notre audit des pratiques, était le constat international, national et régional du mauvais niveau de contrôle de la pression artérielle chez les patients hypertendus traités. Le groupe du Groupe Lorrain d'Audit Médical avait pour projet d'évaluer cette prise en charge et de participer à l'amélioration de la qualité des soins en tentant de faire progresser cette pratique en lorraine.

78 médecins généralistes ont été séduits par la réalisation de cet audit ; cette mobilisation est , certes, toujours insuffisante, mais ce taux record pour le groupe est encourageant et permet de continuer à croire en la possibilité de voir cette méthode se répandre, à l'heure où l'évaluation des pratiques professionnelles est devenue incontournable.

Nous avons, à notre surprise, constaté que l'objectif manométrique du contrôle de la pression artérielle de nos patients était atteint ; en moyenne, 59% des patients des médecins participants ont présenté des chiffres tensionnels strictement bien équilibrés, 81% si l'on inclut les valeurs seuils. Ce résultat très satisfaisant, nous permet de constater, que l' **objectif tensionnel, si exigeant soit-il, peut être atteint par un groupe de médecins motivés.** Finalement, on est tenté de conclure que même concernant une pratique professionnelle notoirement si difficile, le vieil adage s'applique : « quand on veut, on peut ! ».

Nous pouvons aussi remarquer que l'audit clinique était bien une méthode adaptée à l'évaluation de la prise en charge de l'hypertension artérielle en médecine ambulatoire ; elle nous a permis de répondre clairement à la question initiale qui a motivé son élaboration.

Tout au long de la réalisation de cette enquête, que ce soit pendant son élaboration, le recueil, ou l'analyse des données, nous avons évoqué de nombreuses interrogations qui débordaient le cadre de notre sujet, mais qui pourraient faire l'objet de travaux de recherche ultérieurs :

En particulier, il serait intéressant d'étudier certains patients chez qui la pression artérielle est mal équilibrée , entre autres:

- les « faux hypertendus » victimes d'erreurs techniques (non-respect des recommandations quant à la méthode à suivre pour mesurer la PA, comme l'utilisation d'un brassard inadapté..) ou de l'effet « blouse-blanche » (utilité de la MAPA dans ce cas).

- les patients que nous ne parvenons pas à équilibrer, pour qui nous sommes dans une impasse thérapeutique ; comme, ceux chez qui il existe des agents presseurs non contrôlés (surcharge pondérale, consommation excessive de sel et d'alcool notamment...).

- les patients souffrant d'une hypertension artérielle secondaire...

De plus, nous nous sommes posés des questions qui pourraient faire l'objet d'autres audits par la suite :

« Nos patients sont-ils bien informés des conseils hygiéno-diététiques recommandés ? »
et « l'objectif manométrique du contrôle de la pression artérielle est-il atteint chez les patients âgés de plus de 70 ans ? », par exemple.

Concernant notre audit, à l'avenir, nous pourrions envisager de le reproduire en apportant des modifications à sa méthodologie :

- nous avons déjà discuté le temps de recueil qui pourrait être plus court et surtout déterminé à l'avance.

- pour la population cible, il serait intéressant de recruter un plus grand nombre de patients (par le biais d'une indemnisation des médecins participants par exemple), et aussi de réaliser cette enquête dans une autre région française.

- enfin, il pourrait être proposé aux médecins spécialistes cardiologues dont 29.9% des consultations sont réalisées notamment pour l'hypertension artérielle [15].



BIBLIOGRAPHIE



1/ Matillon Y.

Avant-propos

In : Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension Artérielle.

Recommandations cliniques et données économiques. 2001 ; p.3.

2/ ANAES.

Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension Artérielle.

Recommandations cliniques et données économiques. 2001 ; 136 p.

3/ The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI)

Arch Intern Med 1997 ; 157(21) : 2413-2446.

4/ Chalmers J et coll.

1999 World Health Organization-International Society of Hypertension

Guidelines for the management of Hypertension

J. Hypertens. 1999,17(2):151-183

5/ Références Médicales Opposables.

Diagnostic et traitement de l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte en dehors de la grossesse.

Ministère de l'emploi et de la solidarité.

Arrêté du 04.12.1998 portant approbation de la Convention Nationale des Médecins Généralistes.

J Off. Rep. Française. 05/12/98 : pp 18329-18360.

6/ Hansson L. et al.

“Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial».

Lancet 1998;351(9118):1755-1762.

7/ ANAES/Service des Références Médicales

Diagnostic et traitement de l'Hypertension Artérielle essentielle de l'adulte de 20 à 80 ans.

1997 ;p.260.

8/ UK Prospective Diabets study group.

“Efficacy of atenolol and captopril in reducing risk of macro vascular and micro vascular complication in type 2 diabets: UKPDS 39”

BMJ 1998; 317(7160):713-720.

9/ Les recommandations contestables et contestées de l'OMS dans l'HTA.

Rev. Presc. 1999 ; 19(195) :378-381.

10/ Ramsay LE, Williams B, Johnston GD, MacGrégor GA et al,

Guidelines for management of hypertension : report of the third working party of the British Hypertension Society

