

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

La bithérapie comme traitement de première intention chez l'adulte hypertendu : des recommandations aux pratiques

Une étude quantitative de l'attitude thérapeutique des
médecins généralistes du Maine et Loire, de la Mayenne
et de la Sarthe

PLANCHAIS Juliette

Née le 15/06/1994 à Laval (53)

Sous la direction du Dr. BEGUE Cyril

Membres du jury

Pr Laurent Connan | Président

Dr Cyril Bègue | Directeur

Dr Benoit Jamet | Membre

Soutenue publiquement le :
20 décembre 2024



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Juliette Planchais
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **01/12/2024**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« 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 seront 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 ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :

Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉ

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François- Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAL Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VEREEROLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine

PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDEECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie

MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER

BARAKAT Fatima
ATCHADE Constantin

CHIMIE ANALYTIQUE
GALENIQUE

Pharmacie
Pharmacie

PRCE

AUTRET Erwan
BARBEROUSSE Michel
COYNE Ashley
O'SULLIVAN Kayleigh
RIVEAU Hélène

ANGLAIS
INFORMATIQUE
ANGLAIS
ANGLAIS
ANGLAIS

Santé
Santé
Santé
Santé

PAST-MAST

AUBRUCHET Hélène
BEAUVAIS Vincent
BRAUD Cathie
CAVAILLON Pascal
DILÉ Nathalie
GUILLET Anne-Françoise
MOAL Frédéric
CHAMPAGNE Romain
KAASSIS Mehdi
GUITTON Christophe
LAVIGNE Christian
PICCOLI Giorgia
POMMIER Pascal
SAVARY Dominique

OFFICINE
OFFICINE
PHARMACIE INDUSTRIELLE
OFFICINE
PHARMACIE DEUST PREPARATEUR
PHARMACIE CLINIQUE
MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
GASTRO-ENTEROLOGIE
MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION
MEDECINE INTERNE
NEPHROLOGIE
CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE
MEDECINE D'URGENCE

Pharmacie
Pharmacie
Pharmacie
Pharmacie
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Médecine
Médecine
Médecine
Médecine
Médecine

PLP

CHIKH Yamina

ECONOMIE-GESTION

Médecine

REMERCIEMENTS

Au Professeur Laurent Connan, qui me fait l'honneur de présider le jury de cette thèse : je vous remercie de votre confiance et de votre compréhension. Je tiens également à vous remercier de la bienveillance dont vous avez toujours fait preuve en tant que coordonnateur du DES et qui est appréciée des internes.

Au Docteur Cyril Bègue, qui a accepté de me diriger dans ce travail : je vous remercie de votre disponibilité et de votre confiance, de votre réactivité, de vos mots gentils. Cela a été un plaisir de travailler avec vous.

Au Docteur Benoît Jamet, collègue, modèle et désormais membre du jury de ma thèse : je te remercie de la confiance que tu m'accordes depuis mes premiers remplacements, des connaissances que tu m'apportes et qui enrichissent ma pratique, et bien sûr merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Aux Docteurs Maxime Pollet et Dewi Le Gal, sans qui cette thèse n'aurait pas pu voir le jour : merci de votre aide, de votre soutien et de votre bienveillance.

A Alexandra Elbakyan, pour son travail pour l'accessibilité de la recherche. Aux médecins que je lis et dont j'apprends tous les jours : Dr Richard Talbot, Dr Agibus, Dr Florian Zorès.

Aux médecins et professionnels de santé qui ont marqué ma trajectoire professionnelle depuis le lycée jusqu'aux premiers remplacements et qui ont fait de moi la médecin que je suis aujourd'hui : Dr Jacky Mari, Jaddo, Professeur Rougé-Maillard, Dr Damien Mauillon, Dr Sandra Zalinski, Dr Amélie Vallino, Dr Asheesh Sharma, Dr Aurélie Donzeau, Isabelle, Margaux, Docteur Sophie Courtois, Dr Elodie Canevet, Karine, Dr Hélène Rivière, Dr Lydia Flaux, Dr Emmanuel Baudry, Dr Emmanuel Pichon, Dr Jean-Marie Commer.

Aux belles rencontres de mon externat et de mon internat : Léna, Rodolphe Ledieu, Lucie, Alexis, Elina, Nicolas, Sylvère, Amélie et tous les autres.

Aux collègues d'aujourd'hui : Stéphanie, Alice, Laure, Aristide, Héloïse.

Aux patients et leurs proches, pour tout ce qu'il m'ont appris et ce que j'espère continuer à apprendre d'eux tout au long de ma carrière.

A mes amis et à ma famille, pour leur amour et leur soutien.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	III
INTRODUCTION.....	1
MÉTHODES.....	5
1. Caractéristiques de l'étude.....	5
2. Population étudiée.....	5
3. Élaboration du questionnaire.....	5
4. Recueil des données.....	6
5. Analyse des données.....	7
RÉSULTATS.....	8
1. Population étudiée effective.....	8
2. Profil des participants.....	8
2.1. Caractéristiques démographiques.....	8
2.2. Antécédent de formation continue.....	9
3. Attitude clinique devant une découverte d'hypertension artérielle.....	10
3.1. Attitude diagnostique.....	10
3.2. Attitude thérapeutique.....	11
3.2.1. Règles hygiéno-diététiques.....	11
3.2.2. Choix d'une bithérapie ou d'une monothérapie.....	11
3.2.3 Classes médicamenteuses utilisées.....	13
3.3. Intensification du traitement et inertie thérapeutique.....	14
3.4. Réévaluation clinique.....	15
4. Évaluation de la pertinence des recommandations par les médecins généralistes.....	15
DISCUSSION ET CONCLUSION.....	17
1. Synthèse des résultats.....	17
2. Forces et limites de l'étude.....	18
3. Interprétation.....	20
3.1. Concordance variable entre recommandations et pratiques.....	20
3.2. Un regard critique sur les recommandations.....	22
3.3. Evidence-Based Medicine (EBM), observance et santé publique.....	23
4. Conclusion.....	26
BIBLIOGRAPHIE.....	27
LISTE DES FIGURES.....	30
LISTE DES TABLEAUX.....	31
TABLE DES MATIÈRES.....	32
ANNEXE : QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE.....	I

INTRODUCTION

Les maladies cardiovasculaires représentent actuellement la deuxième cause de mortalité et la première cause de handicap physique acquis chez l'adulte en France(1). Bien que la mortalité cardiovasculaire tende à diminuer(2), la morbidité cardiovasculaire, elle, augmente : de plus en plus de patients vivent avec une maladie cardiovasculaire. Cette augmentation est liée d'une part à l'amélioration de la prise en charge de ces pathologies et donc à l'augmentation de l'espérance de vie des patients ; et d'autre part à l'augmentation des facteurs de risque cardiovasculaires : vieillissement de la population, augmentation de l'incidence de l'obésité(3) et du diabète de type 2(4), augmentation de la prévalence de l'hypertension artérielle(5) et augmentation de la sédentarité(6).

Parmi les facteurs de risque cardiovasculaire modifiables se trouve l'hypertension artérielle (HTA), qui représente la maladie chronique la plus répandue en France(7). Ainsi en 2023 la France comptait 17 millions d'adultes hypertendus, soit un adulte sur trois. L'hypertension artérielle est asymptomatique dans la vaste majorité des cas et on estime que 6 millions de patients seraient hypertendus sans le savoir. Seule la moitié des patients hypertendus prennent un traitement pharmacologique antihypertenseur, et seul un quart d'entre eux présentent une tension artérielle contrôlée(8). Bien que la prise en charge de l'hypertension artérielle ait fait la preuve de son efficacité pour réduire la morbimortalité cardiovasculaire et améliorer la qualité de vie des patients(9), elle reste sous-diagnostiquée et sous-traitée.

Le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle représentent donc un enjeu de santé publique majeur à l'échelle nationale et mondiale. Ils présentent également des

enjeux financiers importants puisque le marché français des antihypertenseurs représentait 2 milliards d'euros en 2010(10), soit 10% du marché du médicament extra-hospitalier, et que le marché mondial du médicament antihypertenseur est en augmentation constante.

