

Académie d'Orléans-Tours
Université François Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2011

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplôme d'état

Par

YAOUANC Virginie, Lénaiik
née le 4 novembre 1981 à Le Blanc

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 2011

L'INERTIE THÉRAPEUTIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Jury

Président du jury : Monsieur le Professeur Patrick DIOT, Service de Pneumologie

Membres du jury : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE
Monsieur le Professeur Alain AUTRET
Monsieur le Docteur Jean-Pierre LEBEAU

RESUME

Contexte : L'inertie thérapeutique, en retardant l'instauration ou l'intensification d'un traitement quand les cibles thérapeutiques ne sont pas atteintes, contribue à l'insuffisance de contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire.

Objectifs : Décrire des typologies de médecins généralistes vis-à-vis de l'inertie thérapeutique dans la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire en prévention primaire.

Méthode : ESCAPE-Quali est une étude qualitative ancillaire au sein d'un essai contrôlé randomisé en grappes. Entre 2007 et 2009, 125 médecins généralistes du groupe intervention ont inclus 905 patients hypertendus à haut risque cardiovasculaire en prévention primaire. À chacune des 5 consultations de suivi de ces patients, ils ont répondu à la question ouverte : « Si lors de cette consultation, le patient n'est pas aux objectifs préconisés par les recommandations (...) et que vous n'avez pas modifié le traitement médicamenteux, pourriez-vous en indiquer les raisons (...) ». La base de données d'ESCAPE-Quali était constituée des 2638 réponses à cette question. Chaque réponse a été convertie en une combinaison d'unités sémantiques. L'analyse matricielle croisant ensembles sémantiques et médecins, a été réalisée à l'aide du logiciel QSR Nvivo 9.

Résultats : Sept typologies ont été décrites et caractérisées : les « temporisateurs », divisés en 2 groupes : les « réévaluateurs », qui voulaient confirmer l'anormalité des valeurs par des mesures ultérieures et les « négociateurs » qui discutaient des mois avec leur patient pour obtenir leur adhésion ; les « prudents » qui craignaient des effets indésirables ; les « scientifiques » qui discutaient la pertinence des recommandations ; les « optimistes » qui laissaient une chance au temps d'améliorer les choses ; les « arrondisseurs » qui considéraient toutes les valeurs comme suffisamment proches de l'objectif ; et les « contextualisateurs » pour qui l'attente était justifiée par les éléments de vie du patient.

Nous avons pu déterminer l'appartenance à une de ces typologies pour 92 médecins, les 33 autres ayant été exclus en raison d'un nombre insuffisant de réponses.

Conclusion : L'identification de ces typologies est un premier pas vers la réalisation d'actions ciblées auprès des médecins généralistes. De nouveaux recueils de données qualitatives sont prévus afin de préciser les mécanismes intimes de l'inertie thérapeutique au sein de chaque typologie.

Mots-clés :

- Inertie thérapeutique
- Hypertension artérielle
- Prévention primaire
- Risque cardiovasculaire
- Médecine générale

TITLE :

Therapeutic inertia in cardiovascular prevention in general practice.

ABSTRACT :

Background: Therapeutic inertia, which consists in delaying a treatment initiation or adaptation, is a major cause of uncontrolled hypertension and other cardiovascular risk factors.

Research question: Are there specific GPs' profiles in therapeutic inertia?

Method: ESCAPE -Quali is an ancillary qualitative study nested in a cluster randomized controlled trial. Between 2007 and 2009, 125 french general practitioners recruited 905 hypertensive patients at high cardiovascular risk in primary prevention for the intervention group. After each of the five follow-up visits they had to answer an open question: « If the targets were not reached for this patient, and you didn't make any change in the treatment, could you tell us why ? ». Semantic, thematic, and matrix coding and analysis of the answers have been performed, using QSR Nvivo9 software.

Results: Seven typologies were identified, for 92 of the 125 GPs (data from the 33 other ones being insufficient).

Procrastinators, reluctant to any new prescription, are divided in two groups : those who want to check everything through further measurements, and those who negotiate for months with the patient.

Cautious are afraid of adverse effects.

Scientists disagree with the guidelines, for evidence-based reasons.

Optimistics hope everything will be normalized through time, usually helped by hygienic rules.

Rounders consider every result as very close to the target.

Contextualists find reasons in the patient's life events to justify waiting.

Conclusion: Starting from this first step, further qualitative data gathering and analysis, from focus groups and interviews, will allow more a thorough understanding of the inner process of therapeutic inertia.

Key words :

Therapeutic inertia

General practitioners

High blood pressure

Primary care

Cardiovascular risk factor

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS

Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERAL

Monsieur Patrick HOARAU

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Jacques LANSAC
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE
J.LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER
E/H. METMAN - J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT
Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD - Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI
D. SAUVAGE - M.J. THARANNE - J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|------|--------------------------------|--|
| MM. | ALISON Daniel | Radiologie et Imagerie médicale |
| | ANDRES Christian | Biochimie et Biologie moléculaire |
| | ARBEILLE Philippe | Biophysique et Médecine nucléaire |
| | AUPART Michel | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| | AUTRET Alain | Neurologie |
| Mme | AUTRET-LECA Elisabeth | Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique |
| MM. | BABUTY Dominique | Cardiologie |
| Mmes | BARILLOT Isabelle | Cancérologie ; Radiothérapie |
| | BARTHELEMY Catherine | Physiologie |
| MM. | BAULIEU Jean-Louis | Biophysique et Médecine nucléaire |
| | BERNARD Louis | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| | BESNARD Jean-Claude | Biophysique et Médecine nucléaire |
| | BEUTTER Patrice | Oto-Rhino-Laryngologie |
| | BINET Christian | Hématologie ; Transfusion |
| | BODY Gilles | Gynécologie et Obstétrique |
| | BONNARD Christian | Chirurgie infantile |
| | BONNET Pierre | Physiologie |
| | BOUGNOUX Philippe | Cancérologie ; Radiothérapie |
| | BRUNEREAU Laurent | Radiologie et Imagerie médicale |
| | BUCHLER Matthias | Néphrologie |
| | CALAIS Gilles | Cancérologie ; Radiothérapie |
| | CAMUS Vincent | Psychiatrie d'adultes |
| | CHANDENIER Jacques | Parasitologie et Mycologie |
| | CHANTEPIE Alain | Pédiatrie |
| | CHARBONNIER Bernard | Cardiologie |
| | COLOMBAT Philippe | Hématologie ; Transfusion |
| | CONSTANS Thierry | Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement |
| | CORCIA Philippe | Neurologie |
| | COSNAY Pierre | Cardiologie |
| | COTTIER Jean-Philippe | Radiologie et Imagerie médicale |
| | COUET Charles | Nutrition |
| | DANQUECHIN DORVAL Etienne | Gastroentérologie ; Hépatologie |
| | DE LA LANDE DE CALAN Loïc | Chirurgie digestive |
| | DE TOFFOL Bertrand | Neurologie |
| | DEQUIN Pierre-François | Thérapeutique ; médecine d'urgence |
| | DIOT Patrice | Pneumologie |
| | DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague | Anatomie & Cytologie pathologiques |
| | DUMONT Pascal | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| | FAUCHIER Laurent | Cardiologie |
| | FAVARD Luc | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| | FETISSOF Franck | Anatomie et Cytologie pathologiques |
| | FOUQUET Bernard | Médecine physique et de Réadaptation |
| | FRANCOIS Patrick | Neurochirurgie |
| | FUSCIARDI Jacques | Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence |
| | GAILLARD Philippe | Psychiatrie d'Adultes |
| | GOGA Dominique | Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie |
| | GOUDEAU Alain | Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière |
| | GOUPILLE Philippe | Rhumatologie |
| | GRUEL Yves | Hématologie ; Transfusion |
| | GUILMOT Jean-Louis | Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire |
| | GUYETANT Serge | Anatomie et Cytologie pathologiques |
| | HAILLOT Olivier | Urologie |
| | HALIMI Jean-Michel | Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique) |
| | HERAULT Olivier | Hématologie ; transfusion |
| | HERBRETEAU Denis | Radiologie et Imagerie médicale |
| Mme | HOMMET Caroline | Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement |
| MM. | HUTEN Noël | Chirurgie générale |

| | |
|---------------------------|--|
| LABARTHE François | Pédiatrie |
| LAFFON Marc | Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence |
| LANSON Yves | Urologie |
| LARDY Hubert | Chirurgie infantile |
| LASFARGUES Gérard | Médecine et Santé au Travail |
| LEBRANCHU Yvon | Immunologie |
| LECOMTE Pierre | Endocrinologie et Maladies métaboliques |
| LECOMTE Thierry | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| LEMARIE Etienne | Pneumologie |
| LESCANNE Emmanuel | Oto-Rhino-Laryngologie |
| LINASSIER Claude | Cancérologie ; Radiothérapie |
| LORETTE Gérard | Dermato-Vénéréologie |
| MACHET Laurent | Dermato-Vénéréologie |
| MAILLOT François | Médecine Interne |
| MARCHAND Michel | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| MARRET Henri | Gynécologie et Obstétrique |
| NIVET Hubert | Néphrologie |
| PAGES Jean-Christophe | Biochimie et biologie moléculaire |
| PAINTAUD Gilles | Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique |
| PATAT Frédéric | Biophysique et Médecine nucléaire |
| PERROTIN Dominique | Réanimation médicale ; médecine d'urgence |
| PERROTIN Franck | Gynécologie et Obstétrique |
| PISELLA Pierre-Jean | Ophtalmologie |
| QUENTIN Roland | Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière |
| RICHARD-LENOBLE Dominique | Parasitologie et Mycologie |
| ROBERT Michel | Chirurgie Infantile |
| ROBIER Alain | Oto-Rhino-Laryngologie |
| ROINGEARD Philippe | Biologie cellulaire |
| ROSSET Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| ROYERE Dominique | Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction |
| RUSCH Emmanuel | Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention |
| SALAME Ephrem | Chirurgie digestive |
| SALIBA Elie | Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction |
| SIRINELLI Dominique | Radiologie et Imagerie médicale |
| THOMAS-CASTELNAU Pierre | Pédiatrie |
| TOUTAIN Annick | Génétique |
| VAILLANT Loïc | Dermato-Vénéréologie |
| VELUT Stéphane | Anatomie |
| WATIER Hervé | Immunologie. |

PROFESSEURS ASSOCIES

| | | |
|-----|---------------------------|-------------------|
| M. | HUAS Dominique | Médecine Générale |
| Mme | LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie | Médecine Générale |
| MM. | POTIER Alain | Médecine Générale |
| | TEIXEIRA Mauro | Immunologie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|------|--------------------------------|---|
| Mme | ARBEILLE Brigitte | Biologie cellulaire |
| M. | BARON Christophe | Immunologie |
| Mme | BAULIEU Françoise | Biophysique et Médecine nucléaire |
| M. | BERTRAND Philippe | Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de |
| | | Communication |
| Mme | BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle | Biologie cellulaire |
| M | BOISSINOT Eric | Physiologie |
| Mmes | BONNET-BRILHAULT Frédérique | Physiologie |
| | BRECHOT Marie-Claude | Biochimie et Biologie moléculaire |
| MM. | BRILHAULT Jean | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| | DESTRIEUX Christophe | Anatomie |

| | | |
|------|-----------------------------|---|
| Mmes | DUONG Thanh Hai | Parasitologie et Mycologie |
| | EDER Véronique | Biophysique et Médecine nucléaire |
| | FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie | Anatomie et Cytologie pathologiques |
| | GAUDY-GRAFFIN Catherine | Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière |
| M. | GIRAudeau Bruno | Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de |
| | | Communication |
| Mme | GOUILLEUX Valérie | Immunologie |
| MM. | GUERIF Fabrice | Biologie et Médecine du développement et de la reproduction |
| | GYAN Emmanuel | Hématologie , transfusion |
| M. | HOARAU Cyrille | Immunologie |
| M. | HOURIOUX Christophe | Biologie cellulaire |
| Mme | LARTIGUE Marie-Frédérique | Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière |
| Mmes | LE GUELLEC Chantal | Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique |
| | MACHET Marie-Christine | Anatomie et Cytologie pathologiques |
| MM. | MARCHAND-ADAM Sylvain | Pneumologie |
| | MEREGHETTI Laurent | Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière |
| Mme | MICHEL-ADDE Christine | Pédiatrie |
| M.M | MULLEMAN Denis | Rhumatologie |
| | PIVER Eric | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme | SAINT-MARTIN Pauline | Médecine légale et Droit de la santé |
| Mme | VALAT Chantal | Biophysique et Médecine nucléaire |
| M. | VOURC'H Patrick | Biochimie et Biologie moléculaire |