J. Hum. Hyertens. 1999 ; 13(9) :569-592.

- 11/ Asmar R.
Pression Artérielle. Régulation et épidémiologie. Mesures et valeurs normales.
Encycl. Med. Chir. – Cardiologie 3, 11-301-A-10, 2002, 15p.
- 12/ Chamontin B.
Hypertension Artérielle de l'adulte. Epidémiologie, étiologie, diagnostic, évolution, pronostic.
Traitement de l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte.
Rev. Prat., 1997 ; 47(17) :1953-66.
- 13/ Delahaye F., de Gevigny G.
Epidémiologie de l'hypertension artérielle
Coeur et Santé-Hors-série 1997 : 5-7.
- 14/ Haheim LL, Hlme I, Leren P.
Risk of fatal stroke according to blood pressure level : an 18-year follow-up of the Oslo study.
J. Hypertens. 1995 ; 13(18) :909-913.
- 15/ Frérot L, Le Fur P., Le Pape A., Sermet C.
L'hypertension artérielle en France. 1992-1996.
CREDES, 1999, 103 p.
- 16/ Marques-Vidal P , Arveiler D., Amouyel P., Bringham A, Ferrieres J.
Sex differences in awareness and control of hypertension in France.
J. Hypertens. 1997;15(11):1205-1210.
- 17/ Poggi L., Chamontin B., Lang T., Menard J., Chevalier H., Gallois H., Cremier O.
Prévalence, traitement et contrôle de l'hypertension chez les consultants en médecine générale en France en 1994.
Arch. Mal. Cœur Vaiss. 1996 ; 89(8) : 1075-80.
- 18/ Duaut D., Martinez L., Ferru P., Kandel O., Gavid B.
Prévalence de l' hypertension artérielle en médecine générale
Enquête transversale de l'observatoire de médecine générale (1995)
Rev. Prat. Med. Gen. 2002 ;16(562) :177-80.
- 19/ Dictionnaire des résultats de consultation en médecine Générale
Doc. Rec. Med. Gen.1996 ;47-48.SFMG, p.165.
- 20/ Le dictionnaire des résultats de consultation.Présentation et généralités.
<http://www.smg.org> , le 04/02/2002.
- 21/ Dictionnaire des résultats de consultation en médecine Générale. Révision 2001.
Doc. Rech. Med. Gen.2001 ;58, .SFMG, p.42.
- 22/ Vaïsse B., Renucci. J F , Charmasson. C, Poggi L., et al.
Efficacité du traitement anti-hypertenseur dans la population française.
Enquête multicentrique.
Arch. Mal. Cœur Vaiss. 1992 ; 85 : 1239-42.

- 23/ Chamontin B, Lang T., Vaisse B. et al.
Evolution du contrôle de l'HTA en France de 1994 à 1999.
Arch. Mal. Cœur Vaiss. 1999 ; hors série 92, AO22 (abstract).Soumis à publication.
- 24/ Chamontin B, Lang T., Vaisse B., et al.
Données régionales sur la prise en charge de l'hypertension artérielle en France.
Arch. Mal. Cœur Vaiss.2001 ; 94 : pp 823-27.
- 25/ Tilly B., Guilhot J., Salanave B., Garrigue P ; Allemand H.
Programme National de Santé Publique. Enquête nationale de l'Assurance Maladie sur la prise en charge médicale de l'Hypertension artérielle sévère exonérée du ticket modérateur en France en 1999.
Paris, 2000, CNAMTS, Echelon National du Service Médial, 69p.
- 26/ Direction du service médical. Département Soins de ville / Mission Statistique
Programme national de Santé Publique.
Prise en charge de l'hypertension artérielle sévère en France en 1999 et 2000 : Bilan intermédiaire du programme d'interventions de l'Assurance Maladie.
2002. 22p.
- 27/ Enquête de l'Assurance Maladie sur la prise en charge médicale de l'Hypertension artérielle sévère exonérée du ticket modérateur des malades de Lorraine.
Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Lorraine, 2000.
- 28/ Mac Mahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J et al.
Blood pressure, stroke and coronary heart disease.
Lancet 1990; 335(8693): 827-38.
- 29/ s.v. "estimer"
Grand dictionnaire encyclopédique Larousse. P.822.
Librairie Larousse 1983.
- 30/ Institute of Medicine. Clinical practice guideline.
Directions for a new program (MJ Field, N Lohr, eds).
Washington, National Academy Press, 1990, 160p.
- 31/ P. Doquet, P. Durieux, A. Durocher
Les recommandations médicales et professionnelles.
In : L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. 2^{ème} édition
Flammarion, Médecine-Sciences, 2000, chapitre 6, pp 43-54.
- 32/ Glossaire.
In : L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. 2^{ème} édition
Flammarion, Médecine-Sciences, 2000, 180 P., pp 171-175.
- 33/ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
Les recommandations pour la pratique clinique.
Bases méthodologiques pour leur réalisation en France.
Paris, ANAES, 1999, 48p.

- 34/ Grimshaw J, Russel T.
Effects of clinical guidelines on medical practice : a systematic review of rigorous evaluations.
Lancet 1993; 342 :1317-22.
- 35/ Matillon Y.
Evaluation et pratique médicale. Qu'est-ce que l'évaluation ?
3^{ème} congrès d'éthique médicale. Colloque du 10.04.1991.
Conseil National de l'Ordre des Médecins, 1992,350p.
- 36/ Donabedian A.
Explorations in quality assessment and monitoring.
Vol. 1: The definition of quality and approaches to its assessment.
Ann Arbor, Health Administration Press, 1980, 163 p.
- 37/ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
Ministère du travail et des affaires sociales.
J. Off. Rep. Française, 24/04/1996 ; pp.6324-26
- 38/ Matillon Y.
Qu'est-ce que l'évaluation en médecine ?
Revue du Prat, 1992, 42 : 883-884.
- 39/ S. Aymé
Les implications éthiques de la démarche évaluative.
L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. 2^{ème} édition
Flammarion, Médecine-Sciences, 2000, chapitre 10, pp 79-85.
- 40/ Dehan M., Briand E.
En 3 ans , le nombre de morts subites du nourrisson a diminué de près de 70%.
Rev Prat Med Gen. 1998 ; 12 ; 408 :13-15.
- 41/ Messier J.
Mort subite du nourrisson. Actualités, perspectives d'avenir.
Concours Med. 1999 ; 121(20) : 1522-26.
- 42/ C. Weill.
Variations des pratiques professionnelles. L'expérience Nord-Américaine.
L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. 1^{ère} édition
Flammarion, Médecine-Sciences, 1994, chapitre 2, pp 7-10.
- 43/ Fleurette F., Guillemot D., Rozet K., Denis C. et al.
Etude de la prescription et de la consommation des antibiotiques en ambulatoire.
Agence du médicament. Direction des études et de l'information pharmaco-économique,
Mai 1998, 43p.
- 44/ Seringe R.
Luxation congénitale de hanche : un dépistage essentiellement clinique.
Rev. Prat. Med. Gen. 2000 ; 14 ; 490 :385-7.