L'hypertension artérielle est donc le sujet d'un volume de littérature scientifique important et en constante augmentation : 20 000 article sur la seule année 2024 sont recensés sur la plateforme Pubmed, contre 10 000 sur l'année 2004. Pourtant, la prise en charge thérapeutique ne fait pas consensus dans la communauté médicale et scientifique. Si les différentes instances nationales et internationales s'accordent généralement sur le diagnostic et la prise en charge non médicamenteuse de l'hypertension artérielle, les objectifs thérapeutiques et les modalités de prise en charge pharmacologiques peuvent varier d'une société savante à l'autre. La tendance est toutefois à l'intensification du traitement pharmacologique, avec une diminution des objectifs tensionnels chez certaines populations à risque cardiovasculaire élevé et l'importance de la bithérapie antihypertensive comme traitement de première intention du patient hypertendu.

Ainsi, les recommandations de l'European Society of Cardiology (ESC) publiées en août 2024(11) renforcent la place de la bithérapie antihypertensive en préconisant son utilisation d'emblée chez tout patient présentant une pression artérielle supérieure à 135/85mmHg, rejoignant les précédentes recommandations de la Société Française d'Hypertension (SFHTA) et de l'International Society of Hypertension (ISH) de 2020(12). Les arguments avancés en faveur de la bithérapie sont les suivants : elle

améliorerait l'adhésion thérapeutique et l'observance, permettrait un contrôle tensionnel plus rapide et plus durable et une diminution de la morbidité cardiovasculaire plus importante, présenterait moins d'effets indésirables qu'une monothérapie à effet équivalent, et diminuerait l'inertie thérapeutique en cas d'hypertension insuffisamment contrôlée. Il est important de souligner, comme le font les auteurs, que ces données sont issues exclusivement d'études rétrospectives observationnelles. Il n'y a pas d'essai clinique randomisé contrôlé de qualité et de force suffisante pour affirmer avec certitude la supériorité de la bithérapie sur la monothérapie en première intention(13).

Si ces recommandations sont issues de sociétés de cardiologie, l'hypertension artérielle essentielle est majoritairement une pathologie de médecine générale : parmi les Français ayant un diagnostic d'hypertension artérielle, 93% ont consulté un médecin généraliste au moins une fois dans l'année mais seuls 11,4% ont consulté un cardiologue au moins une fois dans l'année(14). L'hypertension artérielle constitue l'un des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale(15).

De nombreuses études ont été réalisées sur l'évaluation de la prise en charge de l'hypertension artérielle par les médecins généralistes en France et dans le monde. Celles-ci tendent à montrer que la pratique des médecins généraliste est cohérente avec les recommandations en ce qui concerne les modalités de diagnostic, la prise en charge hygiéno-diététiques et le choix des classes pharmacologiques antihypertensives. Les principaux points de divergence entre recommandations et pratiques sont la réalisation d'un électrocardiogramme dans le bilan initial, et l'utilisation de la bithérapie d'emblée :

d'après les dernières données épidémiologiques françaises, 44% des patients hypertendus traités le sont par une monothérapie(16).

La présente étude avait donc pour objectif de décrire la place de la bithérapie anti-hypertensive dans la pratique des médecins généralistes de notre subdivision (Maine et Loire, Mayenne et Sarthe) et d'identifier les facteurs et arguments qui sous-tendent le choix de la thérapie antihypertensive.

Les objectifs secondaires étaient :

- Identifier les sources de réactualisation des connaissances (formation continue) sur l'hypertension artérielle, et de mesurer l'impact potentielle de celle-ci sur l'adhésion aux recommandations.
- Répertorier les facteurs qui entrent en jeu dans la décision thérapeutique et les potentiels freins à l'introduction d'une bithérapie.
- Recueillir l'avis des médecins généralistes sur la faisabilité de l'application de ces recommandations en exercice clinique réel.

MÉTHODES

1. Caractéristiques de l'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive quantitative et transversale.

2. Population étudiée

La population étudiée était l'ensemble des médecins généralistes installés et Maîtres de Stage Universitaires (MSU) de deuxième et troisième cycles dans les départements de la subdivision d'Angers : soit le Maine et Loire, la Mayenne et la Sarthe. La population cible était de 510 médecins.

L'inclusion était réalisée par envoi du questionnaire par mail à tous les médecins inscrits à la scolarité de la faculté de médecine en tant que MSU.

3. Élaboration du questionnaire

La recherche bibliographique sur les connaissances actuelles en matière de traitement de l'hypertension artérielle nous a permis de recueillir les recommandations françaises et internationales et d'élaborer notre questionnaire.

Les questions étaient au nombre de 22, réparties en trois parties successives :

- La première partie recensait les caractéristiques démographiques des médecins répondants : genre, âge, lieu et durée d'installation, activité de formation continue sur l'hypertension artérielle.
- La deuxième partie recueillait leur attitude diagnostique et thérapeutique lors de la découverte d'une hypertension artérielle : mesures répétées, utilisation de l'auto-

mesure tensionnelle à domicile, évocation des règles hygiéno-diététiques, choix et modalités du traitement pharmacologique.

- La dernière partie visait à décrire leur attitude thérapeutique en cas d'hypertension insuffisamment contrôlée malgré un traitement médicamenteux initial bien conduit. Il leur était également demandé d'évaluer la faisabilité des recommandations de l'ESC.

La durée de passation du questionnaire était de moins de 5 minutes.

Toutes les questions étaient obligatoires. Les répondeurs devaient répondre à chaque question avant de voir apparaître la question suivante.

Certaines questions étaient conditionnées par la réponse donnée aux questions précédentes : ainsi un médecin déclarant prescrire systématiquement une monothérapie ne répondait par la suite qu'à des questions portant sur le choix et l'adaptation de la monothérapie, et non sur le choix de la bithérapie.

Le questionnaire a été testé par le directeur de thèse ainsi que par un autre médecin généraliste avant diffusion.

Le questionnaire est visible en annexe.

4. Recueil des données

La plateforme utilisée pour la diffusion du questionnaire était Limesurvey, un logiciel d'enquête statistique, de sondage, et de création de formulaires en ligne.

La diffusion s'est faite via les mailing listes de la scolarité de la Faculté de Médecine d'Angers.

Les réponses ont été recueillies entre le 19/11/2024 et le 29/11/2024.

Seules les réponses complètes ont été prises en compte.

5. Analyse des données

Des analyses statistiques descriptives ont été réalisées au moyen du logiciel de calcul intégré à la plateforme LIMESURVEY.

RÉSULTATS

1. Population étudiée effective

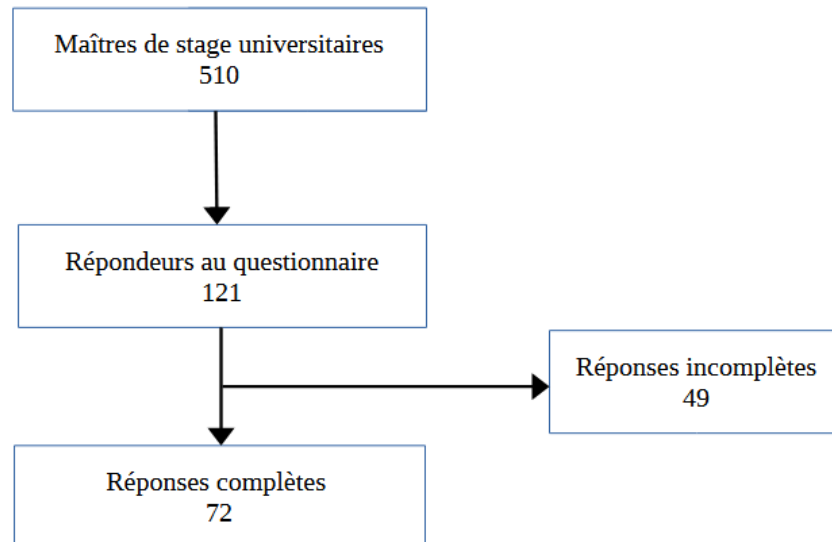


Figure 1: organigramme de flux de la population de l'étude

2. Profil des participants

2.1. Caractéristiques démographiques

55% des médecins ayant répondu à l'étude étaient des femmes. L'âge moyen était de 40 ans, l'âge médian de 45 ans.

Les médecins travaillaient plus souvent dans le Maine et Loire (54%) qu'en Mayenne ou en Sarthe (respectivement 22 et 23%). Tous les milieux d'exercice étaient représentés en proportions similaires : 29% travaillent en milieu urbain, 40% en milieu semi-rural, 30% en milieu rural.

La durée moyenne d'installation était de 10 ans (entre 0 et 42 ans).