MAITRES DE CONFERENCES

| | | |
|------|-----------------|-----------------------------------|
| Mlle | BOIRON Michèle | Sciences du Médicament |
| Mme | ESNARD Annick | Biologie cellulaire |
| M. | LEMOINE Maël | Philosophie |
| Mlle | MONJAUZE Cécile | Sciences du langage - Orthophonie |
| M. | PATIENT Romuald | Biologie cellulaire |

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

| | | |
|------|--------------------|-------------------|
| M.M. | LEBEAU Jean-Pierre | Médecine Générale |
| | ROBERT Jean | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE

| | | |
|---|-----------------------|---------|
| M | DIABANGOUAYA Célestin | Anglais |
|---|-----------------------|---------|

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

| | | |
|------|-----------------------|---|
| MM. | BIGOT Yves | Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239 |
| | BOUAKAZ Ayache | Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930 |
| Mmes | BRUNEAU Nicole | Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930 |
| | CHALON Sylvie | Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930 |
| MM. | COURTY Yves | Chargé de Recherche CNRS – U 618 |
| | GAUDRAY Patrick | Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239 |
| | GOUILLEUX Fabrice | Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239 |
| Mmes | GOMOT Marie | Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930 |
| | HEUZE-VOURCH Nathalie | Chargée de Recherche INSERM – U 618 |
| MM. | LAUMONNIER Frédéric | Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930 |
| | LE PAPE Alain | Directeur de Recherche CNRS – U 618 |
| Mmes | MARTINEAU Joëlle | Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930 |
| | POULIN Ghislaine | Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930 |

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

| | | |
|-----|------------------|-----------------------|
| Mme | DELORE Claire | Orthophoniste |
| M | GOUIN Jean-Marie | Praticien Hospitalier |
| M. | MONDON Karl | Praticien Hospitalier |
| Mme | PERRIER Danièle | Orthophoniste |

Pour l'Ecole d'Orthoptie

| | | |
|-----|-----------------|-----------------------|
| Mme | LALA Emmanuelle | Praticien Hospitalier |
| M. | MAJZOUB Samuel | Praticien Hospitalier |

Pour l'Ethique Médicale

| | | |
|-----|------------------|------------------------|
| Mme | BIRMELE Béatrice | Praticien Hospitalier |
| M. | MALLET Donatien | Praticien Hospitalier. |

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon directeur de thèse, le Dr Jean-Pierre Lebeau, pour l'aide compétente qu'il m'a apportée. Son oeil critique m'a été très précieux pour structurer le travail et pour améliorer la qualité des différents chapitres.

J'exprime ma gratitude aux membres de mon jury de thèse : le Professeur Diot, le Professeur Chantepie et le Professeur Autret.

Je remercie sincèrement mes collègues de travail, le Dr Amir, Annie, Marc, Philippe, qui n'ont cessé de m'encourager et de me soutenir durant tout ce travail.

Je remercie également Alexandrine et Lauranne, Laurent, ainsi que l'ensemble de l'équipe infirmière et aide-soignante pour leur aide, leur gentillesse et leur compréhension.

Je remercie particulièrement mes parents, mes frères et ma sœur pour leur soutien permanent, et leurs preuves de confiance qui ont été des sources d'encouragement essentiels.
Je n'oublie pas mes grands-parents, Ronan, ainsi que ma tante et mes cousines. J'ai une pensée particulière pour mon oncle.

Je remercie chaleureusement tous mes amis, qui m'ont entourée, soutenue au quotidien lors de cette période éprouvante. Leur aide tant sur le plan humain que technique m'a été essentiel dans l'aboutissement de ce travail.

Enfin, je remercie Jean-François pour sa patience et ses encouragements quotidiens.

SOMMAIRE

| | PAGE |
|--|------|
| I. <u>INTRODUCTION</u> | 3 |
| 1. <u>Contexte</u> | 3 |
| 2. <u>L'inertie thérapeutique</u> | 4 |
| 3. <u>ESCAPE</u> | 4 |
| II. <u>MATERIEL ET METHODE</u> | 5 |
| 1. <u>Présentation d'ESCAPE</u> | 5 |
| 2. <u>Présentation d'ESCAPE-Quali</u> | 6 |
| 3. <u>Méthode</u> | 7 |
| 3.1. Recueil des données | 7 |
| 3.2. Méthode mixte | 7 |
| 3.3. Analyse | 7 |
| III. <u>RESULTATS</u> | 9 |
| 1. <u>Inclusion</u> | 9 |
| 2. <u>Description des patients</u> | 9 |
| 3. <u>Description des médecins investigateurs</u> | 9 |
| 4. <u>Description des données recueillies</u> | 10 |
| 5. <u>Résultats de l'analyse sémantique</u> | 11 |
| 6. <u>Résultats de l'analyse sur échantillon</u> | 11 |
| 7. <u>Résultats de l'application à l'ensemble des médecins</u> | 12 |
| 8. <u>Médecins exclus</u> | 14 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 9. | <u>Les sept typologies</u> | 14 |
| 9.1. | Les temporisateurs | 14 |
| a) | Les vérificateurs | 14 |
| b) | Les négociateurs | 15 |
| 9.2. | Les prudents | 16 |
| 9.3. | Les scientifiques | 17 |
| 9.4. | Les optimistes | 18 |
| 9.5. | Les arrondisseurs | 19 |
| 9.6. | Les contextualisateurs | 19 |
| IV. | <u>DISCUSSION</u> | 23 |
| 1. | <u>Forces et limites de l'étude</u> | 23 |
| 1.1. | Caractère déclaratif des réponses | 23 |
| 1.2. | Visite d'inclusion | 23 |
| 1.3. | Limites liées à l'interprétation des réponses | 24 |
| 1.4. | Choix méthodologiques | 25 |
| 1.5. | Médecins exclus | 25 |
| 1.6. | Limites de l'analyse | 25 |
| 2. | <u>Résultats principaux</u> | 26 |
| 2.1. | Les facteurs d'inertie thérapeutique | 26 |
| 2.2. | La définition de l'inertie thérapeutique | 29 |
| 3. | <u>Perspectives</u> | 31 |
| V. | <u>CONCLUSION</u> | 32 |
| | <u>BIBLIOGRAPHIE</u> | 33 |
| | <u>ANNEXES</u> | 35 |
| | Annexe 1 : Relation linéaire entre PA et taux de mortalité par AVC | 35 |
| | Annexe 2 : Relation linéaire entre PA et taux de mortalité par autres événements cardiovasculaires | 36 |
| | Annexe 3 : CRF (<i>Case Report Form</i> , cahier d'observation) | 37 |
| | Annexe 4 : Critères d'inclusion et d'exclusion | 40 |
| | Annexe 5 : Axial code book | 41 |
| | Annexe 6 : Présentation des résultats des 23 médecins ayant un nombre de réponses insuffisant | 43 |
| | <u>LEXIQUE, ABRÉVIATIONS</u> | 44 |

INTRODUCTION

1. Contexte

L'existence d'une relation linéaire entre la morbidimortalité d'origine cardiovasculaire et le niveau de pression artérielle (tant systolique que diastolique, à partir d'un seuil de 115/75mmHg) a été démontrée par de nombreuses études. (1) (annexes 1 et 2)

La réduction de ce risque par la prise en charge médicamenteuse de l'hypertension artérielle, définie par une PA \geq 140/90 mmHg, est également largement démontrée (2)

La prévalence de l'HTA en médecine générale se résume en trois chiffres :

- plus de 10 millions de patients traités (3)
- 92 % des actes concernant ces patients sont réalisés en médecine générale (3)
- le résultat de consultation le plus fréquent en médecine générale : 13,1% des actes (4)

Des recommandations en matière de prise en charge du patient hypertendu (mais également du patient diabétique, et du patient dyslipidémique) ont été mises à la disposition des médecins par les autorités de santé (Haute Autorité de Santé (HAS), Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps)). (5) (6) (7)

Ces recommandations proposent des objectifs thérapeutiques précis, et des stratégies de prise en charge simples et éprouvées pour les atteindre.

Malgré cela, la proportion de patients hypertendus connus contrôlés reste faible, comprise selon les études entre 25 et 46%. (8) (9)

Selon les données de l'Étude Nationale Nutrition Santé menée entre 2006 et 2007 la moitié des adultes hypertendus (52,2%) sont au courant de leur HTA ; parmi les hypertendus connus, 82,0% sont traités, et seuls 50,9% des patients traités sont contrôlés. (10)

Ce défaut d'implémentation des recommandations de bonnes pratiques cliniques peut s'expliquer par de multiples facteurs. Certains sont liés au patient (manque d'observance notamment) ou au système de soins, et d'autres aux soignants, en particulier au médecin. (11)

2. L'inertie thérapeutique

Il n'existe pas actuellement de définition universelle de l'inertie thérapeutique (IT). Celle la plus généralement utilisée a été proposée par Phillips :

- L'IT concerne uniquement la prise en charge active d'un facteur de risque, pour lequel un objectif thérapeutique est défini, et un bénéfice à l'atteindre démontré.
- Malgré ces données, le praticien n'initie pas ou n'adapte pas de façon appropriée le traitement recommandé pour les patients chez lesquels la présence de ce facteur de risque est avéré. (12)

Ainsi, en France, un patient hypertendu connu chez qui une tension artérielle (TA) supérieure aux objectifs sera mise en évidence lors d'une consultation ne verra son traitement modifié que dans 15% des cas. (9) (13)

Si l'IT a été largement mise en évidence dans le domaine de l'HTA, elle concerne également les autres facteurs de risque cardiovasculaire modifiables : dyslipidémies, diabète, agrégation plaquettaire. (14)

L'inertie thérapeutique peut être attribuée à de multiples facteurs: (12)

- une surestimation des soins apportés ;
- une justification de la non-modification du traitement par des raisons plus ou moins pertinentes, telles que « amélioration en cours », la mise en avant du non respect des règles hygiéno-diététiques, la crainte d'effets secondaires ou d'interactions médicamenteuses, ou les limites de l'applicabilité d'essais thérapeutiques à un cas particulier ;
- une connaissance insuffisante des recommandations et des moyens de les appliquer (manque d'éducation, d'entraînement, d'organisation pratique).

3. ESCAPE

ESCAPE est un essai comparatif pragmatique randomisé en cluster mené en médecine générale. Il a étudié l'impact d'une intervention de formation des médecins et d'une série de consultations dédiées à la prévention cardiovasculaire sur le nombre de patients hypertendus à haut risque cardiovasculaire atteignant les objectifs préconisés dans les recommandations.

Au sein de cette étude, un volet qualitatif a exploré les raisons invoquées par les médecins généralistes (MG) pour justifier leur inertie thérapeutique. A partir de l'analyse de ces données, nous avons cherché à mettre en évidence des typologies spécifiques de médecins vis-à-vis de l'IT.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Présentation d'ESCAPE

L'étude ESCAPE (Effets d'une Série de Consultations Approfondies de Prévention sur l'Evolution des facteurs de risque des patients hypertendus à haut risque cardiovasculaire) a été réalisée entre 2007 et 2009.

Il s'agit d'un essai pragmatique contrôlé randomisé en cluster (grappe) mené par 344 médecins généralistes enseignants, issus de 23 collèges régionaux.

Les médecins du groupe intervention ont bénéficié d'une formation organisée localement qui portait sur les objectifs et sur les stratégies thérapeutiques proposées par les recommandations de l'Afssaps et de la HAS (HTA, diabète de type 2, dyslipidémies, sevrage tabagique), et les données de la science qui les sous-tendent.

Un guide de pratique utilisable durant les consultations comme aide-mémoire leur a été délivré.

Ils ont reçu des informations sur l'éducation thérapeutique pour l'observance, le sevrage tabagique, la diététique et l'exercice physique.

Enfin, un retour d'information leur a été fourni sur les données à l'inclusion et à 12 mois concernant leur groupe.

Lors de consultations dédiées à la prévention cardiovasculaire, à l'inclusion, puis à 6, 12, 18, et 24 mois, les médecins ont relevé différents paramètres cliniques et biologiques :

- date de naissance, sexe, taille, poids, tour de taille,
- PAs, PAd (2^e et 3^e mesures), fréquence cardiaque,
- cholestérol (total, HDL, LDL), triglycérides, créatinine sérique, albuminurie, glycémie à jeun, HbA1c (pour les diabétiques uniquement),
- ainsi que les traitements préventifs à visée cardio-vasculaire en cours, à l'inclusion et à 24 mois seulement.

(voir CRF : annexe 3)

Description de la consultation de prévention

Du point de vue des résultats cliniques, paracliniques et des objectifs thérapeutiques

- Entretien, examen clinique, bilan des objectifs atteints ou non.
- Discussion avec le patient sur les objectifs atteints et ceux à atteindre.
- Entretien et information sur les modifications thérapeutiques à mettre en œuvre si nécessaire.