- 45/ Doumenc M.
L'évaluation en médecine libérale
In 3^{ème} congrès international d'éthique médicale.
Les Actes, 1991 : pp99-100.
- 46/ Editorial. Evidence-Based Medicine : 1980-2000.
EBM Journal (édition française) 1999 ; N°17 :pp.1-2.
- 47/ Sackett D, Rosenberg W, Gray JAM.
Evidence-Based Medicine: What is it and what isn't.
BMJ, 1996 ; 312 : 71-2.
- 48/ C Attali, M Varoud-Vial
Comment réduire l'écart entre les recommandations et la réalité de la prise en charge des
diabétiques de type 2?
Rev. Prat. Med. Gen. 2000 ; 14 ; 511 : 1770-78
- 49/ F. Venditelli
Approche du concept d'évaluation médicale
Rev. Fr. Gynécol. Obset., 1996, 91, 1-2, 42-47.
- 50/ Degain J.
Le texte du protocole d'accord.
Le quotidien du médecin du 07/06/2002 : 4.
- 51/ s.v. « Déontologie médicale ».
Le Petit Robert
Paris : Le Robert, 1981 ; p.496.
- 52/ Ordre National des Médecins.
Code de déontologie médicale.
Paris, conseil national de l'ordre, 1995.
- 53/ Annexe II. Charte de qualité du médecin référent
Arrêté du 4 dec 1998 portant approbation de la convention nationale des médecins
généralistes. Ministère de l'emploi et de la solidarité.
J O Rep Française, 5 dec 1998; pp.18357-359.
- 54/ Décret n°97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence
nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
Ministère du travail et des affaires sociales.
J. Off. Rep Française, 08/04/1997 ; pp.5328-35.
- 55/ Doumenc M.,lafont M.,Brahmi J., Falcoff H.
Evaluation des pratiques en médecine générale
L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. 2^{ème} édition
Flammarion, Médecine-Sciences, 2000, 180 P., pp 129-135.
- 56/ Shaw CD. Aspects of audit. 3 : Audit in British general practice.
BMJ 1980; 280: 1361-3.

57/ s.v. « audit »

Le Petit Robert

Paris : Le Robert, 1981 ; p.130.

58/ s.v. « audit »

Encyclopaedia Universalis

Tome 19 ; p147

France, 1983.

59/ A.N.D.E.M.

L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire. L'audit médical.

A.N.D.E.M. Service de médecine de médecine libérale, 1993; 33p.

60/ Lambert L, Rebstock M, Mosnier A.

Le traitement substitutif est-il proposé à toutes les femmes ménopausées?

Résultats des deux tours d'un audit de pratique.

Rev. Prat. Med. Gen., 1998 ;423 : 31-4

61/ Birgé J.

Audit sur la surveillance du poids en médecine Générale.

Rev. Prat. Med. Gen. 1999 ; 448 : 222-5

62/ Boenisch M, Lambert L.,

La vaccination associée rougeole-oreillons-rubéole en Lorraine. Où en est-on par rapport à l'objectif de l'OMS ?

Rev. Prat. Med. Gen. 1994 ; 362 : 22-5.

63/ Birgé J.

Le dépistage des cancers des voies aérodigestives supérieures en médecine générale. Analyse de l'échec partiel d'un audit.

Rev. Prat. Med. Gen. 2000 ; 14(495) : 701-6

65/ STENGER S

Connaissances, opinions et comportements à l'égard de l'audit des pratiques en médecine générale. -Enquête auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes Lorrains.- 129p.

Th. :Médecine :Nancy :1998

66/ Leblanc B.

Hypertendus en ville : 74% des objectifs tensionnels atteints.

FMC Hebdo 2001 ;118 : 46-47

67/ Souweine G.

Quand l'audit n'améliore pas la qualité des soins...

Rev. Prat. Med. Gen. -Audit 5, 1997, 399 : p IX

68/ Mashru M., Lant A.

Interpractice audit of diagnosis and management of hypertension in primary care : educational intervention and review of medical records.

BMJ 1997 ; 314 : 942-946.

- 69/ Butler C., Peters H., Stott N.
Glycated haemoglobin and metabolic control of diabetes mellitus : external versus local established clinical targets for primary care.
BMJ 1995; 310 : 784-788.
- 70/ Castelain E.
Impact d'une action de formation médicale continue sur la prise en charge du patient hypertendu modéré.
Rev. Prat. Med. Gen. 1998 ;12 (442) :35-37.
- 71/ Matillon Y., Durieux P.
L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. 2^{ème} édition
Flammarion, Médecine-Sciences, 2000, p 132
- 72/ ANAES/Service des Références Médicales
Diagnostic et traitement de l'Hypertension Artérielle essentielle de l'adulte de 20 à 80 ans.
1997. ;p 253.
- 73/ Pazart L.
Les enquêtes de pratiques.
L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. 2^{ème} édition
Flammarion, Médecine-Sciences, 2000, pp 55-59.
- 74/ Stenger S.
Audit des pratiques : connaissances, opinions et comportements des médecins généralistes.
Rev. Prat. Med. Gen. 2000 ; 14(493) :571-80.
- 75/ Mairesse JP.
Le référentiel, pour ne pas se perdre dans la littérature.
Rev. Prat. Med. Gen. 2000 ; 14(493) :21-22.
- 76/ « L'évaluation individuelle des Pratiques Professionnelles ».
Décret n°99-1130 du 28 Décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales.
Ministère de l'emploi et de la solidarité.
J. Off. Rep. Française, 29/12/1999 ; pp.19594-95.
- 77/ Boivin JM.
L'auto-mesure tensionnelle – guide pratique
Cardioscopies, 2001, n°85, Editio
- 78/ Rosenberg W., Donald A.
Evidence-Based Medicine : an approach to clinical problem solving.
BMJ 1995 ; 310 : 1122-6
- 79/ Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration.
Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs : results of prospectively designed overviews of randomised trials.
Lancet 2000; 355 : 1955-64.



80/ La revue prescrire.
Pas de doxazine pour l'HTA.
Rev. Prescr. 2000 ; 20 ; 10 :645.

81/ ANAES.
Suivi du Patient Diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications.
Recommandations pour la Pratique Clinique.
1999. 157p.