2.2. Antécédent de formation continue

Un peu moins de la moitié (47%) des participants avaient déjà réalisé au moins une formation continue sur la prise en charge de l'hypertension artérielle. C'était le cas de 70% des femmes et 47% des hommes. Le fait d'avoir réalisé une formation était également corrélé avec la durée d'installation : les médecins ayant réalisé une formation continue étaient installés depuis 15 ans en moyenne, contre 6 ans pour ceux n'ayant pas fait de formation. Le milieu d'exercice urbain était également corrélé à une plus forte probabilité d'avoir réalisé une formation.

Ces formations étaient, par ordre de fréquence : des formations proposées par des organismes de formation médicale agréés (28%), des congrès de médecine générale (26%) ou de cardiologie (20%), des groupes de formation locale (17%) ou des recherches bibliographiques personnelles (17%). Seuls 5% des participants avaient reçu des visiteurs médicaux ou participé à des formations organisées par l'industrie pharmaceutique, en parallèle d'autres formations.

Les formations étaient réalisées majoritairement par des cardiologues (65%) puis par des médecins généralistes (43%). Un des participants a également déclaré avoir suivi une formation animée par un néphrologue.

3. Attitude clinique devant une découverte d'hypertension artérielle

3.1. Attitude diagnostique

Lors d'une découverte au cabinet d'une hypertension artérielle, l'attitude diagnostique et thérapeutique variait en fonction de la sévérité perçue de l'hypertension artérielle.

Ainsi dans le cas d'une hypertension inférieure à 160 /110 mmHg (anciennement hypertension artérielle de grade 1), aucun des médecins ne proposait de traitement médicamenteux d'emblée. Le diagnostic était posé en cas de présence d'hypertension artérielle lors de deux consultations au moins (18%) ou en cas de confirmation d'hypertension artérielle par des automesures à domicile (82% des cas).

En revanche, 18% des médecins affirmaient le diagnostic sur une seule mesure au cabinet si la tension artérielle est supérieure à 180mmHg. Dans ce dernier cas, un traitement médicamenteux était introduit sans attendre une éventuelle efficacité des modifications hygiéno-diététiques dans 88% des cas.

Tableau I : Attitude diagnostique et thérapeutique en fonction des chiffres tensionnels.
Les résultats sont exprimés en pourcentage des réponses données.

	140/90 < TA < 150/90	150/90 < TA < 160/100	160/100 < TA < 170/100	170/100 < TA < 180/110	180/110 < TA
Traitement d'emblée	0	0	5,48	17,81	65,75
Traitement si HTA confirmée par mesures répétées au cabinet	0	0	9,59	31,51	5,48
Traitement si HTA confirmée par mesures répétées au cabinet et échec des RHD	2,74	10,96	19,18	4,11	0
Traitement si HTA confirmée par automesures à domicile	17,81	53,42	47,95	38,36	23,29
Traitement si HTA confirmée par automesures et échec des RHD	79,45	35,62	17,81	8,22	5,48

3.2. Attitude thérapeutique

3.2.1. Règles hygiéno-diététiques

Le traitement de première intention reposait sur les règles hygiéno-diététiques dans un peu moins de la moitié (47%) des cas. Un médecin a précisé en commentaire libre que les règles hygiéno-diététiques seules n'étaient qu'exceptionnellement suffisantes d'après son expérience.

3.2.2. Choix d'une bithérapie ou d'une monothérapie

La majorité des médecins prescrivaient exclusivement (40%) ou préférentiellement (43%) une monothérapie antihypertensive en première intention. Seul un médecin a déclaré prescrire toujours une bithérapie en première intention.

Parmi les médecins qui choisissaient de prescrire soit une monothérapie soit une bithérapie, les facteurs avancés comme pouvant influencer la décision étaient principalement le grade de l'hypertension artérielle et la santé globale du patient (âge physiologique et risque cardiovasculaire global). La présence d'une hypotension orthostatique, d'une polymédication, et le caractère symptomatique ou non de l'hypertension étaient également avancés.

Les données de l'étude montrent que le choix était également influencé par les formations réalisées par les médecins : les médecins ayant assisté à des formations continues étaient plus susceptibles de prescrire une bithérapie (figure 2).

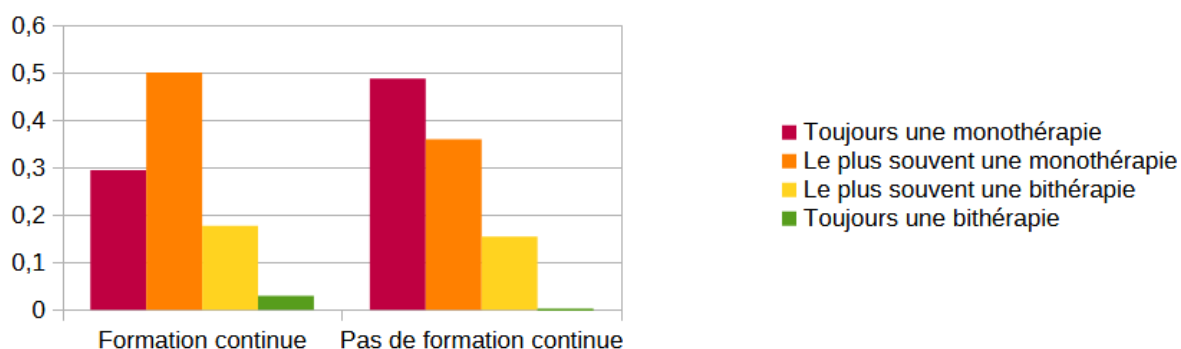


Figure 2: choix du type de thérapie en fonction de la réalisation de formation continue sur l'hypertension artérielle

Il existait cependant de grandes disparités dans les attitudes thérapeutiques selon le type de formation réalisée. Les médecins les plus susceptibles de prescrire une bithérapie étaient ceux ayant assisté à des congrès de cardiologie, puis ceux ayant assisté à des congrès de médecine générale.

Les médecins formés via des groupes de pair ou de formation locale et qui se formaient par recherche bibliographique étaient au contraire moins susceptibles de prescrire des bithérapies que la moyenne (Figure 3).

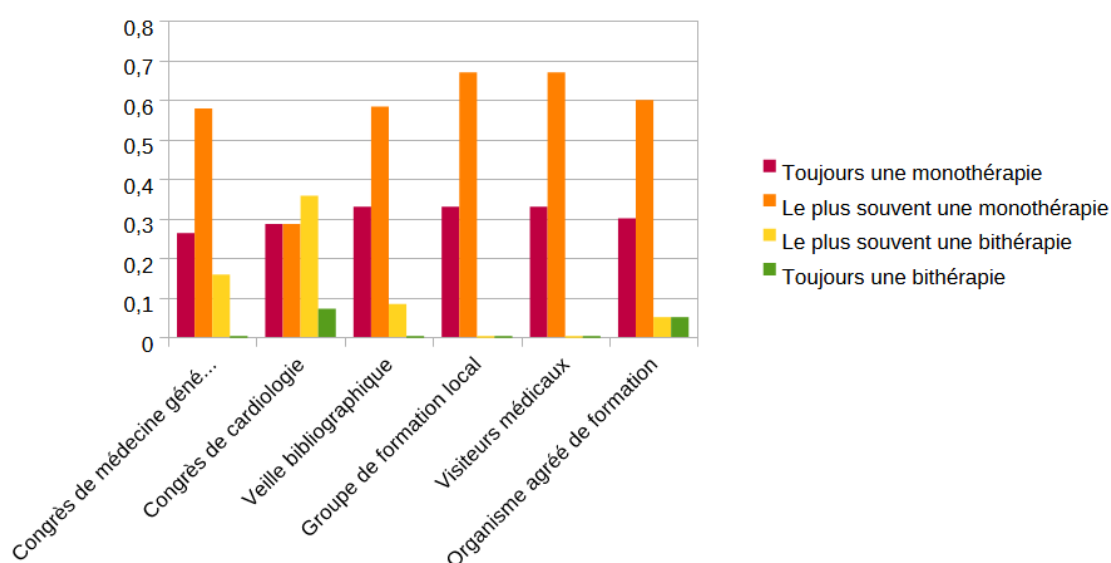


Figure 3: choix du type de thérapie en fonction du type de formation reçu

Le milieu d'exercice influençait également le recours à la bithérapie : les médecins exerçant en milieu urbain étaient plus susceptibles de prescrire des bithérapies que ceux qui exercent en milieu semi-urbain ou rural (Figure 4). Les autres caractéristiques démographiques (âge et genre) ne semblaient pas avoir d'influence. A noter que le milieu d'exercice était directement corrélé à la probabilité d'avoir réalisé une formation continue (les médecins pratiquant en milieu urbain étaient plus susceptibles de se former).