Du point de vue du mode de vie (tabac, exercice, diététique) et de l'observance

- Intervention courte sur le tabac si patient fumeur.
- Intervention courte sur l'exercice physique et la diététique si nécessaire.
- Entretien avec le patient autour de l'observance et si nécessaire discussion avec lui pour trouver des solutions acceptables.

Les médecins du groupe témoin bénéficient d'une réunion d'appropriation du cahier d'observation et soignent leurs patients comme à l'accoutumée. Ils remplissent tous les 6 mois une fiche de recueil de données identique à celle des médecins du groupe intervention pour chaque patient inclus.

(voir CRF : annexe 3)

2. Présentation d'ESCAPE-Quali

ESCAPE-Quali est une étude qualitative ancillaire d'ESCAPE.

Lors de chacune des 5 consultations de prévention, il a été demandé aux médecins du groupe intervention de répondre à la question ouverte suivante :

« Si lors de cette consultation, le patient n'est pas aux objectifs préconisés par les recommandations (PA, LDL-cholestérol, HbA1c, et aspirine à petite dose pour les diabétiques de type 2) et que vous n'avez pas modifié le traitement médicamenteux, pourriez-vous en indiquer les raisons dans le cadre ci-dessous ». (annexe 3)

Au cours des deux années de l'essai, les 125 médecins du groupe intervention ont effectué 4 295 consultations, et donné 2 638 réponses à cette question.

L'analyse de ces réponses constitue la base de l'étude ESCAPE-Quali.

Objectif principal

Dégager des typologies de médecin généraliste vis-à-vis de l'inertie thérapeutique dans la prise en charge de facteurs de risque cardiovasculaire de patients hypertendus à haut risque en prévention primaire en France.

Critères d'inclusion et d'exclusion : voir annexe 4

3. Méthode

3.1. Recueil des données

Les données recueillies ont été retranscrites mot pour mot, constituant ainsi le verbatim.

Chaque réponse était référencée en fonction du médecin, du collège régional, du patient suivi, et de la visite (inclusion, M6, M12, M18, M24).

3.2. Méthode mixte

La particularité méthodologique de ce travail découle directement des données elles-mêmes et de leur mode de recueil :

- A l'instar des méthodes qualitatives habituelles, il s'agit de réponses des participants à une question ouverte, produisant un verbatim, susceptible d'être codé et analysé ;
- En revanche, l'échantillon de médecins répondants a été randomisé au départ, et le nombre de « questionnaires » est défini. Chaque réponse concerne un médecin et un seul, à propos d'un patient et un seul. Ces caractéristiques autorisent l'utilisation de méthodes d'analyse quantitative des réponses.

Il s'agit donc d'une méthode mixte simultanée, à prédominance qualitative, dite QUAL + quan. (15)

3.3 Analyse

Première étape : le codage

Après numérisation, les 2 638 réponses ont été intégrées au logiciel d'analyse qualitative QSR NVivo9.

Un livre de code (« axial code book »), regroupant les unités sémantiques sous des codages thématiques, a été élaboré après une première lecture de l'ensemble des données.

Chaque réponse a ensuite été reliée aux différents codes qui lui correspondaient.

Le codage a été initialement réalisé en double aveugle par deux binômes de chercheurs. Lors des réunions de coordination, il est apparu de très bonnes corrélations des codages au sein de chaque équipe, et entre les deux équipes. Le reste de la base a alors été traité par deux chercheurs, toujours en aveugle.

Le livre de codes a été modifié et enrichi tout au long du processus de codage, pour aboutir à la version finale. (voir annexe 5)

Deuxième étape : l'analyse sur échantillon

Une fois cette étape de codage réalisée, nous avons présenté l'ensemble des unités sémantiques sous forme matricielle.

La matrice obtenue se présentait sous la forme d'un tableau de 66 colonnes (les unités sémantiques) et 125 lignes (les praticiens). Les données contenues dans chaque case n'étaient pas binaires (présence ou absence du code dans les réponses du praticien) mais chiffrées (nombre de réponses du médecin correspondant à ce code). Cette présentation des données a permis d'évaluer pour chaque médecin le poids des différents codes thématiques.

Nous avons dans un premier temps étudié les dix médecins qui fournissaient le plus grand nombre de codes.

À partir de ces médecins, les typologies ont été esquissées.

Troisième étape : l'application à l'ensemble des médecins

Une fois ces typologies déterminées, leur contenu a été précisé par l'application à l'ensemble des praticiens de la base.

Chaque groupe a été défini par une combinaison d'unités sémantiques, certains de ces codes s'avérant indispensables à la classification dans un groupe, d'autres appuyant les précédents.

Ces différents éléments ont ainsi constitué les critères majeurs et mineurs déterminant chaque typologie.

Nous avons considéré que la présence d'au moins un des critères majeurs est nécessaire à l'appartenance à un groupe, celle-ci étant confortée par la coexistence de plusieurs critères mineurs.

RÉSULTATS

1. Inclusion

Sur la période d'inclusion de novembre 2006 à juillet 2007, 125 médecins investigateurs (parmi les 128 initialement prévus), issus de 12 collèges régionaux, ont inclus 905 patients.

2. Description des patients

Âge : 61 ans

Femmes : 36,4 %

TA : 146/84 mmHg

Patients diabétiques : 57%

3. Description des médecins investigateurs

Âge moyen en 2007 : 51 ans

Âge médian en 2007 : 51 ans

(extrêmes : de 34 à 62 ans)

Femmes : 20%

Mode d'exercice:

- urbain : 66 médecins (soit 52,8%)
- semi-rural : 40 médecins (soit 32%)
- rural : 18 médecins (soit 14,4%)
- non précisé : 1 (soit 0,8%)

Type d'installation :

- isolé : 33 médecins (26,4%)
- groupé : 90 médecins (72%)
- non précisé : 2 médecins (1,6%)

Date de première installation : de 1973 à 2003, médiane (=moyenne) à 1986

Nombre de patients inclus : de 1 à 17 patients par médecin.

4. Description de données recueillies

Très différentes d'un médecin à l'autre, et d'une consultation à l'autre, les réponses étaient constituées d'un mot, d'une phrase ou d'un récit...

Elles pouvaient donc comporter une idée unique ou une multitude de raisons, excuses, explications à l'inertie constatée.

Exemples :

« HbA1c = 7.2% traitement non modifié ce jour car modification faite il y a 1 mois avec arrêt Novonorm (car oublié le midi) remplacé par le Diamicron le matin. »

« Le patient n'est pas loin des objectifs TA. L'objectif : arrêt du tabac reste prioritaire. »

« Oubli de l'aspirine. »

« J'ai modifié pour la TA. - je n'ai pas modifié pour le ldl car il est trop proche de l'objectif et déjà grosse polythérapie - la patiente présente une rétinite proliférative en cours de traitement laser et son insuline sera retirée du commerce dans quelques semaines, après les lasers je la changerai. »

« 1) arrêt du tavor en juin 2005 à cause d'une montée de myalgies diffuses des CPK à plus de 5N (1120) contrôle : le ldl est remonté: 0.96 (07/06/05), 1.34 (20/07/05), 1.74 (14/02/06) reprise simvastatine = zocor 2) objectif Hb glyquée non atteint. - adjonction levemir en avril 2006. - remonté diamicon LP à 4 cp à l'inclusion. 3) patiente qui n'a pas d'aspegic! Je ne peux m'expliquer cet oubli -> à rajouter à la prochaine cs car elle n'a pas de contre indication. »

« Achat d'un vélo neuf. »

Certains commentaires étaient sans objet, le médecin profitant de cet espace de libre expression pour nous faire part soit des modifications de traitement apportées, soit du bon contrôle des paramètres pour ce patient.

Exemples :

« RAS »

« Introduction de l'aspirine petite dose. »

« LDL à 1.78 modification du traitement avec passage de Elisor 20 à Elisor 40. »

5. Résultats de l'analyse sémantique

Une fois toutes les réponses codées sous forme d'association d'unités sémantiques, le poids de chaque ensemble sémantique a pu être apprécié, et représenté par le tableau ci-dessous :

Tableau1

| | Treatment | Results | Relationship | Patient | Measurement | Intercurrent event | GP | Diagnostic of RF | Complex issues | Total |
|-------------|-----------|---------|--------------|---------|-------------|--------------------|--------|------------------|----------------|---------|
| Références | 1836 | 909 | 591 | 1562 | 670 | 1077 | 1952 | 792 | 16 | 9405 |
| Pourcentage | 19,50% | 9,70% | 6,30% | 16,60% | 7,10% | 11,50% | 20,80% | 8,40% | 0,20% | 100,00% |

En annexe, ces résultats sont donnés, en pourcentage, pour chaque unité sémantique du livret de codes. (voir annexe 5)

6. Résultats de l'analyse sur échantillon

L'analyse des codes des dix médecins « principaux » a permis de mettre en évidence les thématiques émergeant chez chacun d'entre eux, et les différenciant les uns des autres.

Ainsi, pour deux d'entre eux apparaissait un nombre important de « résultats limites », les distinguant des autres. Cependant, l'un des deux citait également souvent la notion de traitement médicamenteux, tandis que chez l'autre praticien, le poids de l'item négociation était notable.

Cet item négociation se dégageait également sur une autre ligne.

Nous avons noté des ressemblances entre cinq médecins, pour lesquels le poids des automesures tensionnelles était important ; s'y associait souvent une réévaluation prévue.

Deux médecins se distinguaient par la fréquence de questions liées au patient (de par le contexte familial, professionnel ou psychologique) et à la survenue d'événements intercurrents.

Enfin, l'un d'entre eux se démarquait par l'invocation d'arguments scientifiques ou issus d'avis de spécialistes.

Au terme de cette analyse, il nous a donc été possible de définir les contours de six à sept groupes de médecins aux comportements similaires :

- les « temporisateurs », composé de deux sous-groupes : les « réévaluateurs » et les « négociateurs »
- les « prudents »
- les « scientifiques »
- les « optimistes »
- les « arrondisseurs »
- les « contextualisateurs »

7. Résultats de l'application à l'ensemble des médecins

Une fois ces typologies déterminées, leur contenu a été précisé de façon à l'appliquer à l'ensemble des praticiens.

L'appartenance à un groupe était défini par l'association d'au moins un des critères majeurs (spécifiques à une typologie) et de plus deux critères mineurs.

Ces critères étaient les suivants :

➤ Réévaluateurs :

Critères majeurs : - *BPself measurement*
 - *Scheduled reevaluation*

Critères mineurs : - *Unusual results*
 - *Referral*
 - *Scheduled change*
 - *Results:limit*
 - *Circumstances of measurement*

➤ Négociateurs :

Critères majeurs : - *Negotiation*
 - *Hierarchical organisation*
 - *Limitation of instructions*

Critères mineurs : - *Patient's promise*
 - *Adherence (to drug or non-drug treatment)*
 - *Psychological profile*
 - *Insuline*
 - *Hopeless*
 - *Circumstances of measurement*

➤ Prudents :

Critères majeurs : - *Precautions of use*
 - *Adverse effects*

Critères mineurs : - *Drug related intercurrent event*
 - *Partial modification*
 - *Minor modification*
 - *Long prescription*
 - *Maximal treatment*
 - *Preference for exercise and diet*

➤ Scientifiques :

- Critères majeurs : - *Other scientific reason*
 - *Other specialist's advice*
- Critère mineur : - *Doubt on treatment effectiveness*

➤ Optimistes :

- Critères majeurs : - *Physical exercise*
 - *Preference for exercise and diet*

- Critères mineurs : - *Results : not so bad*
 - *Hygienic rules*
 - *Weight Loss*
 - *Scheduled reevaluation*
 - *Patient's preference*
 - *Recent changes*
 - *Expectation*

➤ Arrondisseurs :

- Critère majeur : - *Results : Limit*

- Critères mineurs : - *Results :Not so bad*
 - *Unusual results*
 - *Circumstances of measurement*
 - *Scheduled reevaluation*

➤ Contextualisateurs :

- Critères majeurs : - *Non medical intercurrent event*
 - *Intercurrent disease*
 - *Socio-professional context*

- Critères mineurs : - *Psychological profile*
 - *Stress*
 - *Familial context*
 - *Adherence (to drug or non drug treatment)*
 - *Scheduled reevaluation*
 - *Alcohol*
 - *Unusual results*
 - *Other medical priorities*
 - *Hierarchical organisation*

8. Médecins exclus

L'étude prévoyait initialement l'inclusion par chaque médecin de 6 patients. Cela a par la suite été assoupli, ainsi on comptait un nombre de patients très variable d'un médecin à un autre : de 1 à 17 patients.

Les praticiens pour lesquels un nombre trop faible de données a été recueilli n'ont donc pas tous pu être classés dans un groupe.

Pour certains (au nombre de 23), une tendance se dégageait malgré tout. (annexe 6)

D'autres (dix au total) ne présentaient pas assez de données pour qu'on puisse les rattacher à une typologie.