82/ Annexe 3, ANAES.
Suivi du Patient Diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications.
Recommandations pour la Pratique Clinique.
1999. p.121.

83/ <http://www.anaes.fr> consulté le 28/06/2002.

84/ Dahlöf B., Devereux R., Kjeldsen S., Julius S. et al.
Cardiovascular morbidity and mortality in the losartan. Intervention for Endpoint reduction in hypertension study (LIFE) : a randomised trial against atenolol.
Lancet 2002; 359 :995-1003.

85/ Vernier I., Amar J., Ruidavets J.-B., Ferrieres J. et Chamontin B.
Le risque cardiovasculaire absolu influence-t-il la prise en charge de l'hypertension artérielle ?
Arch. Mal. Cœur 1998 ; 91 : 1055-7.

86/ Lang T., de Gaudemaris R., Chatellier G., Hamici L., Diène E.
Prevalence and Therapeutic Control of Hypertension in 30 000 Subjects in the Workplace.
Hypertension. 2001 ; 38 : 449-54.

ANNEXES

DÉFINITION**++++ ELEVATION de la PRESSION ARTERIELLE**

++11 P.A.S. > ou = 140 mmHg

++11 P.A.D. > ou = 90 mmHg

++11 1^{re} ou 2^{me} mesure

++11 au moins 3 mesures

+ - H.T.A. à faible risque

++++ P.A.S. entre 140 et 180 mmHg

++11 P.A.D. entre 90 et 100 mmHg avec cofacteur de risque, antécédent cardio-vasculaire

++11 P.A.D. > ou = 100 mmHg

+ - H.T.A. à haut risque

++11 P.A.S. > 180 mmHg

++11 P.A.D. > 110 mmHg

+ - enregistrement par MAPA pathologique

+ - produits ou médicaments presseurs (alcool, œstrogènes, sympathomimétiques, réglisse, AINS, corticoïdes, ciclosporine, érythropoïétine, etc.)

+ - récidive

RISQUE(S) CRITIQUE(S) ÉVITABLE(S) (RCE)

ALCOOL

ARTÉRIOPATHIE

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

COARCTATION AORTIQUE

ECLAMPSIE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

INSUFFISANCE CORONARIENNE

INSUFFISANCE RÉNALE

MALADIES ENDOCRINIENNES

PHÉOCHROMOCYTOME

STÉNOSE D'UNE ARTÈRE RÉNALE

TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE - AC/FA

VALVULOPATHIE

POSITION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

A, C

VOIR AUSSI

INSUFFISANCE CARDIAQUE

MALAISE-LIPOTHYMIE

ARGUMENTAIRE**Dénomination**

Terme générique strictement réservé à l'élévation de la pression artérielle en dehors de toute notion étiologique (la fréquence des HTA secondaires est inférieure à 5 % de la population des hypertendus avec seulement 1 % de causes curables – Source ANAES) et de complications éventuelles. Une complication fera l'objet d'un résultat de consultation séparé, car elle est un problème en elle-même.

Cette définition a été revue en fonction des dernières recommandations de l'ANAES. Les chiffres retenus ne s'adressent pas aux enfants, aux diabétiques, aux femmes enceintes ni aux personnes dont l'âge est supérieur à 80 ans.

Critères d'inclusion

Déterminent les chiffres, régulièrement actualisés, au-delà desquels un patient doit être considéré comme hypertendu. Cette définition permet de relever à la fois un chiffre élevé de tension artérielle et la "maladie hypertensive".

Compléments sémiologiques

Permettent de situer les seuils d'intervention thérapeutique : rapide en cas d'hypertension dite "à haut risque", plus réfléchie en cas de "faible risque".

Voir Aussi**Position(s) diagnostique(s)**

A : Si 1^{re} ou 2^{me} mesure - il s'agit du symptôme hypertension.

C : Pour 3 mesures et plus - on parle communément de maladie hypertensive avec une stratégie de surveillance propre.

Une HTA secondaire sera relevée par le RC correspondant (en DHL).

CORRESPONDANCE CIM – 10

R03.0 : Codage par défaut pour les 1^{re} et 2^{me} mesures

I10 : À la 3^{me} constatation de chiffres élevés



En **gras** les critères d'inclusion stricto sensu

En **grisé**, les critères d'inclusion à choix unique ou multiple

En caractère normal les compléments sémiologiques

F.M.C du HAUT-BRIVET.**FICHE D'EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION EN
MEDECINE DE VILLE****Code d'anonymat : I I I I I****Patient: I I I I****AGE: I I I ans****SEXE: O M****O F****AGE HTA: I I I ans**

Présentation du carnet de santé

O oui

O non

Objectif tensionnel est-il connu du patient

O oui

O non

Facteurs de risque cardio-vasculaire :

Atcd familial :

O oui

O non

Obésité :

O oui

O non

Atcd personnel :

O oui

O non

Dyslipidémie :

O oui

O non

Tabagisme :

O oui

O non

Diabète :

O oui

O non

Traitements en cours :**Antihypertenseurs :**

Mesures hygiéno-diététiques :

O oui

O non

Diurétiques :

O oui

O non

Béta-bloquants :

O oui

O non

I.E.C. :

O oui

O non

Inhibiteur calcique :

O oui

O non

A.T.I :

O oui

O non

Centraux :

O oui

O non

Association fixe :

O oui

O non

Association mini-dosée :

O oui

O non

Traitement associé :

Antidiabétiques oraux :

O oui

O non

Anticholestérolémiants :

O oui

O non

Vaso dilatateurs :

O oui

O non

Mesure hygiéno-diététiques :

O oui

O non

Résultats retrouvés lors de la consultation :

Prise de TA résultat :

PAS : I _____ I mmHg

PAD : I _____ I mmHg

Objectif atteint :

☐ oui☐ non

Poids :

☐ oui☐ non

Pouls distaux (palpation) :

☐ oui☐ non

Pouls centraux (auscultation) :

☐ oui☐ non

Tabac évoqué :

☐ oui☐ non

Résultat : I _____ I paquet-années.