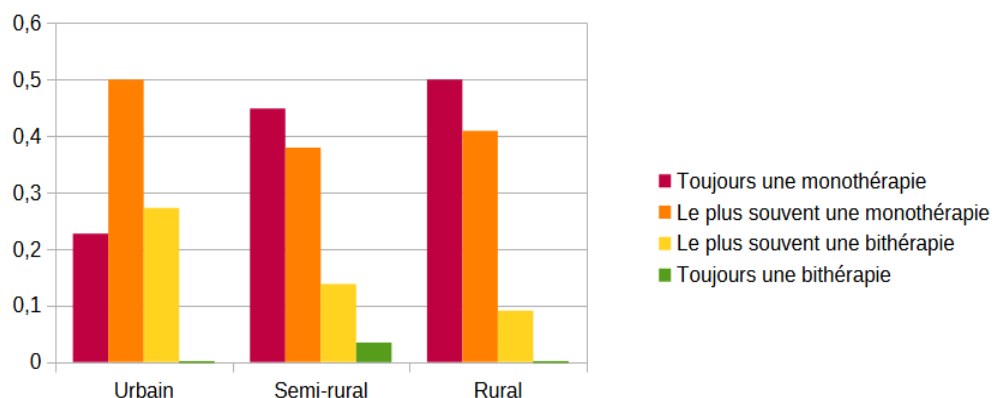


Figure 4: choix du type de thérapie en fonction du milieu d'exercice

3.2.3 Classes médicamenteuses utilisées

Lors de l'initiation d'une monothérapie, les molécules de choix étaient par ordre de préférence : les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), les inhibiteurs calciques (IC), les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARA2), puis les diurétiques thiazidiques. Bien que les ARA2 et les diurétiques thiazidiques fassent partie des classes médicamenteuses recommandées en première intention, respectivement 30 et 50% des médecins disaient ne jamais les prescrire en première intention.

Parmi les classes médicamenteuses qui ne sont pas ou plus recommandées en première intention, les diurétiques épargneurs de potassium et les antihypertenseurs centraux étaient très rarement prescrits. En revanche, un quart (26%) des médecins disaient prescrire « parfois » un bêta-bloquant en première intention.

Lors de l'initiation d'une bithérapie, les combinaisons prescrites étaient dans l'ordre : un IEC et un inhibiteur calcique, un IEC et un diurétique thiazidique, un ARA2 et un diurétique thiazidique, un ARA 2 et un inhibiteur calcique. L'association diurétique thiazidique et inhibiteur calcique était très peu prescrite en première intention.

Le choix des classes médicamenteuses restait donc le même indépendamment de la prescription d'une mono ou d'une bithérapie.

3.3. Intensification du traitement et inertie thérapeutique

Les médecins prescrivant exclusivement des monothérapies les initiaient majoritairement à la posologie la plus basse possible (79%) ou à posologie intermédiaire (21%). Lorsque cette monothérapie s'avérait insuffisante, ils choisissaient généralement d'augmenter la posologie de la monothérapie (64% des cas) plutôt que de passer à une bithérapie (29 % des cas).

En revanche, les médecins qui prescrivaient soit une monothérapie soit une bithérapie en première intention proposaient plus souvent des posologies intermédiaires (58%) lors qu'ils optaient pour une monothérapie. Par la suite, si la tension était insuffisamment contrôlée sous monothérapie à faible dose, ils passaient à une bithérapie (50%) plus souvent qu'ils n'augmentaient la posologie (45%).

Lors de l'initiation d'une bithérapie, les médecins choisissaient majoritairement les formes combinées (46% les prescrivent systématiquement, 46 % les prescrivent plus souvent que les formes non combinées.) Ils prescrivaient à la posologie la plus faible possible pour la très grande majorité d'entre eux (80%).

Lorsque la bithérapie à faible dose s'avérait insuffisante, ils préféraient majoritairement (80%) augmenter la posologie d'un seul des deux principes actifs.

3.4. Réévaluation clinique

La réévaluation après prescription initiale était homogène indépendamment des habitudes de prescription : les médecins réévaluaient pour la plupart les patients après 2 à 8 semaines de traitement lorsque la tension initiale était inférieure à 170/105, et après 2 semaines de traitement ou moins lorsque la tension initiale était supérieure à 180/100.

4. Évaluation de la pertinence des recommandations par les médecins généralistes

A l'issue des questions sur leurs pratiques, un résumé des dernières recommandations publiées par l'ESC en août 2024 était donné par le texte suivant :

« Pour référence, les recommandations 2024 de l'ESC rejoignent celles de de la SFHTA de 2023 en préconisant de traiter toute hypertension artérielle au-delà de 140/90mmHg par une bithérapie d'emblée, hormis populations particulières (patients de plus de 85 ans ou fragiles, hypotension orthostatique). Elles préconisent également d'envisager une monothérapie antihypertensive chez les patients présentant une TA entre 120/70 et 140/90, en fonction de leur risque cardiovasculaire global. »

Il était ensuite demandé aux médecins d'évaluer la pertinence et la faisabilité de ces recommandations en pratique clinique. La réponse était donnée par un gradient numérique de 1 (pas du tout adapté, pas du tout réalisable) à 5 (tout à fait adapté, tout à fait réalisable)(Figure 5).

La moyenne des réponses se situait à 2,78, soit dans la zone « peu adapté, peu réalisable ». Seuls 4% des médecins estimaient que les recommandations étaient tout à fait adaptées, contre 12% qui ne les jugeaient pas du tout adaptées ou non réalisables.

Les femmes et les médecins exerçant en milieu rural étaient plus critiques vis-à-vis des recommandations.

Le fait d'avoir réalisé une formation continue sur l'hypertension artérielle rendait plus favorable aux dernières recommandations, avec de grandes disparités selon le type de formation : les médecins ayant assisté à des congrès de cardiologie étaient les plus favorables aux nouvelles recommandations tensionnelles (moyenne des réponses à 3,21), suivis de ceux ayant réalisé des formations par des organismes de formation médicale continue agréés (2,9).

A l'inverse, les médecins s'étant formés via des groupes de pair ou de formation locaux étaient nettement moins favorables aux nouvelles recommandations (2,42). Les médecins qui se formaient par recherches bibliographiques étaient très légèrement moins favorables aux recommandations (2,67) que la moyenne.

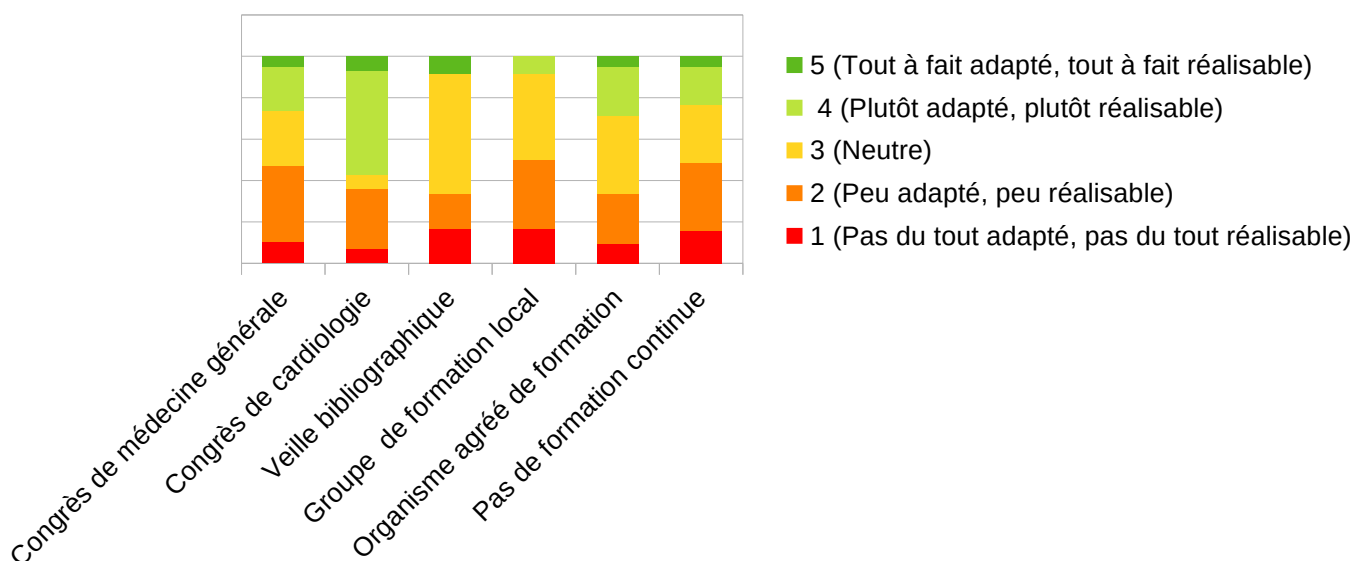


Figure 5: évaluation de l'applicabilité des recommandation en pratique, en fonction des formations réalisées

