



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**

**UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II**

CNGE

PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENDU GRÂCE A L'EBM

28-29 MAI 2010 CNGE

Calas (13)

Professeur PL DRUAIS expert généraliste

Dr M Husson organisatrice

Animateurs : pr A.Gilles dr F Laurent

CHEF DE PROJET : B.GAY

CALAS (13)

Dr F.Laurent-Montero

Dr Sarradon

Dr m
Husson

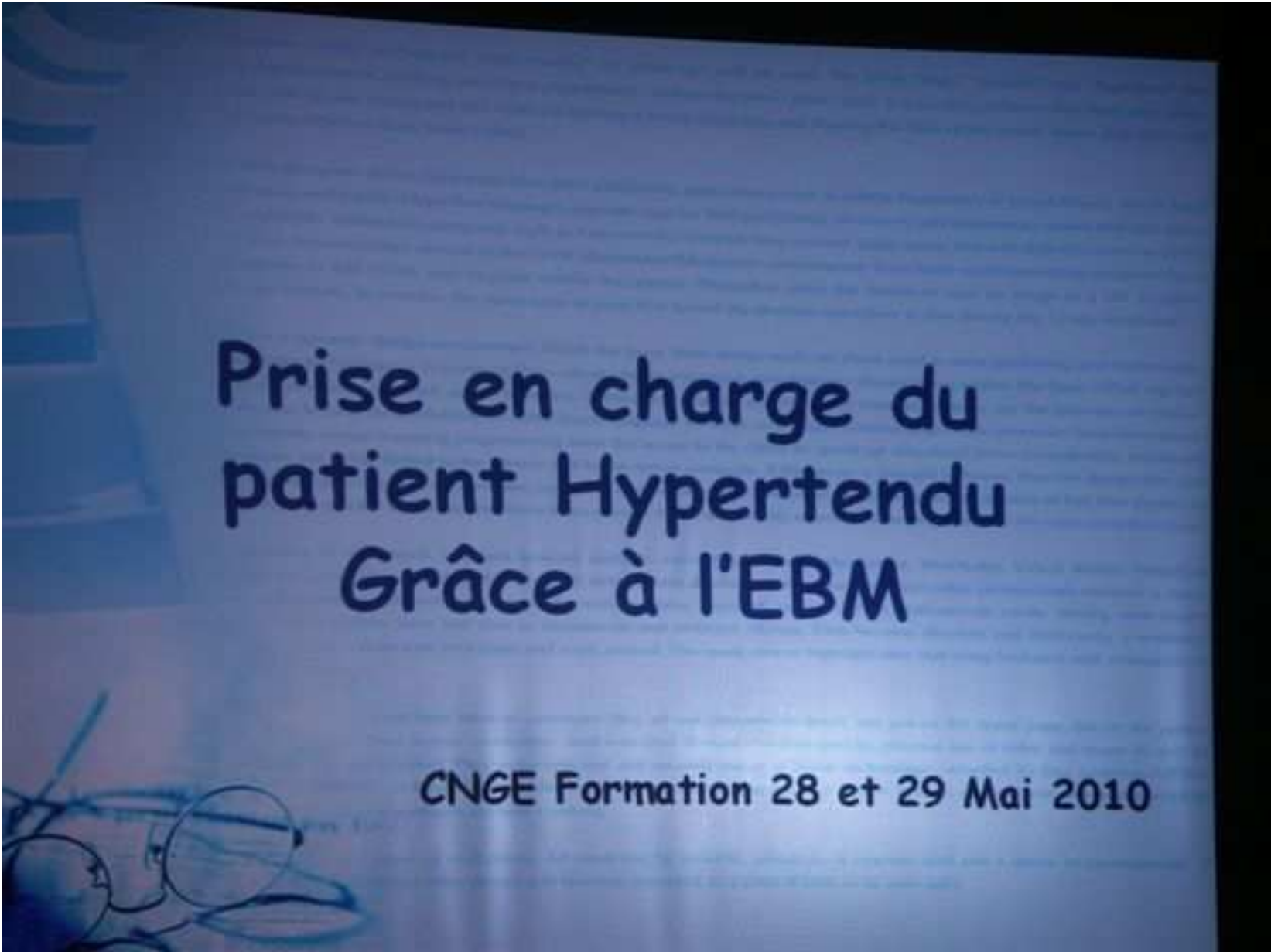
Pr PL
DRUAIS



Dr JP
Lapierre

HTA & EBM

recertification ECA - CNGE
CALAS (13) 28 & 29 mai 2010



Prise en charge du patient Hypertendu Grâce à l'EBM

CNGE Formation 28 et 29 Mai 2010

Objectif général

Mettre en oeuvre la
Médecine fondée sur les
faits dans la prise en
charge des patients
hypertendus