Les résultats présentés dans le tableau 2 à la fin des résultats concernent donc les 92 médecins, parmi les 125 du groupe intervention, dont l'appartenance à un groupe a pu être déterminé avec un degré de confiance suffisant. Chacun de ces médecins avait répondu à au moins 10 reprises pour l'ensemble de ses patients.

9. Les sept typologies

1- Les temporisateurs

a- Les vérificateurs

Description :

Les médecins de ce groupe avaient pour attitude commune de préférer confirmer par des mesures ultérieures l'objectif non atteint, avant la mise en route d'un traitement ou son intensification.

Pour certains, cela passait par une nouvelle convocation du patient dans 1 à 3 mois en moyenne. Pour d'autres, une mesure alternative était requise : automesure tensionnelle, holter tensionnel ; pour les diabétiques un contrôle des glycémies capillaires... L'appel à un spécialiste pour confirmer le déséquilibre a également été considéré comme faisant partie de ce processus.

La proportion de praticiens « vérificateurs » s'élevait dans notre étude à 18,5%.

Pour nombre d'entre eux, cette temporisation était justifiée par le caractère inhabituel de la mesure chez son patient, ou par une valeur limite.

D'ailleurs, on constatait certaines tendances plus fréquemment associées à ce groupe : 12% des vérificateurs ont un profil proche des « arrondisseurs », 12% un profil proche des « contextualisateurs » (le contexte pouvant pour eux expliquer l'anormalité de la mesure),

12% une tendance optimiste (qui les conforte dans l'idée que le temps et des efforts diététiques normaliseront les choses).

Exemples :

« Je reverrai le patient dans 2 mois pour le renouvellement de son ordonnance. Je déciderai à ce moment-ci d'adapter le traitement hypotenseur si la PAs reste > 139 mmhg. Je préfère avoir plus de recul avant d'affirmer que l'hypertension échappe au traitement. »

« Conseil : automesure TA, traitement à adapter avant 6 mois. »

« HTA : contexte familial stressant -> contrôle par automesure avant majoration du traitement »

« TA habituellement inférieure - si persistance TA élevée dans 6 mois, prévoir automesure tensionnelle. »

« La TA reste au dessus des objectifs, mais consultation chez le cardiologue mi juin, sera rediscuté ensuite. »

« Pour l'aspirine, je le renvoie au cardio pour rediscuter de la meilleure prévention. »

b- Les négociateurs

Description :

L'inertie thérapeutique résultait ici de négociations itératives avec le patient, pour l'acceptation de l'instauration d'un traitement le plus souvent, mais également l'application des règles hygiéno-diététiques (leur respect strict étant pour certains un préalable nécessaire avant toute prescription médicamenteuse).

Elle était observée chez 9,8% des médecins investigateurs.

La volonté d'une adhérence parfaite du patient pouvait ainsi aboutir à une auto-limitation du médecin en terme d'adaptation thérapeutique, craignant de brusquer son patient, ou de se voir opposer un refus.

Ainsi, différentes attitudes traduisaient ce type d'inertie :

- le report pur et simple de la modification thérapeutique ;
- la présentation du problème sous forme hiérarchisée, permettant de mettre en avant un des facteurs, et d'en éclipser un autre (celui sur lequel aurait porté le différend) ;
- une modification partielle du traitement.

On observait chez un tiers des praticiens « négociateurs », l'existence conjointe d'une tendance à l'optimisme.

Exemples :

« Je n'ai pas ajouté de traitement antidiabétique ni aspirine. Ce patient est réfractaire à la prise des médicaments. Il a eu du mal à suivre le traitement par tator qu'il a enfin accepté! J'ai préféré axer les conseils sur la diététique et l'exercice. »

« Refus du malade de mise sous insuline. »

« Pas d'aspirine à petites doses, car refus patient à réévaluer. »

« Patient au trouble de comportement alimentaire (...), et absence d'automesure glycémique, longue discussion sur la nécessité de reprendre sa vie en main. »

« (Je n'ai) pas touché aux antidiabétiques car le patient ne "croit" pas à l'HbA1c : réexpliqué ! »

« Je négocie une statine la prochaine fois que je le vois. (Il) n'y était pas jusqu'ici favorable. »

« Mlle C. attribue son chiffre de TA aux écarts d'hygiène de vie au cours du séjour récent dans la famille au Portugal et n'est pas trop partante pour l'introduction d'une autre molécule (diabète ?) Une consultation cardio a été demandée pour avoir une orientation thérapeutique partagée et renforcée. »

« Pas de majoration de traitement antihypertenseur car patient toujours pressé en consultation. (...) »

« Ce patient tient 5 mois avec une prescription de 3 mois ... J'essaie de le motiver sur l'observance et règles hygiéno-diététiques plutôt que de modifier le traitement. »

2- Les prudents

Description :

La crainte d'effets indésirables en était l'élément clé.

Celle-ci transparaissait au travers de différents arguments : la lourdeur du traitement en cours, un antécédent d'intolérance ou d'allergie à une classe médicamenteuse, la survenue d'un événement intercurrent imputé au traitement...

Le poids de ces précautions était d'autant plus important que l'étude se plaçait dans une situation de soins en prévention primaire, les patients étant asymptomatiques.

Ainsi, on comptait 12 % de « prudents » parmi les médecins de l'étude.

Certaines raisons étaient plus fréquemment avancées, notamment les précautions d'utilisation de l'aspirine au vu d'antécédents digestifs, les allergies à l'aspirine, les myalgies invalidantes sous statine, ou une symptomatologie évocatrice d'hypotension orthostatique.

Les effets indésirables redoutés par les patients ont été considérés comme des arguments pour intégrer le praticien au groupe « prudent ». En effet, la manière de présenter le traitement au patient pouvait être différente si le médecin avait lui-même des réticences, et influencer ainsi son opinion.

Exemples :

« Pas de statine du fait d'une potentielle hépato-toxicité. »

« Arrêt de Kardegic en raison d'épistaxis récidivante. »

« Pas d'aspirine car allergie. »

« (Le patient) a déjà une quadrithérapie antihypertensive. »

« Mauvaise tolérance des statines. »

« Aspirine après discussion non souhaitable vu antécédents digestifs. »

« La patiente avait omis de prendre certains de ses médicaments pour l'HTA, craignant notamment l'inconfort d'une diurétique pour venir au cabinet. »

3- Les scientifiques

Description :

Les recommandations étaient contestées, et leur validité remise en cause.
Les médecins justifiaient leur décision soit par des articles ou des études, soit par l'avis d'un spécialiste allant à l'encontre des recommandations.
2,2 % des praticiens présentaient ce profil.

Le point le plus sujet à discussion était celui de l'aspirine chez les patients diabétiques.

Exemples :

« L'aspirine n'était pas préconisée par le cardiologue qu'il a vu en janvier. »

« Lors d'un bilan exhaustif au CHU de Poitiers (cardio) cet été, aucun antiaggrégant n'avait été préconisé. »

« Norme TA selon Prescrire 140/80 - aspirine chez les microalbuminuriques sauf si on m'informe d'autres études = niveau de preuve des recos ? »

« Désaccord avec recommandations, (...) pas de réponse sur aspirine, attente réponse argumentée. »

4- Les optimistes

Description :

Proches du groupe des « réévaluateurs » du fait d'un contrôle prévu, les « optimistes » étaient persuadés que l'amélioration des paramètres viendrait avec le temps et la bonne nature de leurs patients, principalement via le renforcement des règles hygiéno-diététiques. Ils représentaient 27,2 % de l'ensemble des médecins.

Arguant souvent une implication du patient dans sa prise en charge médicale allant en s'améliorant, ils s'attendaient à un contrôle progressif de l'ensemble des paramètres cliniques et biologiques.

Ainsi, une amorce de perte de poids, l'achat d'un vélo d'appartement, ou la participation à des ateliers diététiques les incitaient à surseoir à toute modification.

Dans ce groupe, la dynamique d'ensemble primait, les résultats biologiques ou mesures de tension artérielle étaient volontiers qualifiés de « pas si mauvais(es) », en comparaison avec des valeurs anciennes...

Ce choix de laisser une chance au temps s'appuyait sur divers éléments : chiffres limites, crainte d'effets indésirables, ou encore la saison (limitation des exercices en hiver conduisant à attendre l'été)... Des associations avec ces groupes ont ainsi été constatées.

Exemples :

« On a insisté sur la diététique et la nécessité de l'exercice. le traitement médicamenteux anti HTA semble correctement pris. Une perte de quelques kgs devrait suffire à améliorer les paramètres. »

« (Il) fait (un) effort avec en particulier diminution consommation alcool => amélioration bilan. »

« Tout allait bien, les facteurs de risques avaient diminué et catastrophe HbA1c a 8 % ? => le patient a fait des abus (fêtes ...) => reprise en main. »

« Patient très peu motivé : ne suit aucune régime, a une consommation d'alcool excessive, ne fait pas d'exercice. Faut-il tout miser sur le traitement ? »

« Patient diabétique depuis environ 1 an, on se donne encore 3 mois avant d'introduire un ADO. On insiste sur les mesures hygiéno-diététiques et le sport. »

« Le renouvellement des recommandations d'hygiène de vie me semble de nature à atteindre à nouveau la cible concernant HbA1c. »

« Dit faire correctement son régime. Par contre ne marche plus depuis un mois cause intempéries, douleur genou gauche, bronchite. On insiste sur la nécessité. Même traitement. Va se remettre au vélo d'appartement. »

« Se remettra au vélo au printemps. »

5- Les arrondisseurs

Description :

Considérant la plupart de leurs résultats comme limites, proches de l'objectif, les médecins de ce groupe ne portaient donc pas l'indication à une intensification thérapeutique. Ce groupe représentait 9,8% des médecins.

Deux tendances étaient fréquemment associées à ce type de comportement : la vérification (22%) et la prudence (44%).

Exemples :

« TA et Hb glyquée "quasiment" aux normes »

« tension un peu élevée due à un stress récent (contrairement aux mesures antérieures) - LDL légèrement supérieur à 1 contrairement aux dosages antérieurs (dans la norme) - HbA1c en nette amélioration : on contrôle dans 3 mois. »

« Pression artérielle diastolique normale. - pression artérielle systolique à 4 mm de l'objectif nous sommes partis d'une PAS > 180 mmHg avant traitement. »

« LDL-cholestérol « sub normal » depuis le suivi des consignes diététiques que l'on poursuit seules. »

« Est presque dans les recos. »

« Très proche des objectifs -du temps pour habituer le patient à des objectifs plus stricts. »

6- Les contextualisateurs

Description :

Le prétexte du contexte était avancé par ce groupe de médecins pour expliquer l'anormalité des valeurs.

14,2% des médecins correspondaient à ce profil.

Les circonstances immédiates de mesure pouvaient être invoquées : longue attente, stress lié à l'inclusion dans l'étude ou à l'annonce des résultats biologiques...

Le contexte de vie global du patient était également mis en exergue : conditions socio-professionnelles, problèmes familiaux, difficultés psychologiques (chroniques ou passagères)...

La survenue d'événements médicaux intercurrents était régulièrement citée devant un déséquilibre (tensionnel ou glycémique essentiellement). La iatrogénie faisait pleinement partie de ce phénomène.

Enfin, des considérations telles que les vacances, les saisons, etc... étaient parfois avancées.