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Synthèse des résultats

Les résultats à retenir de notre étude sont les suivants :

- Les médecins généralistes posaient le diagnostic d'hypertension artérielle essentielle devant des automesures tensionnelles supérieures à 135/85mmHg ou, à défaut, lors de plusieurs mesures de tension au cabinet supérieures à 140/90mmHg.
- Les règles hygiéno-diététiques seules n'étaient privilégiées comme traitement de première intention que dans un peu moins de la moitié des cas. Le traitement pharmacologique de première intention était une monothérapie dans la majorité des cas. Les classes médicamenteuses privilégiées étaient les IEC, les IC, les ARA2 et les diurétiques thiazidiques.
- La réévaluation clinique des patients avait lieu dans le mois en cas d'hypertension artérielle inférieure à 180/110mmHg, dans les deux semaines dans le cas inverse.
- Les principaux facteurs favorisant l'utilisation de la bithérapie étaient le milieu d'exercice urbain et le fait d'avoir assisté à des congrès de cardiologie ou de médecine générale. *A contrario*, le fait de prendre part à des groupes de formations locaux ou de se tenir informé sur la littérature médicale relative à l'hypertension artérielle était associé à un plus faible taux de prescription de bithérapie.
- Les nouvelles recommandations (bithérapie et objectifs tensionnels) étaient jugées peu réalisables par les médecins généralistes. L'adhésion aux recommandations était modulée par les mêmes facteurs que la prescription de bithérapie : les médecins ayant assisté à des congrès de cardiologie ou de médecine générale étaient plus favorables aux recommandations, alors que le fait de prendre part à des groupes de formation

locaux ou de se tenir informé sur la littérature médicale relative à l'hypertension artérielle était associé à une posture plus critique envers les recommandations.

- Les médecins qui étaient enclins à prescrire des bithérapies étaient moins sujets à l'inertie clinique, y compris lorsqu'ils optaient pour une monothérapie.

2. Forces et limites de l'étude

Notre étude fait partie des premières à comparer les pratiques cliniques des médecins généralistes avec les dernières recommandations de l'ESC, qui sont très récentes (août 2024). Jusque-là, il existait plusieurs recommandations différentes et assez hétérogènes issues de l'ESC et de l'ISHTA, il était donc difficile d'utiliser l'une ou l'autre de ces instances comme référence opposable universelle. L'homogénéisation et la simplification des recommandations permet donc de plus facilement mesurer son application en pratique et d'étudier les freins à cette application.

La population cible de notre étude était celle des Maîtres de Stage Universitaire de deuxième cycle et de troisième cycle de médecine générale, population différente de la population de médecins généralistes installés en cabinet libéral. Il y avait donc un biais de recrutement dans le design de l'étude : les MSU sont plus jeunes que la moyenne des médecins généralistes français et l'exercice rural est sur-représenté chez eux(17). Cependant, des études ont montré que leur patientèle et leurs pratiques sont représentatives de la population de médecine générale française et de la pratique de la médecine générale française et qu'il n'y a pas de différence significative dans leur recours à la formation continue(18).

Le taux de participation au questionnaire était de 24 % sur une fenêtre temporelle restreinte (10 jours). Cela montre un intérêt des médecins généralistes pour le sujet. Plusieurs des participants ont d'ailleurs demandé à être tenus au courant des résultats de l'étude, que l'un d'entre eux a qualifiée de sujet « très actuel pour la médecine générale ».

Malheureusement, un défaut de formatage des questions qui compliquait la passation du questionnaire sur téléphone mobile (par opposition à la passation sur un ordinateur) a limité la progression de 49 des réponses, qui étaient incomplètes et n'ont donc pas pu être prises en compte dans l'étude. La population étudiée effective était donc de $n = 72$, soit 14% de la population cible.

La population étudiée était comparable à la population de médecine générale française en terme de répartition de genre. Elle était légèrement plus jeune : l'âge moyen était de 40 ans, contre 50 ans dans la population des médecins généralistes français. L'exercice urbain était légèrement sous-représenté(19).

Comme pour toute étude quantitative dont le taux de réponse n'est pas de 100%, il y a un biais d'auto-sélection des participants : les médecins qui participent à l'étude sont plus susceptibles d'être ceux que le sujet intéresse, et qui actualisent régulièrement leurs connaissances dessus. Il existe également comme dans toute étude de ce type un biais déclaratif : en l'absence de vérification extérieure il est possible que les réponses données aux questionnaires puissent différer de la pratique réelle du médecin interrogé.

3. Interprétation

3.1. Concordance variable entre recommandations et pratiques

L'attitude diagnostique des médecins généralistes lors de la découverte d'une hypertension artérielle était en accord avec les recommandations relatives aux modalités de diagnostic de l'hypertension artérielle. Le diagnostic requérait une confirmation par automesures tensionnelles dans la très grande majorité des cas ou, à défaut, une confirmation par mesures répétées sur plusieurs consultations. Ce taux élevé de recours à l'automesure tensionnelle, considéré comme le *gold standard* du diagnostic de l'HTA, est à souligner car il existe de nombreux freins à l'utilisation de cette méthode diagnostique notamment chez les patients (20).

Cependant, cette adhésion aux critères diagnostiques sera peut-être à nuancer à l'avenir quant au diagnostic de « pression artérielle élevée sans hypertension artérielle ». Cette notion déjà utilisée dans les recommandations américaines de 2017 apparaît dans les nouvelles recommandations de l'ESC, où elle est définie par une pression artérielle mesurée entre 120/70mmHg et 140/90mmHg au cabinet médical. L'association de pression artérielle élevée sans hypertension et d'un risque cardiovasculaire élevé doit alors faire envisager un traitement pharmacologique selon l'ESC, avec un objectif tensionnel inférieur à 130/80mmHg au cabinet médical. Ces recommandations sont jugées comme peu souhaitables et/ou peu applicables par les médecins interrogés dans notre étude.

Des inquiétudes peuvent être soulevées sur l'implication de l'industrie pharmaceutique dans la recherche et le risque de *disease mongering*. Le *disease mongering* est une

expression anglaise désignant des pratiques de firmes pharmaceutiques consistant à inventer des maladies ou élargir les frontières diagnostiques de maladies existantes dans le champ médical, tout en y sensibilisant les patients, afin d'élargir le marché de certains médicaments(21). De la même manière que la notion de « pré-diabète » a émergé depuis quelques années avec élargissement des indications de prescription de Metformine dans certains pays malgré un bénéfice incertain(22), l'élargissement du cadre nosographique de l'hypertension artérielle implique l'élargissement des indications de traitement et donc un risque d'augmentation de la iatrogénie. Un des médecins ayant répondu à notre étude souligne d'ailleurs le risque d'hypotension artérielle en cas d'application de ces nouvelles recommandations.

En ce qui concerne l'attitude thérapeutique, l'adhésion aux recommandations était variable avec une faible concordance sur deux éléments : l'amélioration des règles hygiéno-diététiques et l'utilisation de la bithérapie.

Les règles hygiéno-diététiques seules étaient peu utilisées comme traitement de première intention, et l'étaient d'autant moins que les chiffres de pression artérielle initiale étaient élevés. Un des médecins nous a signalé que dans son expérience clinique, les règles hygiéno-diététiques seules étaient très rarement suffisantes.

Quant au traitement pharmacologique, le choix de classe médicamenteuse était en accord avec les recommandations. En revanche, le recours à la bithérapie était bien inférieur à ce qui est recommandé actuellement.

Plusieurs éléments peuvent être avancés pour expliquer les variations importantes entre recommandations et pratiques. D'une part, il existe de nombreuses sociétés savantes

et instances nationales et internationales dont les recommandations en matière thérapeutique peuvent parfois être contradictoires, notamment chez les populations fragiles(23).