Objectifs spécifiques

1. Définir les composantes de la Médecine fondée sur les faits pour un patient hypertendu.
2. Recueillir les données actuelles de la science pour la prise en charge d'un patient hypertendu et établir leur niveau de preuve.
3. S'approprier les Recommandations pour la Pratique Clinique chez le patient hypertendu.
4. Intégrer le contexte clinique et les représentations du patient dans la décision.
5. Utiliser la Médecine fondée sur les faits dans la prise en charge initiale d'un patient hypertendu.
6. Utiliser la Médecine fondée sur les faits dans le suivi d'un patient hypertendu.
7. Utiliser la Médecine fondée sur les faits chez un patient hypertendu polypathologique.
8. Développer une démarche décisionnelle fondée sur les niveaux de preuve dans la perspective de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles

Présentation de la journée

Pr A.
Gilles



Dr PA
Bonnet



Dr G
Gentile

ATELIER 1 MATIN

- OBJECTIF : chaque participant repère une situation d'un patient hypertendu dans laquelle il pense avoir développé une démarche de Médecine fondée sur les faits



Les situations décrites et choisies

- 1. Patient suivi pour HTA cardiologue mais pas de TA en MG . le cardio ne veut plus suivre les HTA ...**
- 2. AVC sur trt HTA connu et bien équilibrée**

Atelier 1 matin groupe jaune

1. Comment poser la réalite de la pathologie ?
2. Quelle consequence pour la patient ?
3. Cadre de la définition HTA ?
4. Quelle automesure ? ne fabrique t'on pas des HTA chez les anxieux ?
5. Pour la TA on a du temps ...
6. Dans quelle contexte prendre cette décision au long cours
7. Y a-t-il des recos sur l'automesure ?
8. Les MAPA sont interessante pour faire le point
9. Diminution des OAP et AVC liés a l'HTA
10. Que traite t'on la TA ? le patient ? les facteurs de risque ?
11. Prendre la TA ne sert a rien , seules les MAPA sont efficaces ..
12. Attention y'a l'hypertension arterielle et il y a l'hypertendu .. c'est pas pareil la dimension psycho-sociale est fondamentale
13. Ne vaut il pas mieux arreter le traitement si on constate une mauvaise compliance pour eviter la fausse sécurité ? parler du benefice risque
14. Une check list pourrait etre utile ?

PLENIERE 1

- **EXPERT** : Restitution et analyse du travail des groupes puis exposé de l'expert (15 mn) qui utilise les propositions des groupes pour définir la médecine fondée sur les faits.



STOP au DOGMATISME !

Les éléments de la décision

- Circonstances de soins
- Preference , comportement du patient
- Données actuelles de la science
- Compétence clinique du médecin

Commentaires expert

- 0-5-0 : nous réduisons systématiquement nos chiffres de TA ..
- Non l'HTA n'est pas une maladie c'est un facteur de risque
- La prise de TA au quotidien est plus efficace qu'une map !
- **Médecine fondée sur les faitsSTOP au DOGMATISME !**
- Il faut faire une **application personnelle des recommandations , ce n'est pas une règle !**
- « evidence » = utilisation consciencieuse , explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche (def sackett)
- « evidence » Intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient

11h00 - 12h30 Atelier 2

- Objectif 2 : Recueillir les données actuelles de la science pour un patient hypertendu et établir leur niveau de preuve.
- Article 1 étudié : « fréquence des consultations de suivi d'une HTA : 3 mois ou 6 mois » minerva juin 2004 V3N6
- Article 2 étudié : « les beta bloquants toujours un 1° choix en cas d'HTA primaire ? » minerva mai 2006 V5N5