Exemples :

« Les difficultés familiales (fille ainée en risque de suicide avec hospitalisation) ont empêché l'observance des conseils HD (hygiéno-diététiques) »

« Aucune modification du traitement médical, par contre fait nouveau trouble de la miction avec PSA à 9, avis urologue, le patient est anxieux, craint d'avoir un cancer de la prostate. »

« Retour de vacances dans le Périgord chez sa fille restauratrice !!! »

« Contexte de vie avec quelques causes d'angoisse. Introduction traitement antihta + anticholestérolémiant si persistance des valeurs dans 3 mois. »

« (...) a de gros problèmes familiaux ; pense que ça va s'améliorer et son diabète aussi. »

« En retraite depuis fin juillet. »

« Moins d'exercice actuellement (hiver), TA à revoir dans 3 mois. »

« Objectifs non atteints en raison d'une part de l'insuffisance rénale qui limite les possibilités thérapeutiques (...). Par ailleurs, épisode intercurrent, apparition d'une pathologie intercurrente avec intervention chirurgicale récente qui perturbe encore d'avantage l'atteinte des objectifs. »

« TA difficile à gérer actuellement car prévisions d'intervention chirurgicale sur cancer de la thyroïde. »

« HbA1c 7.5% (7% il y a 3 mois, a (eu) un événement infectueux début mars, pourrait interférer sur équilibre dnid). »

« TA élevée ce jour - n'a pas arrêté de parler politique pendant toute la consultation - en campagne électorale. »

Tableau 2

| | temporisateurs : réévaluateurs | temporisateurs : négociateurs | prudents | scientifiques | optimistes | arrondisseurs | contextualisateurs |
|-------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------------|
| 1 | xxx | | | | | | |
| 2 | | | | xxx | | | |
| 3 | | | x | | | xxx | |
| 4 | | xxx | | | x | | |
| 5 | xxx | | | | | x | |
| 6 | | xxx | | | | | |
| 7 | | | xxx | | | | |
| 8 | | | | | xxx | | |
| 9 | | | | | | | xxx |
| 10 | | | | | | xxx | |
| 11 | | | | | | | xxx |
| 12 | | | | | x | | xxx |
| 13 | | | | | xxx | | |
| 14 | | | x | | | xxx | |
| 15 | | | | | xxx | | |
| 16 | | | xxx | | | x | |
| 17 | | | | | xxx | x | |
| 18 | | | | | xxx | | |
| 19 | x | | | | xxx | | |
| 20 | | xxx | | | x | | |
| 21 | | | xxx | | | | |
| 22 | x | | xxx | | | | |
| 23 | x | | | | xxx | | |
| 24 | | | | | xxx | x | |
| 25 | | | | | xxx | | |
| 26 | | xxx | | | | | |
| 27 | xxx | | | | | | |
| 28 | | | | | | xxx | |
| 29 | xxx | | | | | x | |
| 30 | xxx | | | | | | |
| 31 | xxx | | | | | | |
| 32 | | | x | | xxx | | |
| 33 | | | | | xxx | | |
| 34 | | | | | xxx | | |
| 35 | | xxx | | | | | x |
| 36 | | | x | | xxx | | |
| 37 | | | | | xxx | | |
| 38 | xxx | | | | x | | |
| 39 | xxx | | | | | | |
| 40 | | | | | xxx | | |
| 41 | x | | | | | xxx | |
| 42 | | xxx | | | x | | |
| 43 | xxx | | | | | | x |
| 44 | | | | | | | xxx |
| 45 | | | | | | | xxx |
| 46 | | | | | xxx | | |
| 47 | | | xxx | | | | |
| 48 | | | | | xxx | | |
| 49 | | | xxx | | x | | |
| 50 | | | xxx | x | | | |
| 51 | | xxx | | | | | |
| 52 | | xxx | | | | | |
| 53 | | | x | | | xxx | |
| 54 | x | | | | | | xxx |
| 55 | | | | | | | xxx |
| 56 | | xxx | | | | | |
| 57 | xxx | | | | | | |
| 58 | | | | | xxx | | |
| 59 | | xxx | | | | x | |
| 60 | xxx | | | | | | |
| 61 | xxx | | | | | | |
| 62 | | | x | | | | xxx |
| 63 | | | xxx | | x | | |
| 64 | | x | xxx | | | | |
| 65 | | | xxx | | | x | |
| 66 | x | | | | xxx | | |
| 67 | | | x | | | | xxx |
| 68 | x | | | xxx | | | |
| 69 | | | | | xxx | | |
| 70 | | xxx | | | | | |
| 71 | | xxx | | | x | | |
| 72 | | | xxx | | | | |
| 73 | xxx | | | | x | | |
| 74 | xxx | | | | | | |
| 75 | | | | | | | xxx |
| 76 | | x | | | xxx | | |
| 77 | | | | | | | xxx |
| 78 | | | | | xxx | | |
| 79 | | | | | xxx | | |
| 80 | xxx | | | | | | x |
| 81 | | xxx | | | x | | |
| 82 | | | | | | xxx | |
| 83 | | | | | | | xxx |
| 84 | | | x | | | xxx | |
| 85 | xxx | | | | | | |
| 86 | | xxx | | | | | |
| 87 | | xxx | | | | | |
| 88 | | | | | xxx | | |
| 89 | x | | | | | xxx | |
| 90 | | | | | | | xxx |
| 91 | xxx | | | | | | |
| 92 | | | | | xxx | | |
| TOTAL xxx En % | 17 18,50% | 15 16,30% | 11 12,00% | 2 2,20% | 25 27,20% | 9 9,80% | 21 14,20% |
| TOTAL x En % | 8 20,50% | 2 5,10% | 8 20,50% | 1 2,60% | 10 25,60% | 7 17,90% | 3 7,70% |

Le tableau 2 synthétise l'ensemble des typologies principales (représentées par une triple croix XXX) des 92 médecins.

Les tendances associées, quand elles existaient pour un médecin donné, sont signalées par un simple croix X).

En effet, les limites entre deux typologies n'étaient pas toujours évidentes, certains médecins étant parfois « entre deux » groupes.

Dans ces cas, une typologie principale et une tendance associée ont été dégagées.

Le tableau 3, ci-dessous, résume ce phénomène.

Tableau 3

| typologies principales : | | temporisateurs : réévaluateurs | temporisateurs : négociateurs | prudents | scientifiques | optimistes | arrondisseurs | contextualisateurs |
|----------------------------------|--------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------|---------------|------------|---------------|--------------------|
| nombre de typologies principales | | 17 | 15 | 11 | 2 | 25 | 9 | 13 |
| tendances associées | réévaluateurs | | 0 | 1 (9%) | 1 (50%) | 3 (12%) | 2 (22%) | 1 (8%) |
| | négociateurs | 0 | | 1 (9%) | 0 | 1 (4%) | 0 | 0 |
| | prudents | 0 | 0 | | 0 | 2 (8%) | 4 (44%) | 2 (15%) |
| | scientifiques | 0 | 0 | 1 (9%) | | 0 | 0 | 0 |
| | optimistes | 2 (12%) | 5 (33%) | 2 (18%) | 0 | | 0 | 1 (8%) |
| | arrondisseurs | 2 (12%) | 1 (7%) | 2 (18%) | 0 | 2 (8%) | | 0 |
| | contextualisateurs | 2 (12%) | 0 | 0 | 0 | 1 (4%) | 0 | |
| | aucune | 11 | 9 | 4 | 1 | 16 | 3 | 9 |

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Caractère déclaratif des réponses

L'ensemble des données recueillies auprès des médecins est constitué des informations qu'ils ont accepté de nous exposer.

Ainsi une perte d'information est possible à différents niveaux.

D'une part, toute réflexion comporte des processus conscients et inconscients, ces derniers ne pouvant par définition être retranscrits par le sujet.

Ceci est particulièrement vrai dans le cas de réponses écrites.

D'autres méthodes de recueil, telles que les focus groups ou les interviews sont habituellement utilisées pour les études qualitatives. Grâce aux interactions entre les participants du groupe, ou aux relances de l'interviewer, elles permettent d'accéder à des données plus riches, ce qui n'est pas le cas ici.

Par ailleurs, parmi les éléments entrant en compte consciemment dans leur prise de décision, certains peuvent être occultés volontairement, notamment si le médecin réalise à posteriori leur non pertinence.

Cependant, élément essentiel, le recueil par écrit nous éclaire sur la perception immédiate qu'ont les médecins de l'IT qu'ils pratiquent. Ces causes immédiatement conscientes d'inertie thérapeutique paraissent les plus accessibles à une action ultérieure visant à réduire ce phénomène.

1.2. Visite d'inclusion

La question ouverte : « Pourquoi n'avez-vous pas modifié le traitement » a été posée à M6, M12, M18 et M24, et également à M0, c'est à dire à la visite d'inclusion.

La pertinence de ce recueil précoce est discutable pour plusieurs raisons.

Cette visite, déjà lourde (vérification des critères d'éligibilité, en particulier des antécédents et facteurs de risque, recueil du traitement actuel, explication du déroulement de l'étude au patient, négociation et réassurance...), rend limitée la place pour une modification thérapeutique et son explication au patient.

Par ailleurs, le contexte d'inclusion à une étude, avec la somme d'informations reçues par le patient, est susceptible de majorer un stress éventuel, et d'interférer notamment avec la mesure de la tension artérielle.

Enfin, elle fait suite à une consultation récente, la visite d'éligibilité, lors de laquelle le traitement a, le cas échéant, déjà été réévalué.

C'est ce que certains médecins ont souligné dans leurs réponses :

« L'inclusion a pris du temps et on n'a pas pu expliquer correctement en plus la modification du traitement faisable ... On le fera dans trois mois. »

« La TA du patient était aux objectifs lors des deux consultations précédentes. Je pense que l'élévation de la TA systolique et diastolique de ce jour peut être en relation avec les conditions inhabituelles de la visite d'inclusion. »

*« Trop de choses à aborder avec cette patiente (découverte diabète et dyslipidémie récente gros problèmes d'obésité, soucis familiaux, présentation de ESCAPE... *) ... que j'en ai oublié de lui reparler (pour la centième fois...) de l'utilité d'arrêter le tabac!. * + élaboration pièces ALD!... »*

Ainsi, il conviendrait de comparer les réponses entre la visite d'inclusion et les visites suivantes, pour rechercher un biais lié à cette visite précoce. Il est néanmoins peu vraisemblable qu'un tel biais influe significativement sur les résultats.

1.3. Limites liées à l'interprétation des réponses

Comme nous l'avons vu dans le chapitre "méthode", chaque réponse des médecins a été retranscrite en une combinaison d'unités sémantiques. Cette étape suppose une interprétation.

C'est pour en limiter les répercussions que la base n'a pas été codée par une seule et même personne. Une partie a été traitée par deux binômes différents, soit quatre chercheurs, assurant une double triangulation, la mise en commun des codes, qui s'est avérée satisfaisante, avec une très bonne corrélation au sein des binômes et entre les binômes. Le reste de la base a été traité par deux chercheurs.

Par ailleurs, il s'agit d'une interprétation par des experts cliniciens, apportant la richesse de leurs pratiques et expérience à la lecture des données.

Une analyse statistique pure a été réalisée, toujours grâce au logiciel Nvivo9. Cependant l'analyse lexicale par le logiciel s'est avérée pauvre et sans intérêt. Elle ne permettait pas de définir ou d'enrichir des typologies de praticiens.

1.4. Choix méthodologiques

L'analyse des matrices de données, qui croisent les médecins en abscisses aux codes axiaux en ordonnées aurait pu se faire de différentes manières, selon la situation de recherche. Il était notamment possible de traiter ces données en analyse des correspondances multiples. (16)

On aurait alors considéré les médecins comme des individus statistiques décrits par des variables nominales (les codes), pondérées par leurs fréquences respectives. Quoique se heurtant à quelques obstacles techniques particuliers, en particulier la taille du tableau disjonctif complet et du tableau de Burt, et peut-être à un manque de puissance, ce choix était possible.

Le choix d'une approche plus observationnelle n'est donc pas technique, mais bien théorique. Il s'est en réalité agit de respecter les valeurs intrinsèques du paradigme qualitatif choisi au départ.

Les éléments quantitatifs disponibles ont été utilisés pour générer des hypothèses, notamment à partir de l'analyse des dix médecins qui avaient fourni le plus de données. Le nombre limité des abscisses a permis l'analyse d'un tableau disjonctif des patrons, à partir desquelles les typologies ont été esquissées.

Toutes les précisions apportées ensuite aux typologies, et l'examen de l'ensemble des données ont été fait selon une méthode qualitative pure.

Cette méthode a paru la plus à même de concilier logiquement la définition du savoir, quand il s'agit de typologies de professionnels dans leur exercice, avec la manière d'acquérir ce savoir.

1.5. Médecins exclus

Au terme de l'analyse, les médecins ont pu être classés en 7 groupes différents.

Les 33 praticiens pour lesquels un nombre trop faible de données a été recueilli n'ont pas pu être classés dans un groupe.

1.6. Limites de l'analyse

Dans la perspective d'une mise en place d'aides spécifiques aux médecins en fonction de leur typologie, la recherche d'une corrélation entre les caractéristiques socio-professionnelles et chaque typologie a été envisagée.

Malheureusement, si de tels liens existent, nous ne disposons pas dans ESCAPE-Quali d'une puissance suffisante pour les identifier.

2. Résultats principaux

2.1. Les facteurs d'inertie thérapeutique

Notre étude a, pour la première fois, permis de définir différentes typologies de médecins généralistes vis-à-vis de l'inertie thérapeutique.

Si ces données ne peuvent donc pas directement être confrontées à des résultats antérieurs de même nature, certains des facteurs composant chacun des groupes ont déjà été décrits.

Les réévaluateurs :

Le besoin de poursuivre la surveillance tensionnelle, de vérifier les valeurs obtenues par de nouvelles mesures avant d'envisager une intensification du traitement antihypertenseur est également un des facteurs retrouvés par Oliveira SA et al. dans leur étude « Physician-Related Barriers to the Effective Management of Uncontrolled Hypertension. ». (17)

Cette raison était citée dans 35% des cas d'inertie.