D'autre part, les recommandations sont actualisées à une fréquence élevée, rendant plus difficile le fait de maintenir ses connaissances à jour. Un des médecins de notre étude a d'ailleurs écrit un commentaire en ce sens. Les données de l'étude appuient également cet argument puisque les médecins qui avaient actualisé leurs connaissances sur la prise en charge de l'hypertension artérielle par des formations continues étaient plus susceptibles de prescrire des bithérapies.

3.2. Un regard critique sur les recommandations

Le manque de formation ou de connaissance des recommandations ne peut cependant pas être avancé comme seule explication quant au faible recours à la bithérapie. En effet, dans notre étude 47% de médecins avaient bénéficié de formation continue mais 83% n'utilisaient pas la bithérapie comme traitement de choix. On constate donc que le taux de recours à la bithérapie restait faible même chez les médecins qui avaient choisi de se former sur le sujet.

Il est intéressant de se pencher sur les variations d'attitude thérapeutique en fonction du type de formation réalisée : le recours à la bithérapie était plus élevé chez les médecins ayant suivi des congrès sur l'hypertension artérielle, mais moins élevé chez les médecins appartenant à des groupes de formation locaux ou se formant par recherches bibliographiques personnelles. Les variations entre médecins formés et

médecins non formés sont bien moins importantes que les variations entre les différents types de formation suivies par les médecins.

Le type de formation réalisée est également déterminant dans la perception des recommandations : de manière similaire, les médecins ayant assisté à des congrès sur l'hypertension artérielle se déclaraient plus favorables aux nouvelles recommandations que la moyenne, alors que les médecins se formant dans les groupes de formation locaux ou par veille bibliographique étaient moins favorables aux recommandations. L'adhésion aux recommandations restait cependant faible chez tous les groupes de médecins.

L'attitude thérapeutique des médecins généraliste en pratique est donc cohérente avec leur adhésion théorique aux recommandations, et le principal facteur limitant le recours à la bithérapie n'est pas un manque de connaissance, mais plutôt les sources dont les médecins tirent leurs connaissances.

3.3. Evidence-Based Medicine (EBM), observance et santé publique

L'Evidence-Based Medicine est définie comme l'intégration dans la décision médicale de trois éléments : les données de la science, l'expérience clinique du médecin, et les préférences du patient.

Or, « recommandations de bonnes pratiques » n'est pas synonyme de « données de la science ». Les recommandations émises par les sociétés savantes sont hiérarchisées en

plusieurs classes ou grades en fonction de la qualité des études et donc de la fiabilité des données sur lesquelles elles reposent.

Les recommandations ESC 2024 relatives au diagnostic de l'HTA sont toute des recommandations de classe I (« *is recommended* »), qui reposent sur des méta-analyses ou des essais cliniques randomisés de de bonne qualité. Il en va de même pour les recommandations spécifiant les classes médicamenteuses à privilégier.

La recommandation portant sur le caractère systématique du recours à la bithérapie est également une recommandation de classe I. Or elle repose uniquement sur des données observationnelles et devrait donc être une recommandation de classe IIa (« *should be considered* »), comme le disent eux-même les rapporteurs des recommandations.

Il est donc légitime de ne pas considérer cette recommandation comme absolue ou de souhaiter attendre des données scientifique à long terme avant de l'appliquer ; attitude adoptée d'ailleurs par l'équivalent britannique de la HAS, le National Institute for Health and Care Excellence(24).

Par ailleurs, les données de la science doivent être modulées par l'expérience du médecin en fonction des spécificités de sa patientèle, de l'offre de soin sur son territoire... Les recommandations laissent d'ailleurs une part d'interprétation qui peut être subjective, notamment sur la notion de patient « fragile » chez qui la bithérapie ne doit pas être prescrite en première intention. De même, le critère d'âge chronologique situé à 85 ans peut sembler arbitraire et doit être modulé selon l'état de santé global du patient, avec là aussi place pour de la subjectivité dans l'évaluation clinique. L'âge

physiologique était bien plus pris en compte par les médecins de notre étude que l'âge chronologique.

Enfin, une prescription médicamenteuse n'est efficace que si elle est observée. L'inobservance médicamenteuse est un des facteurs limitants majeurs de la prévention cardiovasculaire. Le modèle de l'observance thérapeutique tel que théorisé par l'OMS(25) repose sur cinq grands groupes de facteurs:

- 1) Des facteurs socio-économiques.
- 2) Des facteurs liés au patient lui-même (caractéristiques démographiques, facteurs émotionnels et cognitifs).
- 3) Des facteurs liés aux système de soin et aux professionnels de santé (notamment la relation avec le médecin, la durée des consultations, le niveau d'explication reçu lors des consultations).
- 4) Des facteurs liés à la pathologie elle-même (caractère symptomatique ou non, représentations de la pathologie).
- 5) Des facteurs liés au traitement (mode et fréquence de la prise, effets indésirables...)

Les médecins peuvent agir sur les trois derniers groupes de facteurs. Les leviers possibles qui ont montré une amélioration de la prise en charge des patients sont notamment l'amélioration de la communication médicale et l'éducation thérapeutique, l'association du patient à la prise de décision, l'évaluation régulière de l'observance et la flexibilité dans les objectifs visés et les moyens d'y parvenir(26).

Ces interventions requièrent du temps et des moyens économiques, et ne sauraient se substituer à des politiques de santé publique à grande échelle : éducation à la santé et à l'alimentation, politiques d'urbanisme favorisant la marche plutôt que l'utilisation systématique de la voiture, promotion de l'activité physique chez toutes les classes d'âge, diminution de l'influence des lobbies du tabac et de l'alcool...

4. Conclusion

Notre étude montre que le recours à la bithérapie antihypertensive par les médecins généralistes reste faible malgré l'élargissement des recommandations allant en ce sens. Ce faible recours ne semble pas tant s'expliquer par un manque de connaissance sur la prise en charge de l'hypertension artérielle que par un manque d'adhésion aux recommandations, avec un regard critique porté sur leur applicabilité pratique et les effets indésirables encourus. Des données scientifiques plus robustes sur la supériorité de la bithérapie pourraient augmenter son utilisation par les médecins.

BIBLIOGRAPHIE

1. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 28 sept 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
2. Li Y, Cao GY, Jing WZ, Liu J, Liu M. Global trends and regional differences in incidence and mortality of cardiovascular disease, 1990-2019: findings from 2019 global burden of disease study. *Eur J Prev Cardiol*. 14 févr 2023;30(3):276-86.
3. Phelps NH, Singleton RK, Zhou B, Heap RA, Mishra A, Bennett JE, et al. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*. 16 mars 2024;403(10431):1027-50.
4. Khan MAB, Hashim MJ, King JK, Govender RD, Mustafa H, Al Kaabi J. Epidemiology of Type 2 Diabetes – Global Burden of Disease and Forecasted Trends. *J Epidemiol Glob Health*. mars 2020;10(1):107-11.
5. Zhou B, Bentham J, Cesare MD, Bixby H, Danaei G, Cowan MJ, et al. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19·1 million participants. *The Lancet*. 7 janv 2017;389(10064):37-55.
6. Strain T, Flaxman S, Guthold R, Semanova E, Cowan M, Riley LM, et al. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5·7 million participants. *Lancet Glob Health*. 1 août 2024;12(8):e1232-43.
7. Vallée A, Gabet A, Grave C, Sorbets E, Blacher J, Olié V. Patterns of hypertension management in France in 2015: The ESTEBAN survey. *J Clin Hypertens*. 24 févr 2020;22(4):663-72.
8. Valérie Olié¹ (valerie.olie@santepubliquefrance.fr), Clémence Grave¹, Amélie Gabet¹, Édouard Chatignoux¹, Arnaud Gautier¹, Christophe Bonaldi¹. L'épidémiologie de l'hypertension artérielle en France : prévalence élevée et manque de sensibilisation de la population. [cité 28 sept 2024]; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/l-epidemiologie-de-l-hypertension-arterielle-en-france-prevalence-elevee-et-manque-de-sensibilisation-de-la-population>
9. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *The Lancet*. 14 déc 2002;360(9349):1903-13.