Travail en sous groupe

Dr Henri
Vernet

Dr alain
Santoni

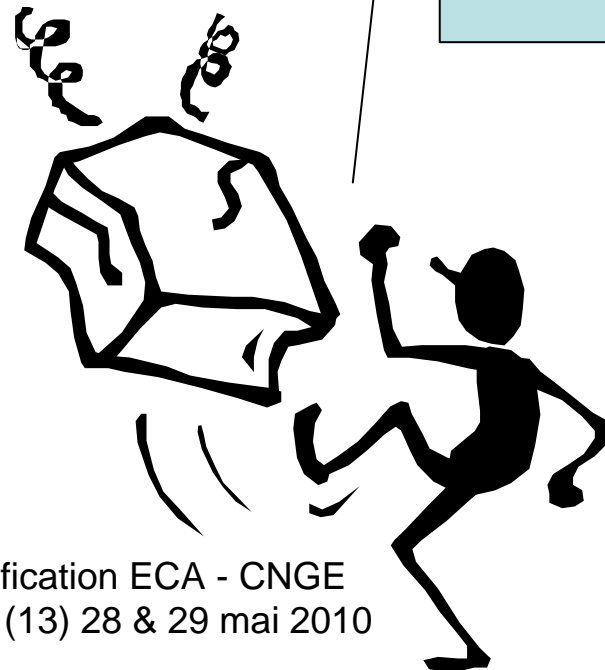


Dr raphaelle
Rousseau -Durand

Commentaire sur articles présentés

- des Résultats pas clairs et mal présentés « il est donc évident que » (p67c) c'est difficile a lire pour un medecin surchargé

« faut pas deconner c'est de la dialectique ! »



PLENIERE 2

- **EXPERT** : Restitution et analyse du travail des groupes puis exposé de l'expert (15 mn) qui utilise les propositions des groupes pour définir la médecine fondée sur les faits.



Commentaires expert

- Attention ces articles reposent sur des metas analyses et posent des questions – on ne peut pas en conclure des recommandations pour la pratique !
- L' HTA primaire et le beta bloquant est analysée ... on continue comme avant
- Le médecin prends sa decision en 45 secondes ..(processus decisionnel)

Exposé expert

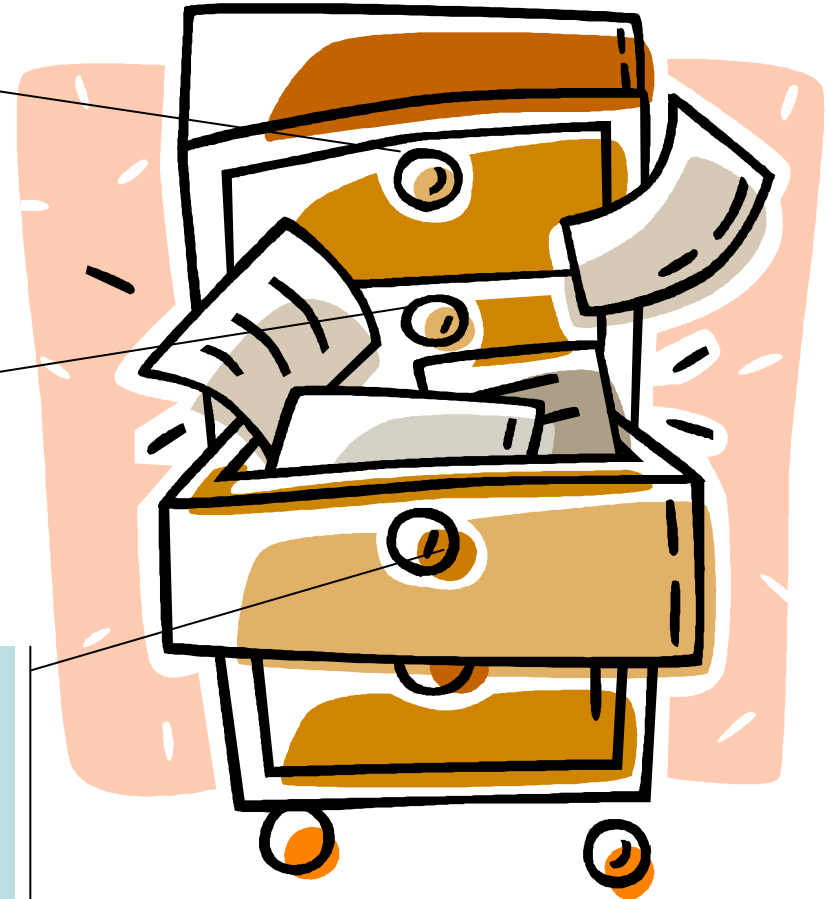
- **Où trouvez les données actuelles de la science? ? ?...**
- Littérature médicale (4000 journaux
- Vidal recos supports électroniques
- **... FAUT SELECTIONNER (a l'impression !) voir le boulot maché (niveau 3 et 4)**
- Et ça marche ! Si c'est important ça reviendra ...
- **Démarche de la recherche biblio.. Cf Classification & grille lecture perso**
- **1 essai clinique**
- **2 recensement études (+ ou -)**
- **3 synthèse info (prescrire – ouvrage base)**
- **4 recos has etc**