Cependant, les modalités de cette réévaluation n'étaient pas précisées.

À l'inverse, parmi les raisons invoquées par les médecins « réévaluateurs » dans notre étude, le recours à une auto-mesure tensionnelle occupait une place importante, et nous semble plus pertinent qu'une n-ième mesure au cours d'une consultation ultérieure.

Nous n'avons pu trouver d'élément issu de la littérature évoquant cette attitude.

Les négociateurs :

Cette attitude de négociation responsable d'inertie a auparavant été évoquée par Scheen et al. qui l'associait à la non-observance des patients. Selon lui, ces deux phénomènes s'auto-entretiennent, ce qu'il décrit en ces termes : (11)

« Intuitivement, plus le médecin pressent que son patient sera réticent à l'initiation ou à l'intensification d'un traitement, moins il sera enclin à entreprendre cette démarche. De même, plus le médecin suspecte un manque d'adhésion au traitement de la part de son patient, plus il sera enclin à une certaine inertie thérapeutique. Cette relation particulière contribue certainement à entretenir l'inertie thérapeutique. »

Les prudents:

La crainte, parfois surestimée, d'effets indésirables, qui est la caractéristique centrale de ce groupe, est une des causes avancées par Phillips pour expliquer l'IT. (12)

Le contexte de prévention primaire dans lequel les soins sont prodigués dans notre étude, ne peuvent qu'amplifier ce phénomène, faisant référence au classique « primum non nocere ».

Les scientifiques :

On peut s'étonner de ne compter que 2,2 % de médecins au sein de notre étude présentant ce profil.

En effet, la responsabilité du défaut d'adhésion par les médecins aux recommandations a été mise en évidence dans de nombreuses études.

On peut ainsi citer l'étude d'Adams et Carter : « *Current guidelines were considered by some (practitioners) to be outdated, unavailable, difficult to remember and lacking in advice to tackle barriers.* » (18)

Une autre étude, menée en France par Robert Nicodème et publiée en juillet 2009, (13) cherchant à comprendre pourquoi des PA supérieures à 140/90 mmHg ne conduisent pas les praticiens à modifier leurs traitements, souligne également un manque d'adhérence aux recommandations, décrites comme changeantes et souvent peu claires.

Face à cet apparent écart entre nos observations et la littérature, plusieurs points doivent être discutés.

Tout d'abord, il convient de distinguer les médecins selon le type de critiques qu'ils apportent aux recommandations. L'attitude consistant à déplorer leur caractère changeant, peu clair, ou difficile à mémoriser est très différente de celle qui s'appuie sur des publications récentes en contradiction avec les recommandations et conduit à ne pas les appliquer.

C'est cette dernière attitude qu'ont adoptée les « scientifiques » de notre étude, essentiellement au sujet de l'aspirine en prévention primaire chez les diabétiques. Devant des études récentes remettant en cause le bénéfice de cette prescription systématique (19) (20), ils sont allés contre les recommandations, en apportant à leurs patients les soins appropriés en fonction des données actuelles de la science.

Une fois cette distinction faite, il est légitime de s'interroger sur une éventuelle typologie manquante dans notre étude, qui correspondrait aux médecins à qui les recommandations ne conviennent pas pour des raisons de « commodité », telles que décrites ci-dessus.

Pour expliquer l'absence d'une telle typologie, l'hypothèse des formations prodiguées aux médecins du groupe intervention peut être avancée. En effet, après avoir bénéficié d'une mise au point et d'explications des recommandations, ainsi que de la mise à disposition de brochures les résumant, les médecins pouvaient ne pas y adhérer pour des raisons scientifiques, mais pas les ignorer.

Les optimistes :

Parmi les causes d'IT exposées par Phillips (12) on retrouve la notion d'amélioration en cours, fortement représentée par les « optimistes » qui évoquent des résultats « pas si mauvais » (c'est-à-dire meilleurs que ceux qu'on a connus jusque là), une amorce de perte de poids... D'ailleurs, dans la description de Phillips comme dans nos observations, ces raisons s'associent à un renforcement des consignes hygiéno-diététiques, appuyant la cohérence interne de ce groupe.

Ces optimistes là sont en revanche un peu différents de ceux décrits par exemple par McBride et al., qui décrivent, à propos du LDL-cholestérol de patients coronariens :

- 14% de patients équilibrés < 1 g/l
- 65% de patients non traités
- 86% de praticiens satisfaits de leur prise en charge ! (21)

On peut penser que la participation à une étude, et le remplissage systématique du cahier d'observation ont obligé les médecins investigateurs d'ESCAPE à considérer la réalité des résultats obtenus.

Les arrondisseurs :

L'étude ESCAPE-ABPMS a été conçue au sein d'ESCAPE, après la mise en évidence d'une différence significative de pression artérielle moyenne (systolique et diastolique) entre les groupes témoin et intervention à l'inclusion (22) . Elle a évalué l'impact de la préférence numérique dans ces deux groupes.

Il a ainsi été constaté que la pratique de la préférence numérique était moindre dans le groupe intervention. Une des hypothèses avancées pour expliquer cet écart de pratiques était l'utilisation de l'appareil oscillométrique, fourni au début de l'étude à chaque médecin du groupe intervention. Cette pratique semblait de plus liée à l'ancienneté d'utilisation d'un appareil électronique.

Ce phénomène est susceptible d'être également impliqué dans l'existence même de la typologie des arrondisseurs. On peut en effet supposer que la tendance de ces médecins à présenter leurs résultats comme limites et éventuellement inhabituels soit directement liée à cette modification de leurs habitudes.

Une analyse complémentaire d'ESCAPE-ABPMS à l'issue des 2 ans de suivi permettra peut-être de faire la part des choses entre des comportements liés au médecin et à l'ancienneté de l'appareil oscillométrique.

Si l'impact de la modification des habitudes de mesure liée à l'introduction d'un appareil oscillométrique à l'occasion de l'étude ESCAPE reste à préciser, il n'en reste pas moins que cette raison de « valeur limite » ressort de la littérature.

Ainsi, elle apparaissait dans 4,2 % des situations de non modification du traitement lors de l'étude menée par Nicodème.

Les contextualisateurs :

Toujours selon Nicodème, un des trois facteurs invoqués par les praticiens pour justifier leur inertie thérapeutique en matière d'HTA était : « (...) *la prise en considération du contexte clinique spécifique de leurs patients.* », et correspondait à un tiers des situations.

Ce dernier élément, le contexte spécifique à chaque patient, est l'élément clé qui pourrait résumer à lui seul la typologie des « contextualisateurs », qui dans notre étude s'avère cependant moins fréquente puisque représentant 14,2 % de médecins.

Cependant, au sein de ce groupe, les éléments contextuels avancés diffèrent d'un médecin à l'autre. Si dans certaines situations le contexte imposait en effet un délai avant adaptation thérapeutique, dans d'autres le praticien avançait en fait de faux prétextes pour justifier l'IT.

La distinction entre ces situations, et tous les intermédiaires imaginables, est très délicate à priori.

Au total, on peut supposer une relative hétérogénéité dans ce groupe. Les données qualitatives complémentaires seront sans doute d'une grande utilité pour préciser d'éventuels sous-groupes.

2.2. La définition de l'inertie thérapeutique

La question de la définition de l'IT, au vu des facteurs qui y sont associés, et aux typologies mises en évidence, se pose de façon aiguë.

En effet ce concept garde des limites floues, chaque chercheur l'étudiant en apportant sa propre définition.

On peut ainsi citer :

Phillips et al : L'inertie thérapeutique correspond au défaut d'initiation ou d'intensification d'un traitement par un soignant, dans des domaines où un bénéfice à traiter a été démontré (tel que la prise en charge de l'HTA, de dyslipidémie, ou de diabète), et où des objectifs à atteindre ont été définis. (12)

Scheen et al : « *L'inertie médicale peut comprendre l'inertie diagnostique et l'inertie thérapeutique. L'inertie diagnostique pourrait être définie comme l'attitude qui aboutit à un délai exagéré entre le moment où le médecin est consulté par son patient et le moment où le diagnostic est finalement posé. L'inertie thérapeutique, quant à elle, peut être définie comme un retard non justifié concernant l'initiation ou l'intensification d'un traitement alors que le diagnostic est correctement posé et donc que le médecin est bien au fait du risque potentiel encouru par le patient. Il faut noter qu'elle ne concerne pas seulement le traitement pharmacologique, mais aussi les conseils hygiéno-diététiques, trop souvent négligés, surtout en médecine préventive.* » (11)

Faria et al : « *the inappropriate management of at least one medical condition for a given patient because of minimal or lack of appropriate therapeutic interventions .* » (23)

O'Connor : L'inertie clinique (dans la prise en charge du diabète) peut être définie simplement comme un défaut d'intensification du traitement d'un patient dont l'HbA1c n'atteint pas les objectifs déterminés par l'« evidence based medicine ». [« *Clinical inertia may be simply defined as failure to intensify treatment of a patient who is not at their evidence-based HbA1c goal.* »] (24)

Cette dernière définition apparaît d'ailleurs inutilisable en raison du terme « evidence-based HbA1c goal ». En effet, soit on considère que l'objectif à atteindre est prédéfini (par des recommandations), puis à adapter selon le cas particulier du patient, ce qui est le propre de la pratique de l'« evidence based medicine », soit on considère que l'objectif doit être défini selon chaque patient, et aucune inertie ne peut alors être mise en évidence.

Il convient par ailleurs de souligner que malgré le nombre d'études et articles dont elle fait l'objet, l'inertie thérapeutique (ou même l'inertie clinique) n'est pas encore référencée en tant que Mesh term.

Une nouvelle définition ?

Ces différents éléments témoignent de l'ambiguïté de la situation actuelle, et de la nécessité d'y mettre un terme.

De plus, les facteurs cités jusqu'ici comme contribuant à l'IT ne peuvent pas tous être mis sur le même plan.

Il apparaîtra par exemple à tout clinicien que la non-introduction d'une 5ème molécule anti-hypertensive à un patient de 88 ans s'il présente une TA à 150/90 mmHg, justifiée donc par le contexte spécifique du patient, est judicieuse.

Cependant cette situation, au vu des définitions vues plus haut, relève de l'IT.

À l'inverse, expliquer la non modification thérapeutique devant une TA limite à 143/82 mmHg chez un patient à haut risque est la caricature même de l'IT.

En effet, il est démontré qu'une diminution thérapeutique moyenne de 2,2 mmHg de la PAS est associée à une réduction significative de 19 % du risque relatif d'infarctus du myocarde, et de 15 % du risque relatif d'AVC dans une population d'hypertendus traités. (25)(26)

La prise en compte de ces différences fondamentales de situations aboutissant à une non adaptation thérapeutique semble dès lors indispensable en vue d'une re-définition du concept d'IT, ce que Faria et al ont déjà proposé. (23)

Ce travail n'est qu'une première étape dans ce domaine, et on ne pourra proposer une nouvelle définition, voire une nouvelle terminologie, qu'à l'issue d'un recueil beaucoup plus vaste de données qualitatives, et systématique des données de la littérature. Ces différentes étapes constituent la suite d'ESCAPE-Quali.

3. Perspectives

Solutions classiquement proposées

Plusieurs solutions ont déjà été proposées et étudiées afin de réduire l'inertie thérapeutique, parmi lesquelles la mise en place de programmes d'amélioration des pratiques de prise en charge de l'hypertension artérielle.

« The Impulsion Study » (Implementation of guidelines for the management of arterial hypertension) est une étude réalisée au Royaume Uni, incluant des patients hypertendus en prévention primaire et ayant pour but d'évaluer l'impact de la mise en place de mesures simples dans le cadre de consultations externes (formation, mise à disposition de recommandations aux praticiens, éducation des patients et distribution de brochures, associés au fait de remplir un questionnaire court). (27)

Les résultats ont ainsi mis en évidence une augmentation du taux de contrôle tensionnel après 6 mois, associée à un meilleur contrôle des autres facteurs de risque cardiovasculaire.

L'étude ESCAPE est une étude française à échelle nationale, dont l'objectif et la méthode de réalisation sont proches de celle-ci. Les résultats en sont attendus prochainement.

Cependant ces initiatives s'adressent de la même façon à l'ensemble des médecins, quelles que soient leurs habitudes et pratiques.

Perspectives

La mise en évidence des typologies de praticiens vis-à-vis de l'inertie thérapeutique ouvre les portes vers des actions et des aides plus personnalisées.

Des outils spécifiques pourraient ainsi être mis à disposition des médecins en fonction de leur typologie, afin d'obtenir un meilleur contrôle des facteurs de risque de leurs patients.

Les formes et modalités de ces aides restent à définir : elles constitueront l'aboutissement d'ESCAPE-Quali.

CONCLUSION

Pour la première fois, il a été possible de dégager différentes typologies de médecins généralistes vis-à-vis de l'inertie thérapeutique dans la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire.