10. Khamsing WT, Juillard-Condât B. Comparaison des ventes de médicaments antihypertenseurs dans cinq pays européens en 2009. *Rev Fr Aff Soc.* 17 déc 2013; (3):88-107.
11. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO). *Eur Heart J.* 30 août 2024;ehae178.
12. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertens Dallas Tex* 1979. juin 2020;75(6):1334-57.
13. Garjón J, Saiz LC, Azparren A, Gaminde I, Ariz MJ, Erviti J. First-line combination therapy versus first-line monotherapy for primary hypertension. *Cochrane Database Syst Rev.* 6 févr 2020;2(2):CD010316.
14. Vallée A, Gabet A, Grave C, Sorbets E, Blacher J, Olié V. Patterns of hypertension management in France in 2015: The ESTEBAN survey. *J Clin Hypertens Greenwich Conn.* avr 2020;22(4):663-72.
15. LABARTHE G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 28 sept 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-consultations-et-visites-des-medecins-generalistes-un-essai-de>
16. Girerd X, Hanon O, Pannier B, Mourad JJ, Vaïsse B. [Determinants of controlled hypertension in patients treated with antihypertensive drugs in France: The French League Against Hypertension Survey (FLAHS 2015)]. *Ann Cardiol Angeiol (Paris).* juin 2016;65(3):219-22.
17. Letrilliart L, Rigault-Fossier P, Fossier B, Kellou N, Paumier F, Bois C, et al. Comparison of French training and non-training general practices: a cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 27 avr 2016;16:126.
18. Bouton C, Leroy O, Huez JF, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires: *Santé Publique.* 18 mars 2015;Vol. 27(1):59-67.
19. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.
20. Kronish IM, Kent S, Moise N, Shimbo D, Safford MM, Kynerd RE, et al. Barriers to conducting ambulatory and home blood pressure monitoring during hypertension screening in the United States. *J Am Soc Hypertens JASH.* sept 2017;11(9):573-80.

21. Shankar PR, Subish P. Disease mongering. *Singapore Med J.* avr 2007;48(4):275-80.
22. Madsen KS, Chi Y, Metzendorf MI, Richter B, Hemmingsen B. Metformin for prevention or delay of type 2 diabetes mellitus and its associated complications in persons at increased risk for the development of type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [cité 1 déc 2024];(12). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008558.pub2/full>
23. Hu K, Zhou G, Jiang M, Wei X, Yu J, Liu L, et al. Hypertension Treatment in Frail Older Adults: A Systematic Review and Appraisal of Guidelines. *Drugs Aging.* oct 2023;40(10):881-93.
24. Zhang ZY, Yu YL, Asayama K, Hansen TW, Maestre GE, Staessen JA. Starting Antihypertensive Drug Treatment With Combination Therapy: Controversies in Hypertension - Con Side of the Argument. *Hypertens Dallas Tex* 1979. 3 mars 2021;77(3):788-98.
25. Organization WH. Adherence to long-term therapies : evidence for action [Internet]. World Health Organization; 2003 [cité 1 déc 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
26. Ihm SH, Kim KI, Lee KJ, Won JW, Na JO, Rha SW, et al. Interventions for Adherence Improvement in the Primary Prevention of Cardiovascular Diseases: Expert Consensus Statement. *Korean Circ J.* 26 nov 2021;52(1):1-33.

LISTE DES FIGURES

Figure 1: organigramme de flux de la population de l'étude.....	xi
Figure 2: choix du type de thérapie en fonction de la réalisation de formation continue sur l'hypertension artérielle.....	xv
Figure 3: choix du type de thérapie en fonction du type de formation reçu.....	xv
Figure 4: choix du type de thérapie en fonction du milieu d'exercice.....	xvi
Figure 5: évaluation de l'applicabilité des recommandation en pratique, en fonction des formations réalisées.....	xx

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I Attitude diagnostique et thérapeutique en fonction des chiffres tensionnels.

Les résultats sont exprimés en pourcentage des réponses données.....xiii

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	III
INTRODUCTION.....	1
MÉTHODES.....	5
1. Caractéristiques de l'étude.....	5
2. Population étudiée.....	5
3. Élaboration du questionnaire.....	5
4. Recueil des données.....	6
5. Analyse des données.....	7
RÉSULTATS.....	8
1. Population étudiée effective.....	8
2. Profil des participants.....	8
2.1. Caractéristiques démographiques.....	8
2.2. Antécédent de formation continue.....	9
3. Attitude clinique devant une découverte d'hypertension artérielle.....	10
3.1. Attitude diagnostique.....	10
3.2. Attitude thérapeutique.....	11
3.2.1. Règles hygiéno-diététiques.....	11
3.2.2. Choix d'une bithérapie ou d'une monothérapie.....	11
3.2.3. Classes médicamenteuses utilisées.....	13
3.3. Intensification du traitement et inertie thérapeutique.....	14
3.4. Réévaluation clinique.....	15
4. Évaluation de la pertinence des recommandations par les médecins généralistes.....	15
DISCUSSION ET CONCLUSION.....	17
1. Synthèse des résultats.....	17
2. Forces et limites de l'étude.....	18
3. Interprétation.....	20
3.1. Concordance variable entre recommandations et pratiques.....	20
3.2. Un regard critique sur les recommandations.....	22
3.3. Evidence-Based Medicine (EBM), observance et santé publique.....	23
4. Conclusion.....	26
BIBLIOGRAPHIE.....	27
LISTE DES FIGURES.....	30
LISTE DES TABLEAUX.....	31
TABLE DES MATIÈRES.....	32
ANNEXES.....	I

ANNEXE : QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE

Partie A: Population de l'étude

A1. Veuillez préciser votre genre : *(QCU)*

- Féminin
- Masculin

A2. Veuillez préciser votre âge : *(réponse libre sous forme de donnée numérique > 18 et < 90 ans)*

A3. Dans quel département exercez-vous ? *(QCU)*

- Maine Et loire
- Mayenne
- Sarthe

A4. Comment qualifieriez-vous votre milieu d'exercice : *(QCU)*

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

A5. A quelle distance de votre cabinet se trouve le cardiologue le plus proche :

(QCU)

- Moins de 10 km
- Entre 10 et 30 km
- Plus de 30 km

A6. Depuis combien de temps êtes-vous installé ? *(réponse libre sous forme de donnée numérique (> 1 et < 50 ans)*

A7. Depuis votre installation, avez-vous réalisé des formations continues sur la

prise en charge de l'hypertension artérielle essentielle ? (QCU)

- Oui
- Non

[Uniquement pour les personnes ayant répondu "Oui" à la question A7] **A8. Quel(s) type(s)**

de formation avez-vous réalisé : (QCM)

- Veille bibliographique / recherches personnelles
- Visite médicale
- Formation organisée par un laboratoire pharmaceutique
- Formation organisée par un organisme de formation agréé (FAF, DPC...)
- Congrès de médecine générale
- Congrès de cardiologie ou d'hypertension artérielle
- Groupe de formation local
- Autre (précisez) : *(réponse libre sous forme de texte court)*

[Uniquement pour les personnes ayant répondu "Oui" à la question A7] **A9. Qui dispensait**

la ou les formation(s) : (QCU)

- Un cardiologue
- Un médecin généraliste
- Autre (précisez) : *(réponse libre sous forme de texte court)*

Partie B: Initiation de traitement antihypertenseur

B1. En cas de découverte d'hypertension artérielle lors d'une consultation, quelle conduite tenez-vous le plus souvent :

(question posée sous forme de tableau à double entrée)

	Si PA >140/90 et < 150/90	Si PA >150/90 et < 160/100	Si PA >160/100 et < 170/105	Si PA >170/105 et < 180/110	Si PA > 180/110
vous proposez un traitement médicamenteux d'emblée					
vous proposez un traitement médicamenteux si l'hypertension est présente lors d'au moins deux consultations					
vous proposez un traitement médicamenteux si l'hypertension est présente lors d'au moins deux consultations et après échec des mesures hygiéno-diététiques					
vous proposez un traitement médicamenteux si l'hypertension est confirmée par une automesure à domicile					
vous proposez un traitement médicamenteux si l'hypertension est confirmée par une automesure à domicile et après échec des règles hygiéno-diététiques					

B2. Lors de l'introduction d'un traitement médicamenteux, vous prescrivez : (QCU)

- Toujours une monothérapie
- Le plus souvent une monothérapie
- Le plus souvent une bithérapie
- Toujours une bithérapie

[Uniquement pour les personnes ayant déclaré prescrire soit une monothérapie soit une bithérapie à la question B2] **B3. Quels sont les facteurs qui vont influencer votre**

décision en faveur de la monothérapie ou de la bithérapie : (QCU)