Dans l'ensemble du dossier :

E.C.G : (depuis 5 ans)

☐ oui☐ non

Examen Ophtalmo (depuis 5 ans) :

☐ oui☐ non

Créatininémie :

☐ oui☐ non

Résultat : I _____ I mg/l

Protéinurie (depuis 1 an) :

☐ oui☐ non

Ionogramme (selon le TTT) :

☐ oui☐ non

Cholestérolémie (<3ans, si normal) :

☐ oui☐ non

Résultat : Total: I _____ I g/l

HDL: I _____ I g/l

Triglycéridémie (<3ans, si normal) :

☐ oui☐ non

Glycémie (<3ans, si normal) :

☐ oui☐ non

Résultat : I _____ I g/l

Objectif tensionnel atteint :

☐ oui☐ non

M.A.P.A. (<3ans) :

☐ oui☐ non

Auto contrôle :

☐ oui☐ non

Hypotension orthostatique :

☐ oui☐ non**Evolution depuis 1 an :**

Echappement thérapeutique (TA > 14/9) :

☐ oui☐ non

Poussée d'hypertension maligne :

☐ oui☐ non

Complications vasculaires périphériques :

☐ oui☐ non

Complications cardiaques :

☐ oui☐ non

Coronaropathie :

☐ oui☐ non

Cardiopathie :

☐ oui☐ non

Insuffisance rénale :

☐ oui☐ non

Avis spécialisé :

☐ oui☐ non

Hospitalisation :

☐ oui☐ non

Suite à la première évaluation en Janvier, 96% de participation, nous pouvons être fiers de nos résultats avec 80% de patients équilibrés.

Malgré ce superbe score, bien meilleur que les chiffres de l'étude de la C.N.A.M, il s'avère que notre prise en charge est perfectible.

Aussi, nous vous proposons une 2^{ème} évaluation, centrée sur les données de l'examen clinique. lors de la consultation et les examens du suivi des Hypertendus.

Ainsi, nous pourrions évaluer la pertinence des soirées et week-end de formation sur ce thème et leur retentissement sur notre pratique quotidienne.

PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE EN MEDECINE DE VILLE

CODE D'ANONYMAT : I _ I _ I _ I

PATIENT : I _ I _ I _ I

Résultats retrouvés dans le dossier patient :

Dernière consultation :

Prise de la TA, résultat :

PAS I _ _ mmhg	PAD I _ _ mmhg
Objectif atteint	☐ oui ☐ non
Poids	☐ oui ☐ non
Pouls distaux (palpation)	☐ oui ☐ non
Pouls cervicaux (auscultation)	☐ oui ☐ non
Tabac évoqué	☐ oui ☐ non
I _ _ Paquet-années	

Dans l'ensemble du dossier :

E.C.G, depuis 5 ans	☐ oui ☐ non
Examen Ophtalmo depuis 5 ans	☐ oui ☐ non
Créatininémie	☐ oui ☐ non
Résultat :	I _ _ mg/l
Protéinurie depuis 1 an	☐ oui ☐ non
Ionogramme, selon TTT	☐ oui ☐ non
Cholestérolémie, depuis 3 ans ,si normal	☐ oui ☐ non
Résultat :	Total I _ _ g / l
	Hdl I _ _ g / l
	Ldl I _ _ g / l
Triglycéridémie, depuis 3 ans, si normal	☐ oui ☐ non
Glycémie, depuis 3 ans ,si normal	☐ oui ☐ non
Résultat :	I _ _ g / l

GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL

RESEAU EPIDEMIOLOGIQUE LORRAIN

AUDIT : OBJECTIF MANOMETRIQUE DU TRAITEMENT DE L'HTA

Responsable : Docteur J. BIRGE. 1 A place du marché 57 220 BOULAY.
Tel : 03 87 57 33 66 Fax : 03 87 79 32 23 E Mail : jbirge@wanadoo.fr

RAPPEL SUR L'AUDIT MEDICAL

L'audit médical est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du médecin à des références admises, pour améliorer la qualité des soins délivrés au patient. Il s'agit d'une démarche volontaire qui respecte l'anonymat des participants [1].

Deux étapes se succèdent :

- La préparation :

Un groupe de médecins choisit un thème de travail (ici l'objectif manométrique du traitement de l'HTA), recherche l'existence de références auxquelles il adhère. Il conçoit le protocole de recueil de données.

- La réalisation :

Le recueil des données est effectué par les médecins qui le souhaitent, appartenant ou non au groupe de préparation. L'analyse de ce premier recueil permet d'apporter une réponse à la question que posait le travail d'évaluation : la pratique est-elle en accord avec le référentiel ? Sinon, quel est l'écart entre les données recueillies et les normes ? Si le niveau souhaité n'est pas atteint, les membres du groupe vont tenter d'analyser les raisons de cet écart, puis de déterminer le type d'action à mener pour modifier les pratiques.

Une nouvelle enquête de pratique est réalisée après un certain délai, afin de vérifier la progression des participants.

ARGUMENTAIRE

Position du problème

L'hypertension artérielle est définie par une systolique habituellement supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou une diastolique supérieure ou égale à 90 mmHg. Il s'agit d'un facteur de risque de maladies cardio-vasculaires : accident vasculaire cérébral, insuffisance coronaire, insuffisance cardiaque congestive et insuffisance rénale [2].

De nombreux essais d'intervention ont démontré l'utilité du traitement de l'HTA en prévention des maladies cardio-vasculaires [2].

En France, 16.5% des personnes de plus de 20 ans se déclarent hypertendues selon une enquête du CREDES [3] et cette prévalence déclarée est sous estimée. La prise en charge de l'HTA est essentiellement assurée par les généralistes qui effectuent 94% des actes liés à l'HTA.

L'HTA est le premier motif de consultation en médecine générale : il représente 8,7% des résultats de consultation[4].

Comment mesurer la pression artérielle ?

Cet audit n'a pas pour objet la qualité de la mesure de la tension artérielle. Aussi laissons nous aux participants la liberté d'utiliser leur méthode habituelle.

Cependant, il ne sera ici question que de mesure clinique au cabinet médical. La mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) et l'automesure à domicile ne sont pas de pratique courante en médecine générale. En outre, les valeurs de référence ne sont pas connues avec précision, et les principaux essais d'intervention ont utilisé la mesure conventionnelle [2].