Cette analyse de réponses simples et purement déclaratives reste à compléter par un recueil plus exhaustif et plus fin de données qualitatives, afin de préciser les mécanismes intimes de l'inertie thérapeutique pour les médecins relevant de chacune de ces typologies. D'autres méthodes de recueil de données, parmi lesquelles la réalisation de focus group et d'entretiens personnels, sont prévus. Les typologies définies ici permettront d'orienter le recrutement des médecins pour cette prochaine étape.

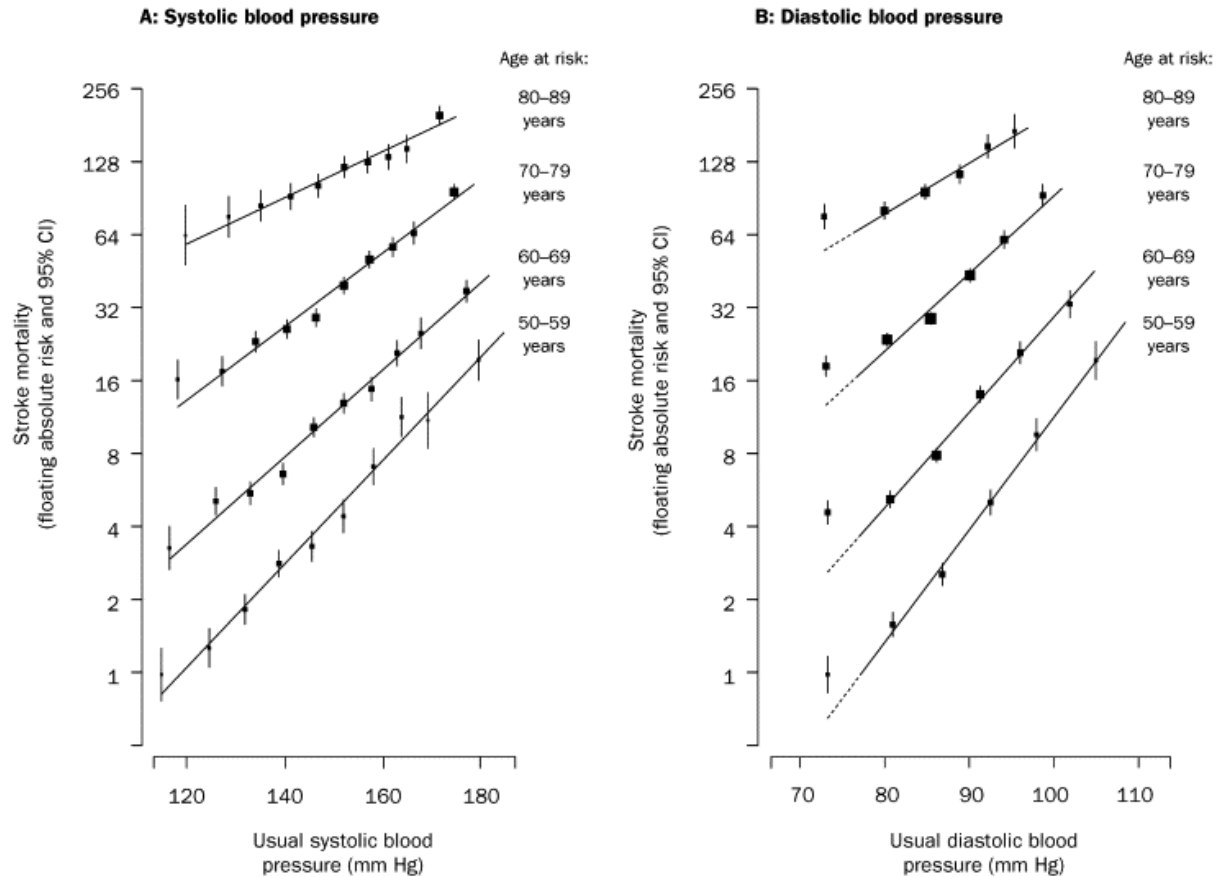
La mise en place d'outils de réduction de l'inertie thérapeutique est l'objectif ultime de cette démarche de recherche. Elle bénéficiera de l'étude de ces typologies pour la diversification et l'implémentation de ces outils.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al. - Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality : a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002 Dec 14;360(9349):1903-13.
- (2) Staessen JA, Wang JG, Thijs L-Cardiovascular protection and blood pressure reduction: a meta-analysis. *Lancet* 2001;358:1305–15
- (3) Samson S, Ricordeau P, Pepin S et al- Hypertension artérielle et facteurs de risques associés : évolutions des traitements entre 2000 et 2006.*Points de repère, CNAMTS* octobre 2007 ; 10:1-8.
- (4) Observatoire de la Médecine Générale- Données en consultation pour HTA. Disponibles sur le site : <http://omg.sfmng.org/>
- (5) HAS 2005 - Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle.
- (6) Afssaps 2005 - Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique.
- (7) Afssaps, HAS 2006 Traitement médicamenteux du diabète de type 2.
- (8) Marques-Vidal P, Evans AE, Cambou JP, et al.- Awareness and control of hypertension and hypercholesterolaemia in France and Northern Ireland. *QJM* 1997 ; 90 (5): 341-345.
- (9) Richard Wang Y, Caleb Alexander G, Randall S - Outpatient Hypertension Treatment, Treatment Intensification, and Control in Western Europe and the United States. *Arch Intern Med.* 2007;167(2):141-147.
- (10) Godet-Thobie H, Vernay M, Noukpoape A et al- Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007. *BEH* 16 décembre 2008 ; 49-50 : 478-483
- (11) Scheen AJ - Inertie thérapeutique dans la pratique médicale :causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège* 2010; 65(5-6) : 232-238.
- (12) Phillips LS, Branch WT, Cook CB, et al.- Clinical Inertia. *Ann Intern Med* November 2001 ; 135(9) : 825-834
- (13) Nicodème R, Albessard A, Amar J, et al. - Poor blood pressure control in general practice: In search of explanations. *Archives of Cardiovascular Diseases* June-July 2009 ; 102(6-7) : 477-483.
- (14) Rodondi N, Peng T, Karter AJ, et al. -Therapy Modifications in Response to Poorly Controlled Hypertension, Dyslipidemia, and Diabetes Mellitus *Ann Intern Med* April 4, 2006 ; 144:475-484.
- (15) Morgan DL. Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research. *Qual Health Res.* 1998;8(3):362-76.

- (16) Crucianu M, Asselin de Beauville JP, Boné R.- Méthodes factorielles pour l'analyse de données, *Hermes* 2004
- (17) Oliveria SA, Lapuerta P, McCarthy BD, et al.- Physician-Related Barriers to the Effective Management of Uncontrolled Hypertension. *Arch Intern Med.* 2002; 162:413-420
- (18) Adams OP, Carter AO- Diabetes and hypertension guidelines and the primary health care practitioner in Barbados: knowledge, attitudes, practices and barriers--a focus group study. *BMC Fam Pract* 2010 Dec 3;11:96.
- (19) Ogawa H, Nakayama M, Morimoto T et coll. Low-dose aspirin for primary prevention of atherosclerosis events in patients with type 2 diabetes. A randomized controlled trial. *JAMA* 2008;300:2134-41
- (20) Belch J, MacCuish A, Campbell I, et al.- The prevention of progression of arterial disease and diabetes (POPADAD) trial : factorial randomised placebo controlled trial of aspirin and antioxidants in patients with diabetes and asymptomatic peripheral arterial disease. *Br Med J*, octobre 2008; 337 :1840-50.
- (21) McBride P, Schrott HG, Plane MB, et al.- Primary care practice adherence to National Cholesterol Education Program guidelines for patients with coronary heart disease. *Arch Intern Med.* 1998;158:1238-44.
- (22) Lebeau J-P, Pouchain D, Huas D, et al.- ESCAPE-ancillary blood pressure measurement study: end-digit preference in blood pressure measurement within a cluster-randomized trial. *Blood Press Monit* [Internet]. 2011 ; doi: 10.1097/MBP.0b013e328344d067
- (23) Faria C, Wenzel M, Lee KW, et al. - A narrative review of clinical inertia: focus on hypertension *Journal of the American Society of Hypertension* July-August 2009 ; 3(4) : 267-276.
- (24) O'Connor PJ- Commentary- Improving Diabetes Care by Combating Clinical Inertia *HSR: Health Services Research.* December 2005 ; 40(6, Part I) :1854-1861 DOI: 10.1111/j.1475-6773.2005.00437.x
- (25) Julius S, Kjeldsen SE, Weber M et al. for the VALUE trial group.- Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomized trial. *Lancet* 2004;363:2022-31.
- (26) Staessen JA, Birkenhäger WH.- VALUE: to the heart of the matter. *J Hypertens* 2004; 22:1431-4.
- (27) Karagiannis A, Hatzitolios A, Athyros C, et al. - Implementation of Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Impulsion Study. *Open Cardiovasc Med J* 2009 ; 3:26-34.

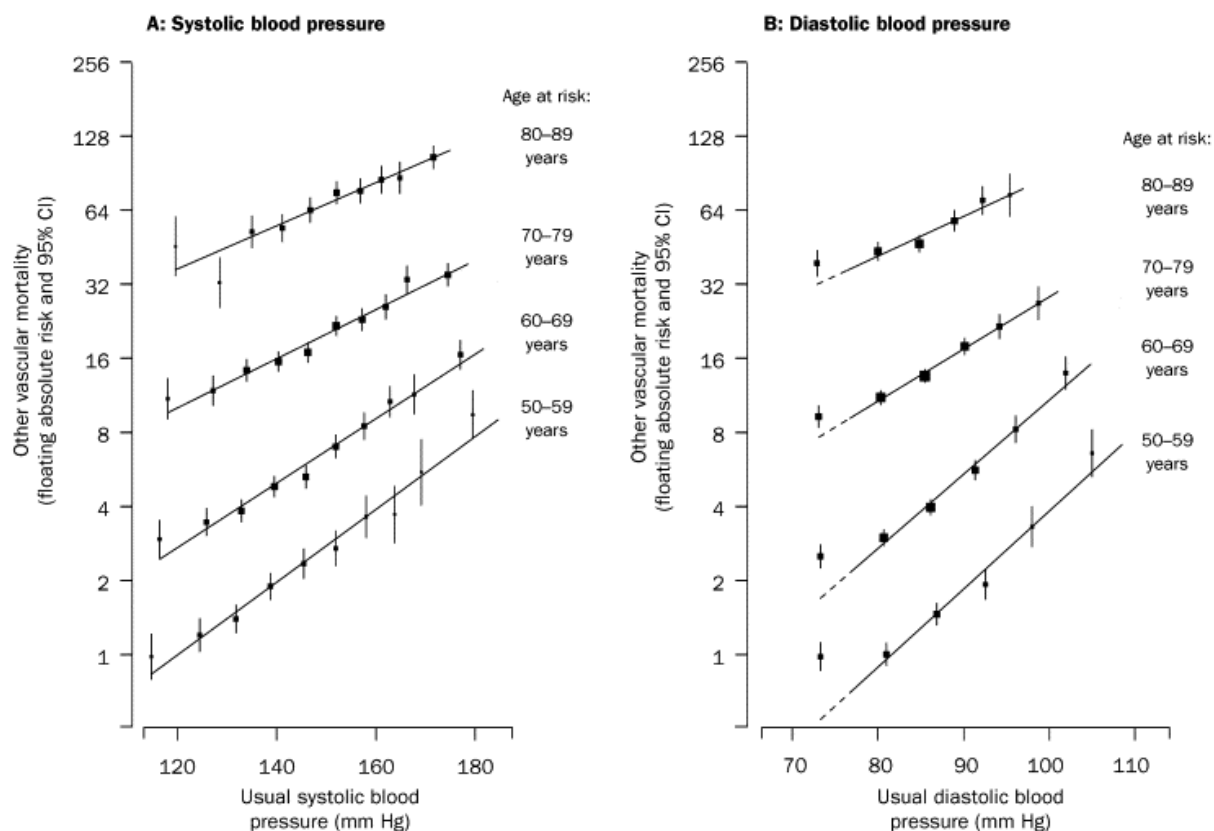
Annexe 1 : relation linéaire entre PA et taux de mortalité par AVC



Annexe 1 : Stroke mortality rate in each decade of age versus usual blood pressure at the start of that decade. Rates are plotted on a floating absolute scale, and each square has area inversely proportional to the effective variance of the log mortality rate. For diastolic blood pressure, each age-specific regression line ignores the left-hand point (ie, at slightly less than 75 mm Hg), for which the risk lies significantly above the fitted regression line (as indicated by the broken line below 75 mm Hg).

Référence : Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al. - Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality : a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002 Dec 14;360(9349):1903-13.