- Le grade de l'HTA
- Le caractère symptomatique ou non de l'HTA
- L'âge chronologique du patient
- L'âge physiologique du patient
- Le risque cardiovasculaire global du patient
- La présence ou non d'une polymédication
- La présence ou non d'une hypotension orthostatique
- La facilité de recours à un cardiologue pour avis thérapeutique
- La possibilité de réévaluer rapidement ou non le patient en consultation
- Autre (précisez) : *(réponse libre sous forme de texte court)*

[Uniquement pour les personnes ayant déclaré prescrire une monothérapie dans tous ou certains cas à la question B2] **B4. Lors de l'introduction d'une monothérapie, vous prescrivez : (question posée sous forme de tableau à double entrée)**

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Un IEC				
Un ARA 2				
Un inhibiteur calcique				
Un bêta-bloquant				
Un diurétique thiazidique				
Un diurétique épargneur de potassium				
Un anti-hypertenseur central				

[Uniquement pour les personnes ayant déclaré prescrire une monothérapie dans tous ou certains cas à la question B2] **B5. En monothérapie, vous initiez le plus souvent le traitement :** (QCU)

- A la posologie la plus faible possible
- A une posologie intermédiaire
- A la posologie maximale

[Uniquement pour les personnes ayant déclaré prescrire une bithérapie dans tous ou certains cas à la question B2] **B6. Lors de l'introduction d'une bithérapie, vous prescrivez :**
(question posée sous forme de tableau à double entrée)

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Un IEC et un diurétique thiazidique				
Un IEC et un inhibiteur calcique				
Un ARA 2 et un diurétique thiazidique				

Un ARA 2 et un inhibiteur calcique				
Un diurétique thiazidique et un inhibiteur calcique				

Uniquement pour les personnes ayant déclaré prescrire une bithérapie dans tous ou certains cas à la question B2] **B7. Vous initiez le plus souvent cette bithérapie :** (QCU)

- A la posologie la plus faible possible
- A une posologie intermédiaire
- A la posologie maximale

Uniquement pour les personnes ayant déclaré prescrire une bithérapie dans tous ou certains cas à la question B2] **B8. Vous prescrivez une forme combinée / association fixe (deux principes actifs dans un unique comprimé) :** (QCU)

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

Partie C: Adaptation de traitement

C1. Après initiation d'un traitement et tant que la tension artérielle n'est pas à l'objectif, pour combien de temps prescrivez-vous le traitement avant de revoir le patient en consultation ? (question posée sous forme de tableau à double entrée)

	Si PA >140/90 et < 150/90	Si PA >150/90 et < 160/100	Si PA >160/100 et < 170/105	Si PA >170/105 et < 180/110	Si PA > 180/110
moins de deux semaines					
entre deux et quatre semaines					
entre un et deux mois					
entre deux et trois mois					
trois mois ou plus					

[Uniquement pour les personnes ayant déclaré prescrire une monothérapie dans tous ou certains cas à la question B2] **C2. En cas de tension artérielle insuffisamment contrôlée sous monothérapie à faible dose, comment choisissez-vous d'intensifier le traitement médicamenteux : (QCU)**

- Vous augmentez la posologie
- Vous passez à une bithérapie
- Vous changez de classe thérapeutique

[Uniquement pour les personnes ayant déclaré prescrire une monothérapie dans tous ou certains cas à la question B2] **C3. En cas de tension artérielle insuffisamment contrôlée sous monothérapie à dose maximale, comment choisissez-vous d'intensifier le traitement médicamenteux : (QCU)**

- Vous passez à une bithérapie
- Vous changez de classe thérapeutique

Uniquement pour les personnes ayant déclaré prescrire une bithérapie dans tous ou certains cas à la question B2] **C4. En cas de tension artérielle insuffisamment contrôlée sous bithérapie à dose non maximale : (QCU)**

- Vous changez de bithérapie
- Vous augmentez la posologie d'un des deux principes actifs de la monothérapie
- Vous augmentez la posologie des deux principes actifs
- Vous passez à une trithérapie

C5. Pour référence, les recommandations 2024 de l'ESC rejoignent celles de de la SFHTA de 2023 en préconisant de traiter toute hypertension artérielle au-delà de 140/90mmHg par une bithérapie d'emblée, hormis populations particulières (patients > 85 ans ou fragiles, hypotension orthostatique).

Elles préconisent également d'envisager une monothérapie antihypertensive chez les patients présentant une TA entre 120/70 et 140/90, en fonction de leur risque cardiovasculaire global.

Ces recommandations vous semblent, de 1 à 5 :

(1 pas du tout adaptées / pas réalisables, 5 tout à fait adaptées / tout à fait réalisables)

(réponse sous forme de curseur de 1 à 5)

La bithérapie comme traitement de première intention chez l'adulte hypertendu : des recommandations aux pratiques

RÉSUMÉ

Introduction : Les nouvelles recommandations en matière de traitement antihypertenseur favorisent des objectifs tensionnels plus bas et une bithérapie antihypertensive d'emblée. Ces deux points sont peu suivis par les médecins généralistes en pratique. L'objectif était de faire l'état des lieux des pratiques dans notre subdivision et d'identifier les freins à l'utilisation de la bithérapie d'emblée.

Matériel et méthode : Étude observationnelle quantitative transversale sur les pratiques des médecins généralistes Maîtres de Stage Universitaire de médecine générale dans les départements du Maine et Loire, de la Mayenne et de la Sarthe. Le recueil des données se faisait au moyen d'un questionnaire diffusé par mail.

Résultats : Les pratiques des médecins généralistes sont conformes aux recommandations de bonne pratique en ce qui concerne le diagnostic de l'hypertension artérielle et le choix des classes thérapeutiques. Elles se démarquent des recommandations par la très faible utilisation de la bithérapie (traitement de premier choix dans moins de 20% des cas). Les déterminants favorisant l'utilisation de la bithérapie étaient notamment l'exercice en milieu urbain et le fait d'avoir assisté à des congrès de cardiologie ou de médecine générale. Les médecins qui prescrivaient une bithérapie d'emblée étaient moins sujets à l'inertie thérapeutique. Les médecins généralistes étaient critiques sur l'applicabilité des nouvelles recommandations en pratique clinique.

Discussion : L'attitude thérapeutique en EBM est fondée sur les données scientifiques, l'expérience clinique du médecin et les représentations des patients. L'expérience et les connaissances des médecins interrogés peuvent partiellement expliquer le faible recours à la bithérapie, puisque celui-ci était plus élevé chez les médecins ayant réalisé des formations continues, avec une grande variabilité en fonction du type de formation qui montre que le facteur limitant n'est pas la connaissance des recommandations mais plutôt l'analyse critique et la faible adhésion aux recommandations. Une des limites à l'adhésion aux recommandations est la perception de leur acceptation par les patients. Par ailleurs, le manque d'essai randomisé contrôlé ne permet pas d'affirmer avec certitude la supériorité de la bithérapie d'emblée.

Mots-clés : Hypertension artérielle, Prévention cardiovasculaire, Bithérapie, Objectifs tensionnels

Dual combined therapy as a first-line treatment for hypertension: from guidelines to clinical practice

ABSTRACT

Introduction: The newest international guidelines for hypertension management recommend lower blood pressure targets and ubiquitous use of dual combination therapy as a first-line treatment. These two objectives are often poorly implemented. We sought to evaluate current practices in our academic area and to identify potential barriers to the use of combined therapy.

Methods: We performed a quantitative transversal observational study on clinical practices among private practice GPs who also train medical students and junior doctors. Recruitment was done through Angers Faculty of Medicine. All GPs affiliated with the University Department of General Practice were sent a survey via their academic email.

Results: Clinical practices are in compliance with guidelines regarding diagnosis and drug classes choices. They differ from guidelines as the use of combined therapy is low (preferred treatment for less than 20% of doctors.) Factors increasing the use of dual therapy were urban setting for practice and attendance of cardiology or general practice conferences. Doctors who prescribed combined therapy were less prone to therapeutic inertia. Doctors were generally critical of the latest guidelines which they perceived to be difficult to implement in clinical practice.

Discussion: Evidence-based medicine integrates best available scientific information, clinician experience, and patient values. Clinical experience and knowledge of the study participants might be one of the factors limiting use of combined therapy, as combined therapy was more often used by doctors who had had specific training. However the variability of practices depending on the type of training received highlights that the main limiting factor is not scientific knowledge but critical analysis and lack of adhesion to the current guidelines. One of the barriers to guideline implementation is patient compliance. Another is the lack of RCTs which means combined therapy cannot be ascertained as superior to monotherapy.

Keywords: Hypertension, Cardiovascular disease prevention, Target blood pressure, Combined drug therapy