TRIER et HIERARCHISER les sources d'information

3° intention : littérature primaire

2° intention : littérature secondaire

En 1° intention : littérature quaternaire ou tertiaire



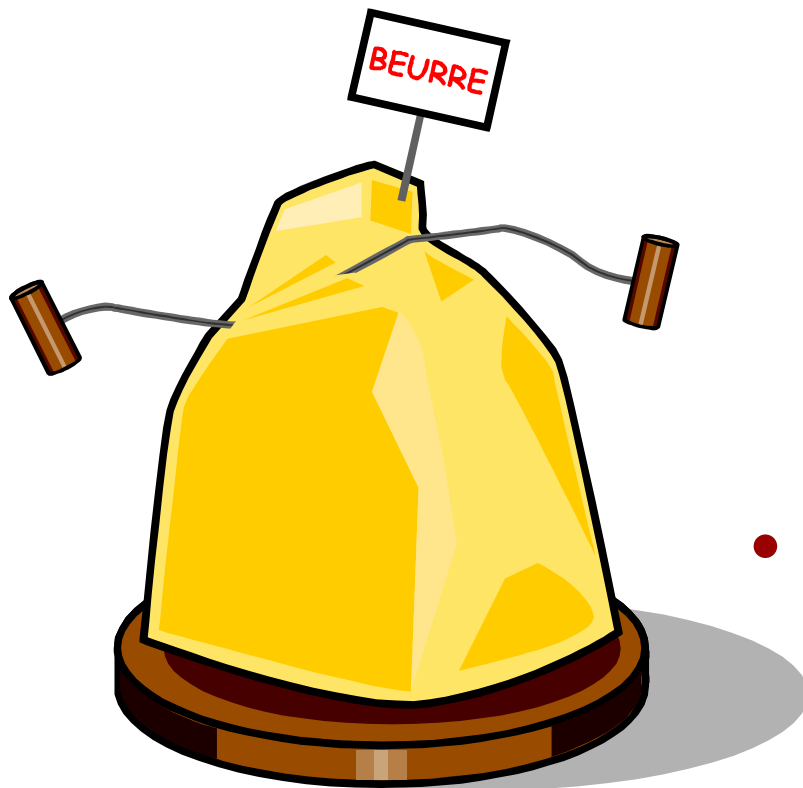
14h00 - 15h30 ATELIER 3

- Objectif 3 : S'approprier les Recommandations pour la Pratique Clinique pour la prise en charge du patient hypertendu.

EXPERT

- Qui fait mapa ? : 3 / 20 en plus c'est pas coté pour MG !
- Qui fait automesure TA ? : beaucoup ... donc y'a pas photo !
- Pb appareils validés ?
- Vous allez avoir des patients qui vont demander si appareil validé ..
- La verité .. quand quelqu'un a 1g80 vous dites diabete ou pas ? pourquoi vous dites pas HTA ?

Suite Expert sur la « vérité »



- .. bref dire la réalité aux patients .. exemple du Lipanthyl° qui améliore Cholestérol mais pas la morbidité-mortalité .. faut être cohérent ... faut il continuer à le prescrire ?
- **Il existe des niveaux de preuve et grades de recommandations (cf ppt)**