Annexe 2 :
relation linéaire entre PA et taux de mortalité
par autres événements cardiovasculaires



Annexe 2 : Other vascular (not stroke or ischaemic heart disease) mortality rate in each decade of age versus usual blood pressure at the start of that decade

Référence : Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al. - Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality : a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002 Dec 14;360(9349):1903-13.

Annexe 3 : CRF

ETUDE ESCAPE VISITE D'INCLUSION

Centre |__|_|__|_| Patient |__|_| Monogramme |__|_| |__|_| N° bx |2| N° vis |0|
Type de bx |I| |N| |C| |L| Date de la visite : |__|_| |__|_| |__|_|
|

1. Caractéristiques du patient :

- | | |
|--|--|
| 1.1 Date de naissance : __ _ __ _ __ _ | 1.10 Fréquence cardiaque : __ _ __ _ bat/mn |
| 1.2 Sexe : 1 <input type="checkbox"/> F 1 <input type="checkbox"/> M | 1.11 Cholestérol total : ... __ _ . __ _ g/l |
| 1.3 Taille : __ _ __ _ cm | 1.12 HDL-Cholestérol : ... __ _ . __ _ g/l |
| 1.4 Poids : __ _ __ _ kg | 1.13 LDL-Cholestérol : ... __ _ . __ _ g/l |
| 1.5 Tour de taille : .. __ _ __ _ cm | 1.14 Triglycérides : __ _ __ _ . __ _ g/l |
| 1.6 PAS 2 ^{ème} mesure : __ _ __ _ mmHg | 1.15 Créatinine sérique : __ _ __ _ . __ _ mg/l |
| 1.7 PAD 2 ^{ème} mesure : __ _ __ _ mmHg | 1.16 Albuminurie : __ _ __ _ . __ _ mg/l |
| 1.8 PAS 3 ^{ème} mesure : __ _ __ _ mmHg | 1.17 Glycémie à jeun : ... __ _ . __ _ g/l |
| 1.9 PAD 3 ^{ème} mesure : __ _ __ _ mmHg | 1.18 HbA1c : __ _ __ _ . __ _ % |
- (HbA1c pour diabétique seulement)

2. Antécédents et facteurs de risque :

- 2.1 Ancienneté de l'HTA :|__|_| (années)
- 2.2 Tabagisme :1 ☐ Fumeur 2 ☐ arrêt < 3 ans 3 ☐ non fumeur
- 2.3 Diabète de type 2 :1 ☐ OUI 2 ☐ NON 3 ☐ NSP
- Si OUI, 3.3.1 Ancienneté du diabète :|__|_| (années)
- 2.4 Hypertrophie ventriculaire gauche électrique ou échographique: 1 ☐ OUI 2 ☐ NON 3 ☐ NSP
- 2.5 Antécédents cardiovasculaires familiaux précoces tels que définis dans la
fiche d'éligibilité :1 ☐ OUI 2 ☐ NON 3 ☐ NSP

**IMPORTANT : Ne pas oublier de prescrire le bilan biologique de suivi pour la
prochaine consultation de prévention dans 6 mois :**

- ✓ **CT, HDL-C, LDL-C calculé, TG, Créatininémie, Albuminurie, Glycémie à jeun pour tous les patients**
- ✓ **HbA1c pour les diabétiques seulement**
- ✓ **autres examens si nécessaire à votre pratique**

Annexe 3 (suite)

3. TRAITEMENTS :

Merci de noter ci-dessous les traitements préventifs à visée cardiovasculaire en cours, y compris les antidiabétiques oraux et l'insuline.

(Merci d'écrire TRES lisiblement)

| Nom commercial | Dosage (mg) | Nombre d'unités /jour (comprimé, sachet, Injection, etc.) | Cocher ci-dessous si modification de posologie ou nouveau médicament * |
|----------------|-------------|---|--|
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |

* (nouveau médicament = médicament de composition différente)

4. Nom et signature du médecin :

Annexe 3 (suite)

VISITE D'INCLUSION

| | | | | | |
|---------|---------|------------|-------|--------|------------|
| _ _ _ _ | _ _ | _ _ _ _ | 3 | 0 | I N T E |
| Centre | Patient | Monogramme | N° bx | N° vis | Type de bx |

Lors de cette consultation, avez-vous discuté avec le patient :

- | | oui | non | NSP |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. De l'observance au traitement..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 2. De diététique | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 3. De la nécessité de faire de l'exercice..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4. D'arrêter de fumer (s'il est fumeur)..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

Si lors de cette consultation le patient n'est pas aux objectifs préconisés par les recommandations (pression artérielle, LDL-Cholestérol, HbA1c et aspirine à petite dose pour les diabétiques de type 2) et que vous n'avez pas modifié le traitement médicamenteux, pourriez-vous en indiquer les raisons dans le cadre ci-dessous.

Merci d'écrire lisiblement

Annexe 4 : **Critères d'inclusion et d'exclusion des patients**

Critères d'inclusion des patients

Patients hypertendus traités depuis au moins 6 mois, indemnes d'antécédent personnel d'événement et/ou de signe clinique de maladie athéromateuse, âge ≥ 40 ans et ≤ 75 ans et ayant au moins trois autres facteurs de risque associés parmi les suivants :

1. ≥ 50 ans pour les hommes et ≥ 60 ans pour les femmes.
2. Antécédent familial d'infarctus du myocarde ou de mort subite précoce (≤ 55 ans chez le père ou un parent masculin du premier degré, ≤ 65 ans chez la mère ou un parent féminin du premier degré, accident vasculaire cérébral ≤ 45 ans chez un parent du premier degré).
3. Tabagisme en cours ou arrêt < 3 ans (déclaratif).
4. Diabète de type 2 traité ou non (glycémie à jeun $> 1,26$ g/l à deux reprises ou traitement médicamenteux antidiabétique).
5. LDL-Cholestérol $\geq 1,60$ g/l traité ou non.
6. HDL-Cholestérol $\leq 0,4$ g/l quel que soit le sexe; (si HDL $\geq 0,6$ g/l, retirer un FDR).
7. Hypertrophie ventriculaire gauche connue (échographique ou ECG).
8. Excrétion urinaire d'albumine ≥ 20 mg/l.

Critères d'exclusion des patients

- Antécédent personnel d'événement ou de maladie cardiovasculaire clinique : infarctus du myocarde, insuffisance coronarienne, accident vasculaire cérébral, artérite des membres inférieurs, insuffisance cardiaque symptomatique, procédure vasculaire interventionnelle coronaire ou périphérique.
- Patients diabétiques de type 1.
- Age < 40 ans et > 75 ans pour les deux sexes.
- Patients non en mesure de poursuivre l'étude pendant trois ans.
- Patients ayant des difficultés importantes avec la langue française.
- Patients atteints d'une pathologie grevant le pronostic vital à court terme.
- Patients n'ayant pas signé le formulaire de consentement d'utilisation de ses données.
- Patients déjà inclus dans une autre étude.

Annexe 5 : **Axial code book**

- Diagnostic of RF : **(8,4%)**
 - Echocardiography **(0,1%)**
 - recent cardio checkup **(3,5%)**
 - BP self measurement **(6,1%)**
- General Practitioner : **(20,8%)**
 - Other specialist's advice: **(2,7%)** other specialist without further precision / nutritionist / nephrologist / hematologist / endocrinologist / diabetologist / cardiologist
 - Partial modification **(2%)**
 - Other scientific reasons **(1%)**
 - Omission **(1,1%)**
 - No time **(0,05%)**
 - Minor modification **(1,2%)**
 - GP's opinion **(2%)**
 - Doubt on treatment effectiveness **(0,4%)**
 - Wait and see : **(16%)**
 - Scheduled reevaluation **(9,6%)**
 - Scheduled change **(2%)**
 - Recent changes **(4,7%)**
 - Physical exercise (Sports and Diet) **(6,4%)**
 - Patient's promise **(1,3%)**
 - Expectations **(1%)**
 - Special **(0,3%)**
 - Selected result **(1,2%)**
 - Referral **(4,2%)**
 - Preference for exercise and diet **(5,3%)**
- Intercurrent event : **(11,5%)**
 - Sleep issues **(0,3%)**
 - Other medical priority **(1,7%)**
 - Organizational issue **(2,8%)**
 - Non medical intercurrent event **(4,5%)**
 - Medical intercurrent event **(6,8%)**
 - Intercurrent disease **(5,9%)**
 - Sleep Apnea Obstructive **(0,2%)**
 - Depressive disorder **(1,2%)**
 - Drug related medical intercurrent event **(1,3%)**
- Measurement : **(7,1%)**
 - Unreliable device **(0,8%)**
 - Preference for self-measured glycaemia **(0,7%)**
 - Preference for manual device **(2,1%)**
 - Preference for another oscillometric device **(0,7%)**
 - Not estimable LDL cholesterol **(0,6%)**
 - Missing results **(1,7%)**
 - Inadequate device **(0,9%)**
 - Circumstances of measurement **(1,5%)**
 - Blouse blanche **(1,4%)**

- Patient : **(16,6%)**
 - stress **(0,9%)**
 - Socio-professional context **(2,3%)**
 - Professional condition **(0,5%)**
 - Psychological profile **(4,7%)**
 - Patient's preferences **(4,4%)**
 - Hopeless **(0,4%)**
 - familial context **(1,3%)**
 - caregiver **(0,1%)**
 - Alcohol **(2,3%)**
 - Age **(0,4%)**
 - Adherence **(10,7%)**
 - Treatment interrupted **(1,6%)**
 - Adherence to non-drug treatment **(8,8%)**
 - Adherence to drug treatment **(3,4%)**
- Treatment : **(19,5%)**
 - Non drug treatment **(14,7%)**
 - Weight loss **(2,4%)**
 - Hygienic rules **(13,9%)**
 - Alternate treatment **(0,5%)**
 - Drug Treatment: **(10,4%)**
 - Precautions of use **(2,8%)**
 - Maximal treatment **(1,6%)**
 - Long prescription **(3,4%)**
 - insuline **(2,1%)**
 - Adverse effect **(6,1%)**
- Results : **(9,7%)**
 - Unusual results **(4,8%)**
 - Not so bad **(2,8%)**
 - Limit **(4,9%)**
- Relationship : **(6,3%)**
 - Negotiation **(3,7%)**
 - Limitation of instructions **(2%)**
 - Hierarchical organisation **(1,6%)**
 - Confidence **(0,7%)**
- Complex issues **(0,2%)**
- Risk factors :
 - HTA
 - HbA1c
 - Smoking
 - LDL
 - Aspirin

Annexe 3 : AXIAL CODE BOOK

À côté de chaque unité sémantique, le pourcentage qu'elle représente parmi l'ensemble des unités est indiqué en gras.

Les items « risk factors » n'ont pas été intégrés à l'analyse sémantique.

Annexe 6 :
Présentation des résultats des 23 médecins
ayant un nombre de réponses insuffisant

| | temporisateurs : | | prudents | scientifiques | optimistes | arrondisseurs | contextualisateurs |
|-------|------------------|--------------|----------|---------------|------------|---------------|--------------------|
| | réévaluateurs | négociateurs | | | | | |
| 1 | | | | x | | | |
| 2 | | x | | | | | |
| 3 | x | | | | | | |
| 4 | | | | | x | | |
| 5 | | x | | | | | |
| 6 | | | | | x | | |
| 7 | | | x | | | | |
| 8 | | | x | | | | |
| 9 | | | | | | x | |
| 10 | | | | | x | | |
| 11 | | x | | | | | |
| 12 | | | | | | | x |
| 13 | | | x | | | | |
| 14 | | | | | x | | |
| 15 | | | | | x | | |
| 16 | x | | | | | | |
| 17 | | | | | x | | |
| 18 | | | | | x | | |
| 19 | | x | | | | | |
| 20 | | | | | x | | |
| 21 | x | | | | | | |
| 22 | | | | | | | x |
| 23 | | x | | | | | |
| TOTAL | 3 | 5 | 3 | 1 | 8 | 1 | 2 |
| En % | 13,00% | 21,70% | 13,00% | 4,30% | 34,80% | 4,30% | 8,70% |

Ce tableau présente les typologies définies pour les 23 médecins n'ayant apporté qu'un faible nombre de réponses lors de l'étude. Bien que ces résultats ne présentent pas une fiabilité suffisante, nous les joignons en annexe pour complément.

LEXIQUE, ABRÉVIATIONS

Afssaps : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AVC : accident vasculaire cérébral

CRF (Case Report Form) : cahier d'observation

GP ou Gps (general practitioners) : médecins généralistes

HAS : Haute Autorité de Santé

IT : inertie thérapeutique

MG : médecins généralistes

PA : pression artérielle

PAs : pression artérielle systolique

PAd : pression artérielle diastolique

TA : tension artérielle

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon
travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères

si j'y manque.