Quel objectif manométrique ?

L'objectif tensionnel du traitement de l'HTA ne fait pas actuellement l'objet d'un consensus international. S'il existe en effet une relation positive et continue entre la pression artérielle sous traitement et la probabilité de complication cardio-vasculaire, la valeur optimale des chiffres de pression artérielle à atteindre diffère selon les recommandations.

Selon les recommandations de l'ANAES de 1997 et de 2000,[2,5], l'objectif est de normaliser la pression artérielle c'est à dire de l'abaisser à moins de 140/90 mmHg pour les patients de 20 à 60 ans. Dans l'HTA du sujet de plus de 65 ans, la systolique doit être inférieure ou égale à 150mmHg, indépendamment de la diastolique.

Selon les recommandations de la British Hypertension Society, l'objectif du traitement est d'obtenir une pression inférieure à 140/85; cependant, une pression artérielle inférieure à 150/90 est acceptable[6].

Pour un groupe d'experts de l'OMS et la société internationale de l'HTA [7], l'objectif est de ramener la TA en dessous de 130/85 mmHg pour les adultes jeunes et d'âge moyen, et en dessous de 140/90 pour les sujets âgés. Cependant, cette recommandation de l'OMS est critiquée[8].

Nous avons finalement retenu, dans un souci de simplification, l'objectif suivant:

Les patients hypertendus traités, âgés de 20 à 65 ans, doivent avoir une systolique en dessous de 140 mmHg et une diastolique en dessous de 90 mmHg.

Les patients âgés de 65 à 70 ans doivent avoir une systolique inférieure ou égale à 150 mmHg.

Justification d'un audit sur l'objectif manométrique du traitement de l'HTA.

En France, 30% seulement des sujets traités pour HTA auraient une pression artérielle normalisée [3,9] et 30 à 70% auraient une pression inférieure à 160/95 [5]

Remerciements : au Pr. F.Zannad ,qui a bien voulu valider cet argumentaire.

Références

1. L'audit médical ;ANDEM 1973,33 pages
2. ANAES service des Références Médicales ; Septembre 1997 ; 241-277
3. Frérot L, Le Fur P, Le Pape A, Sermet C. L'hypertension artérielle en France, 1992-1996. CREDES, 1999, n°1276
4. Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale. Documents de recherche en médecine générale. Société française de médecine générale. N°47-48. Décembre 1996.
5. ANES service des Références Médicales. Mars 2000. 132 pages
6. Ramsay LE et coll. for the British Hypertension Society "Guidelines for management of hypertension : report of the third working party of the British Hypertension Society" *J Hum Hypertens* 1999; 13 : 569-592.
7. Chalmers J et coll. World Health Organization-International Society of hypertension Guidelines Committee. "1999, WHO-ISH Guidelines for the management of hypertension" *J Hypertens* 1999; 17 : 151-185.
8. Les recommandations, contestables et contestées de l'OMS dans l'HTA. *Rev Prescr* 1999; 19 (195) : 378-381
9. Mallon JM. Pourquoi une journée nationale de lutte contre l'hypertension artérielle. *Rev Prat-MG*. 1999; 13 (472) : 1485.



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MÉDICAL

RÉSEAU ÉPIDÉMIOLOGIQUE LORRAIN

Site Internet : <http://www.glam.fr.st>

AUDIT : OBJECTIF MANOMETRIQUE DU TRAITEMENT DE L'HTA

Question posée : La TA de nos patients hypertendus traités est-elle conforme aux recommandations ? :

20 à 65 ans : TA inférieure à 140/90 mmHg ,

65 à 70 ans : TA systolique inférieure à 150 mmHg

Qui inclure :

- Patients âgés de 20 à 70 ans
- Vus en consultation
- Traités depuis plus d'un an par le même traitement antihypertenseur
- Ayant consulté au moins 4 fois au cours de l'année précédant la consultation d'inclusion

Nombre de patients à inclure : 25

Mesures de TA à prendre en compte :

- Mesure selon la méthode que vous utilisez habituellement
- Si la TA est mesurée aux deux bras : notez le chiffre le plus élevé
- Si la TA est mesurée plusieurs fois au cours de la consultation : notez la valeur la plus basse
- Notez, les mesures prises lors des 4 dernières consultations (**en mm de Hg**)

Le recueil est rétrospectif : Ne pas prendre en compte la mesure prise lors de la consultation d'inclusion

X

Code médecin		Code médecin		Date de début de recueil :								
Partie à conserver		Partie à adresser au responsable : Dr J.BIRGÉ 1A place du marché - 57220 BOULAY Tél : 03 87 57 33 66 - Fax : 03 87 79 32 23										
N°	Nom Prénom	Age	TA		TA		TA		TA		réservé à l'exploitation	
			Syst	Diast	Syst	Diast	Syst	Diast	Syst	Diast		
0	EXEMPLE	58	150	80	165	95	142	70	135	85		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												

X

AUDIT : HYPERTENSION ARTÉRIELLE

(objectif manométrique)



GLAM

Patient âgé de **20** à **70** ans, traité depuis plus d'un an par le même traitement antihypertenseur, ayant consulté au moins **4** fois au cours de l'année précédant la consultation d'inclusion.

Groupe Lorrain d' Audit Médical

19 SEP. 2000

CONVENTION ENTRE LE G.L.A.M et L'UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX DE LORRAINE

L'Union Régionale des médecins libéraux de Lorraine, représentée par le Docteur Rémi UNVOIS, Président

Et

Le Groupe Lorrain d'Audit Médical, Réseau Epidémiologique Lorrain, représenté par le Docteur Jacques BIRGE

conviennent d'établir une convention dans le cadre d'un audit intitulé « **objectif manométrique du traitement de l'H.T.A** »

il est prévu que l'URML contribue à la diffusion de cet audit qui sera adressé à tous les généralistes lorrains et généralistes miniers (*2400 destinataires à préciser*)

Article 1 : frais de documents :

- frais d'impression circulaires : 2 210F H.T
- frais d'impression pochettes kraft : 1280F H.T
- frais d'impression chevalets : 1880F H.T

Article 2 : manutention :

- mise sous pli : 1550F H.T
- pose étiquette fournie : 310F H.T
- n° identification tableau : 450F H.T

Article 3 : frais de PTT : 7260F H.T

Article 4 : communication

Le G.L.A.M et l'URML s'engagent mutuellement à s'adresser précédemment tous les documents avant l'envoi.