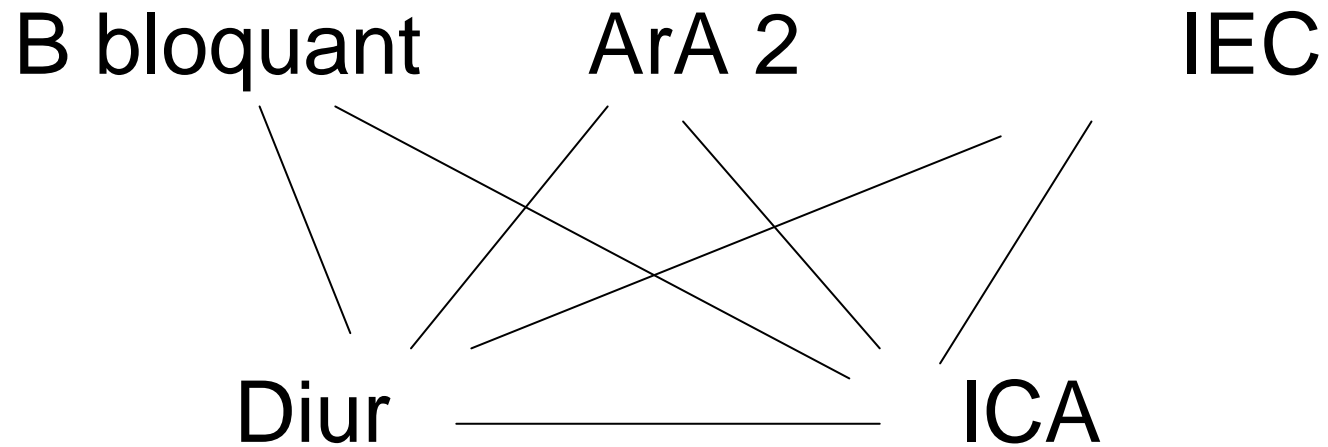
niveaux de preuve et grades

- Témoignage Dr G.Gentile sur son travail a l'HAS : note de cadrage vu en commission 6MG minoritaires / 28 medecins puis si accord passage en groupe travail puis groupe lecture . Bref en tant que MG possibilite d'intégrer groupe lecture et groupe travail pour influencer la reco en pratique .
- Expert : **vous êtes capable** pour apporter votre réflexion de praticien...

HYPERTENSION ARTERIELLE

- **GRADE A** : augmentation morbidité-mortalité cardio vasculaire est directement liée a l'élévation de TA selon une relation continue a partir de 115/75 mmHg
- **DEF PAS** > 140/90
- **TK mesure** : appareil validé et chaque bras a la 1^o consultation + contrôle hypo TA orthostatique
- **GRADE B** valeur mapa > mesure au cabinet
- **GRADE B** automesure si variabilite TA, HTA resistente, dans l'évaluation trt
- **Consensus automesure** 3 mesures – 3 jours – faire moyenne / seuils en automesure 135/85 mmHg
- **Calculer le risque cardio vasculaire en médecine générale** et l'apprendre aux étudiants qui n'ont fait que du secondaire en stage hospitalier

Choix association TRT



panier de soins

15h45 - 17h45 atelier 4

- **Objectif 4** : Intégrer le contexte de soins et les représentations du patient dans la décision
- Relever les éléments de l'éducation thérapeutique

Jeu de rôle 1 : difficulté d'application par le patient de mesures non médicamenteuses pour traiter son HTA.

- Vu âge poids abdo CT et tabagisme .. On laisse comme ca ?
- Aborde Activite physique -Utilise le 1/3 pour argumentation
- Annonce syndrome métabolique
- CT: ca fait partie des choses de la vie
- Resistance patient
- Image /tiers vécu comme malade – OK pour « petit » cp

Quelle Education thérapeutique ?

POUR LE MEDECIN

1. Difficile pour la démarche éducative
2. Le médecin en position < malade qui veut son Crestor°
3. Création du lien ? Manque appui environnement ?
Isolement MG et « manque de consensus » entre pairs
4. Impression de prêcher la vertu dans le désert
5. Il a fallu une Loi pour diminuer sel – pas de doc d'appui
car le système commercial prône toujours « plus » avec
la complicité des « experts de santé d'organe » ...
6. Résistance à l'insuline et syndrome métabolique
7. Difficile pour la démarche éducative

Jeu de rôle 2 : observance du traitement médicamenteux

Exposé expert

- 81% des RC sont couverts par les recommandations
- En soins primaires , on a pas les mêmes probleme qu'en soins secondaires car la prévalence est différente !
- On est dans une demarche de probabilité c'est un diagnostic de situation



ATELIER 5

- **Objectif 5** : Utiliser la Médecine fondée sur les faits pour la prise en charge initiale d'un patient hypertendu
- **Méthode pédagogique** : Travail de production en 2 sous groupes, chaque sous groupe ayant à sa disposition une situation clinique différente :
 - un patient hypertendu de 52 ans mal contrôlé par les mesures non médicamenteuses
 - une patiente de 50 ans hypertendue mal contrôlée par monothérapie.