D'autre part, l'URML rédigera une lettre d'accompagnement à joindre au courrier.

Art 5 : il est convenu que les bons de commande et la facturation des documents prévus aux articles 1. 2 et 3 seront établis à l'URML qui en assurera le règlement.

Fait à Vandœuvre, le

En 2 exemplaires

Docteur Jacques BIRGE
Animateur du G.L.A.M

Docteur R. Unvois
Président de l'URML



CENTRE D'INVESTIGATION

CLINIQUE DE NANCY

Professeur Pierre DROUIN
Médecin Coordinateur
Tél : + 33 (0) 3 83 65 66 25

Professeur Faiez ZANNAD
Médecin Délégué
Tél : + 33 (0) 3 83 65 66 21

Monsieur le Docteur BIRGE
1A, Place du Marché
57 220 BOULAY

Dommartin, le 21 Mars 2000

Mon Cher Confrère,

Je vous remercie de m'avoir saisi de votre projet d'audit "**Objectifs manométriques du traitement de l'hypertension artérielle**"

J'ai lu avec intérêt ce projet et vous félicite pour tous les audits que vous avez déjà effectués. Je ne peux que vous encourager à entreprendre cet audit sur le contrôle tensionnel dans notre région.

Ce projet me semble tout à fait intéressant. Il y a des aspects méthodologiques qui méritent d'être discutés et améliorés. En particulier, la définition de la cible des médecins généralistes à auditer a une importance considérable si l'on veut tirer des conclusions généralisables.

Je me permets de vous signaler que le Centre d'Investigation Clinique est doté d'un réseau de médecins généralistes répartis dans toute la région lorraine (+ de 500 médecins) qui participent régulièrement à des actions de recherche clinique et épidémiologique. Notre confrère, le Docteur Jean-Marc BOIVIN, généraliste à Laxou et attaché à mi-temps au CIC, anime ce réseau et est prêt à vous rencontrer pour mettre à votre disposition ce réseau et/ou pour vous aider à l'exécution de votre audit si vous le souhaitez. De plus, le centre de dépistage et de prévention cardiovasculaire dont je suis responsable à l'Hôpital Jeanne d'Arc a dans ses ambitions de créer un réseau ville/hôpital de dépistage, de détection et de prévention, comprenant en particulier l'hypertension artérielle.

Il est prévu expressément une évaluation de l'action de ce réseau de dépistage et de prévention de l'hypertension artérielle dont une partie se rapproche de l'objet de votre audit, en particulier dans sa deuxième phase. L'objectif du centre de dépistage est d'améliorer la prise en charge des patients afin d'atteindre les objectifs consensuels. Il y a peu de doute que votre audit mettra en évidence les écarts importants entre les données recueillies et les objectifs à atteindre. Une deuxième phase d'implémentation des recommandations officielles pour atteindre l'objectif optimal de contrôle de la pression artérielle devrait sans doute être entreprise. Ce réseau, certes centré au CHU, fait intervenir plusieurs partenaires dont le Centre de Médecine Préventive, l'URCAM et l'Union Régionale des Médecins Libéraux, sous la tutelle de l'ARH. Si vous souhaitez vous y associer, c'est avec plaisir que nous considérerons toute action de collaboration avec votre groupe lorrain d'audit médical.

Je ne peux que vous féliciter pour cette entreprise et vous y encourager.

Je reste à votre disposition pour mettre tous les moyens à ma portée au service de votre projet.

Avec mes sentiments amicaux,

Pr Faiez ZANNAD

Copie : Dr Jean-Marc BOIVIN

En marge de CATs



Tout à fait indépendamment de l'étude CATs et des essais cliniques, car les médecins investigateurs prennent en charge leurs patients dans le cadre d'un protocole établi et avec une méthodologie particulière, vous entendrez, encore une fois, que nos patients hypertendus ne sont pas suffisamment contrôlés. Ceci n'est pas un phénomène uniquement français, puisqu'une étude comparative internationale récente montre que 27% des patients traités présentent des chiffres de PA inférieurs à 140/90 aux USA, pour 22% au Canada, 24% en France et, plus grave, seulement 6% en Angleterre. Environ 20% des patients hypertendus traités, sont en dessous de 160/95 en Allemagne, en Ecosse, en Finlande en Espagne et en Australie, et environ 9% en Inde. Comment expliquer ce phénomène, alors qu'en France les prescriptions d'antihypertenseurs représentent un budget d'environ 10% des dépenses en médicaments !

Il est difficile de dégager la part de responsabilité qui revient au médecin, au patient ou même aux pouvoirs publics (éducation de la santé, campagnes de sensibilisation...).

Nous ne pouvons tout de même pas ignorer l'importance de la prise en charge optimale de l'HTA pour minimiser le risque d'accident vasculaire, d'insuffisance cardiaque et d'insuffisance rénale. Il faut toutefois remarquer que lorsqu'une attitude proactive est mise en œuvre, nous arrivons à traiter correctement la majorité de nos patients (voir étude HOT).

... Comment améliorer nos performances en matière de prise en charge de l'hypertension ?

Une initiative intéressante du GLAM (Groupe Lorrain d'Audit Médical), mérite d'être signalée. Vous avez tous dû recevoir un courrier vous invitant à participer à cet audit.

Comment ne pas nous sentir concernés et ne pas y répondre massivement, nous qui sommes activement impliqués dans la recherche en hypertension ?

Merci encore à tous les investigateurs CATs, et à bientôt pour des nouvelles de CATs 2

Annexe 9

Répartition des valeurs de la pression artérielle en fonction des différents niveaux de normalisation, en mmHG. (effectif, n¹=6892)

PA<140/90 ou PAS<150 si âge >65 ans PA strictement normalisée	53%
PA≤140/90 ou PAS≤150 si âge >65 ans PA normalisée en incluant les valeurs seuils	75%
PA>140/90 ou PAS>150 si âge >65 ans PA non normalisée	25%

Répartition des médecins en fonction du nombre de patients âgés de 20 à 70 ans inclus sur leur grille.