Groupe jaune – Pr Alain Gilles



Quelle Prise en charge initiale ?

Monsieur Pierre G., vient de passer la visite pour le permis poids lourd. Le médecin du Centre de Permis de conduire lui a délivré le permis de manière transitoire car il a constaté des chiffres de pression artérielle élevés (180/100 mmHg). Déjà, lors de la visite de la médecine du travail, la mesure de la PA était élevée.

- **Quelle est votre démarche décisionnelle et comment l'argumentez vous ?**
- **Quelle stratégie proposez-vous et quels ajustements thérapeutiques envisagez-vous ?**

Quelle Prise en charge initiale ?

Madame Françoise F. consulte à la suite d'un bilan de santé de la CPAM. Le compte rendu note une pression artérielle élevée (172/96 mmHg) et un tabagisme actif. Une mesure lors d'une visite médicale du travail l'an passé avait déjà montré des chiffres élevés.

- présentation des facteurs de risque
- la 1^o mesure serait d'arrêter la pilule (arrêt oestrogène) parce que jusqu' a 35 ans on peut tolérer le tabac (Cindi relative) tabac + age + LDL= CI absolue
- mesures hygiéno diététique (régime et sport) et se revoir dans 1 a 3 mois avec contrôle TA et nouveau bilan et création relation

ATELIER 6

- **Objectif 6** : Utiliser la Médecine fondée sur les faits pour le suivi d'un patient hypertendu.
- **Méthode pédagogique** : Travail de production en 2 sous groupes, chaque sous groupe ayant à sa disposition une situation clinique différente :
 - un patient hypertendu de 52 ans mal contrôlé par les mesures non médicamenteuses
 - une patiente de 50 ans hypertendue mal contrôlée par monothérapie.

Quelle Démarche décisionnelle ?

- Cas clinique 2
monsieur BT 52 ans



Motivation



Patiente de 50 ans hypertendue
mal contrôlée par monothérapie.

- **Mme Béatrice B. vient pour le renouvellement de son traitement. Vous êtes son médecin traitant.**

plénière



ATELIER 7

- **Objectif 7** : Utiliser la Médecine fondée sur les faits pour un patient hypertendu polypathologique
- **Méthode pédagogique** : Travail de production en 2 sous groupes de 10, chaque sous groupe ayant à sa disposition la même situation clinique
- un patient de 72 ans, consommateur d'alcool, atteint d'hypertension artérielle mal contrôlée et de diabète.

ateliers

Dr
Zecconi



Dr
Triantaphylide
S



Quelle démarche décisionnelle et comment argumentez vous ?

- C'est quoi le PB principal ? obtenir une adhésion a son trt : traiter son diabete ou traiter sa deprime ? (veuf , femme dcd cancer sein)
- Il vient pour son pb de sommeil donc repondre à son besoin ? : trt par antidepresseur sedatif type athymil ou stablon

Quelle stratégie proposez vous et quels ajustements trt envisagez vous ?

- on traite sa depression et son alcool
- psychotherapie soutien
- pb de sommeil donc repondre à son besoin ? :
trt par antidepresseur sedatif type ATHYMIL° ou
stablou + eventuel endormisseur type EQUANI
L° meprobamate / Mepronizine°
- Sensibiliser au PB alcool (HTA et DEPRESSION
) et faire arreter l'alcool
- Question pourquoi asso Clopidogrel & aspirine ?

Aide à la thèse étudiants

Nabil
Mazouzi



Pr Pierre Louis
Druais

EXPERT PL DRUAIS



- Restitution et analyse du travail des groupes puis exposé de l'expert (15 mn) qui utilise les propositions des groupes pour définir la médecine fondée sur les faits.
- OK l'urgent n'est pas les constantes diabete etc ..
- Si stent : OK
- Si pas de stent j'en arrete un ..

ATELIER 8

Objectif 8 : Développer une démarche décisionnelle fondée sur les niveaux de preuve dans la perspective de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

- **Méthode pédagogique** : Discussion en grand groupe pour favoriser l'appropriation des acquis.

Journée samedi



Dr raphaelle Rousseau
Durand

N'oubliez pas le 16 Juin 2010 !



Autres participants

Dr pf
Chevallier
mca



Dr pa.Bonnet
CCU



Professeur
A.Gilles



Dr F. Laurent-Montero mca

Dr M. Husson mca