Nombre de patients de 20 à 70 ans inclus	25	24	23	22	21	20 et moins
Pourcentage de médecins	54%	12%	5%	3%	5%	21%

GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL RESEAU EPIDEMIOLOGIQUE LORRAIN

Dr J. BIRGE
1 A place du marché
57 220 BOULAY
tel. : 03 87 57 33 66
fax : 03 87 79 32 23
Email : jbirge@wanadoo.fr

M. HELAINE.
3, la becquetiere
50 750 DANGY
tel. : 06.19.05.36.30

Email : mathelaine@free.fr

Boulay, le 13/12/2001

Cher confrère,

Nous vous remercions d'avoir participé à l'audit "Objectif manométrique du traitement de l'HTA", et vous trouverez ci dessous vos résultats personnels que vous pourrez comparer aux résultats de l'ensemble du groupe des participants.

Nous nous étions fixés les objectifs suivants :

50% des patients inclus devaient avoir une TA équilibrée, c'est-à-dire, conforme aux critères de l' ANAES (TA<140/90mmHg, et systolique $\leq$ 150mmHg pour les patients de plus de 65 ans). Compte Tenu de la variabilité de la tension artérielle, nous estimons que l'objectif est atteint pour un patient si au moins 2 valeurs sur 4 sont conformes aux critères de l'ANAES.

Les patients ayant une TA très mal équilibrée (c'est-à-dire >160/95mmHg) **devaient concerner moins de 25% des patients**. De la même façon, nous considérons qu'un patient a une TA très mal équilibrée si au moins 2 valeurs sur 4 sont >160/95.

Vous constaterez que nous avons atteint l'objectif et que plus de 80% de nos patients inclus sont équilibrés (TA $\leq$ 140/90). Les possibilités d'amélioration des pratiques sont donc limitées et il ne nous paraît pas utile de réaliser un 2^{ème} tour.

Près de 80 médecins généralistes ont participé à ce travail. Ils prouvent ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles est possible et que la qualité des soins, dans ce domaine, est conforme aux recommandations.

A l'heure où la Lorraine a choisi de mettre en place l'évaluation des pratiques professionnelles en application du décret de décembre 1999, ces résultats sont encourageants et confortent le GLAM dans sa volonté de poursuivre l'action entreprise.

Cet audit fera l'objet d'une thèse en médecine (M.Helaine) et vous avez contribué à sa réalisation : nous vous en remercions et vous assurons de nos cordiales salutations.

J. Birgé



M. Helaine

GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL
RESEAU EPIDEMIOLOGIQUE LORRAIN

**AUDIT : OBJECTIF MANOMETRIQUE DU
TRAITEMENT DE L'HTA**

**Résultats du 1^{er} et
unique tour**



code médecin:		
Pourcentage de patients ayant :	Résultat moyen du groupe * (écart type)	Vos résultats
<u>Une TA équilibrée</u> (au moins 2 valeurs sur 4 strictement <140/90)	<u>57,9</u> (21,3)	
<u>Une TA équilibrée</u> (au moins 2 valeurs sur 4 < ou = à 140/90)	<u>80,0</u> (18,5)	
<u>Une TA mal équilibrée</u> (au moins 2 valeurs sur 4 >160/95)	<u>7,2</u> (7,5)	

* pour exemple : un médecin a, en moyenne, 57.9% de ses patients qui ont au moins 2 valeurs sur 4 strictement inférieures à 149/90.

VU

NANCY, le 26 août 2002
Le Président de Thèse

NANCY, le 30 août 2002
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur F. ZANNAD

Professeur J. ROLAND

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 6 septembre 2002

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur C. BURLET

RESUME DE LA THESE

L'hypertension artérielle pose un grave problème de santé publique. En France 16,5 % des personnes de plus de 20 ans se déclarent hypertendues et cette prévalence déclarée est très sous-estimée. Il s'agit d'un facteur de risque majeur de maladies cardio-vasculaires, maladies qui représentent actuellement la première cause de mortalité en France (32 % de la mortalité globale). Il existe une relation positive et continue entre l'élévation de la pression artérielle et ces maladies ; cependant de nombreuses études de population montrent que sa prise en charge est loin d'être optimale : l'objectif fixé par les recommandations (PA < 140/90 mmHg) est atteint chez moins de 40 % des hypertendus français. Les médecins généralistes sont particulièrement concernés par ce problème car ils réalisent 94 % des actes liés à l'HTA ce qui représente 14 % de leurs consultations.

Devant ce constat, le GLAM a décidé la réalisation d'un audit. L'audit médical est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du médecin à des références admises, pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients. Il s'agit d'une démarche volontaire qui respecte l'anonymat des patients et des médecins.

La question posée était : "la PA de nos patients hypertendus traités est-elle conforme aux recommandations ?". Les médecins ont chacun inclus (données rétrospectives) 25 patients âgés de 20 à 70 ans qu'ils considéraient comme équilibrés.

78 médecins ont participé à l'enquête, 1723 patients ont été inclus. En moyenne, les médecins ont 58 % (81 % avec les valeurs seuils) de patients équilibrés (au moins 2 valeurs de PA sur 4 < 140/90 mmHg) et moins de 7 % sont très déséquilibrés (au moins 2 valeurs sur 4 > 160 et/ou 95 mmHg). Ces résultats montrent une bonne prise en charge de l'HTA par les médecins qui ont choisi de participer à cet audit ; il n'a donc pas été décidé de réaliser de second tour.

TITRE EN ANGLAIS

Is the manometric target of the arterial high blood pressure reached ?

The one and only survey of an audit by general practitioners from lorraine.

THESE : MEDECINE GENERALE - ANNEE 2002

MOTS CLEFS :

- Hypertension artérielle
- Audit médical
- Evaluation Capacité Professionnelle

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R.

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDŒUVRE LES NANCY Cedex