

ANNEE 2019

N°

**LA MAPA EN MEDECINE GENERALE.
INVESTIGATION QUALITATIVE DE L'ORGANISATION EN PRATIQUE COURANTE EN
BOURGOGNE.**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 12 décembre 2019

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par BURGAT Manon

Née le 25 mai 1991

À Dijon (21)

AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2019

N°

**LA MAPA EN MEDECINE GENERALE.
INVESTIGATION QUALITATIVE DE L'ORGANISATION EN PRATIQUE COURANTE EN
BOURGOGNE.**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 12 décembre 2019

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par BURGAT Manon

Né(e) le 25 mai 1991

À Dijon (21)

Année Universitaire 2019-2020
au 1^{er} Novembre 2019

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

		Discipline	
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romaric	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie

M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Alain	BERNARD (surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Bernard	BONIN (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Psychiatrie d'adultes
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Médecine physique et réadaptation
M.	Pascal	CHAVANET (Surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Maladies infectieuses

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Sécolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Claude	GIRARD	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	François	MARTIN	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
-----	-------	------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :
Pr Christine BINQUET

Membres :
Pr Christiane MOUSSON
Dr Katia MAZALOVIC
Dr Pierre-Henri ROUX-LEVY (directeur de thèse)

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A la présidente de jury

Christine, vous avez été d'un immense soutien depuis deux ans et le début de mon internat. Vous n'êtes pas seulement la présidente de ce jury, vous êtes également la coordinatrice du DES de santé publique dijonnais, et en cette qualité, vous êtes remarquable et m'avez aiguillé de nombreuses fois. Merci pour votre écoute continue, votre bienveillance.

Aux membres du jury

Pierre-Henri, j'ai été enchantée et n'ai jamais regretté être sous ta direction. Tu as été un directeur de thèse toujours attentif et a dû faire preuve d'une certaine patience me concernant. Je veux toujours aller plus vite que la musique et tu as su me canaliser, me rassurer. Vraiment MERCI et bonne route à toi ! J'espère avoir été à la hauteur.

Professeur MOUSSON, vous me faites l'honneur de faire partie de mon jury et j'en suis on ne peut plus fière. J'espère que ce travail vous aura intéressé !

Docteur MAZALOVIC, merci pour vos conseils durant cette année et demie de travaux. J'ai découvert avec joie la recherche qualitative et vous avez contribué à ce que je l'apprécie. Merci pour vos exemples toujours pleins d'humour ! Vous avez su nous faciliter le travail, le rendre intéressant et d'une grande richesse pour l'esprit.

Aux rencontres en stage

Dr JANDIN, Dr DI PALMA, Dr AHO, Cynthia MORGNY, Marie, Lauriane, les infirmières de la super équipe de veille, Adrien, Karine, Roxane, Bérénice, Aurore... Que de rencontres importantes et qui ont du sens dans mon parcours. Vous avez su être à l'écoute et m'accompagner ! Merci pour cela.

Merci également à l'ensemble des équipes m'ayant accueilli en stage pour leur gentillesse et leur disponibilité.

A Bruno, ma famille et mes amis

Bruno, quelle année 2019 !! Je la commence en te rencontrant et la termine en soutenant ma thèse. Ce fut un bonheur quotidien d'être à tes côtés. La vie avec toi c'est... je n'arrive même pas à la décrire... On se complète, on a su se trouver... Être avec toi est une évidence. Merci pour ton soutien infailible tout au long de l'année, ta patience. Tu me comprends si bien... Je t'aime.

Maman, papa, ça n'a pas toujours été évident mais je me suis toujours sentie aimée, acceptée comme je suis auprès de vous et ça, ça n'a pas de prix. Je suis contente d'être votre fille. Vous m'avez inculqué de belles valeurs que je vais continuer à cultiver : la simplicité, l'écoute, l'empathie, le partage... Merci d'avoir été là toutes ces années et d'avoir cru en moi. Quelle bataille !!

Mémé, merci pour toutes ces années où tu m'as tant soutenu. Je te dois une fière chandelle. Tu as su combler les manques que j'ai pu avoir durant ces années de médecine. Ça y est, j'y suis arrivée ! Je suis si contente que tu sois là pour la soutenance et de partager ce moment avec toi ! J'espère qu'on continuera encore longtemps de partager du temps ensemble, entre grand-mère et petite fille.

Mèmère et Pèpère, même de loin j'ai toujours su que vous pensiez à moi. Je suis contente de partager ce moment avec vous. Merci de prendre soin de nous depuis tant d'années...

Basile, Alice et Jules !!! Ma sœur, mes frères, vous me rendez tellement heureuse !! Je suis si fière d'avoir une famille comme la nôtre et si fière de ce que vous êtes devenus. En tant que grande-sœur et aînée, je me suis toujours sentie impliquée dans ce que vous faisiez, j'avais toujours l'œil. Vous me le rendez bien aujourd'hui. Merci d'être là !

Lila on passe notre thèse a une semaine d'intervalle et je crois que ça me fait le plus grand bien. Tous nos messages vocaux depuis quelques années ça me dope, je me sens comprise et écoutée. On affronte la vie, on rit, on pleure et toujours près l'une de l'autre. T'es une fille géniale, rien que d'y penser je souris. Merci pour tout !

Lorraine, à toi la sagesse incarnée. Une phrase de toi et je déstresse. Il n'y a même pas besoin de plus. Te rencontrer fut un merveilleux cadeau de la vie. Tu es une si belle personne ! Merci d'être là encore et toujours et j'espère pour longtemps !

Marjorie : on a commencé médecine ensemble et depuis la PCEM1 on ne s'est plus quittée. Que de souvenirs accumulés !! Tu es d'une intelligence rare, une battante et c'est vraiment bon de t'avoir à mes côtés.

Aux compagnons de route

- Simon : ça a failli pas le faire hein ! 2xD2 2xD3 et finalement maintenant on ne s'arrête plus !! Merci...
- Marie, Sarah, Ben, Lucille, Chris, Kevin, Mathilde, Brice, Zawarudo, Helory, Charles, Aurélien et ceux que j'oublie : vous avez tous été importants pour moi. Ça ne se serait pas fait sans vous ! Merci !

Aux co-internes dijonnais et bisontins

Marie, Maria, Magali, Laetitia, Alice, Elodie, Melchior, Emmanuel, Leonardo, Nafiz, Mickael : on vit les mêmes choses et les mêmes stress, et ça fait du bien de les partager avec vous !

Et à toutes les personnes qui m'ont permis d'en arriver là mais que j'aurais oublié, merci.

« A chaque rencontre, une nouvelle histoire s'écrit. C'est là que réside le plus étonnant mystère de l'aventure humaine. » E. ZARIFIAN

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	11
INTRODUCTION	12
1. Contexte général	12
2. Généralités sur l'HTA	12
3. L'outil MAPA	13
4. Situation en Bourgogne	14
OBJECTIFS DE L'ETUDE	16
1. Principal	16
2. Secondaires.....	16
METHODOLOGIE	17
1. Type d'étude.....	17
2. Échantillonnage	17
3. Déroulement de l'étude.....	17
a) Recrutement	17
b) Réalisation des entretiens.....	17
c) Guide d'entretien.....	18
4. Analyse des entretiens.....	18
5. Matériel	18
RESULTATS	19
1. Description de l'échantillon	19
2. Principaux résultats	21
a) Intégrer la MAPA dans son cabinet : une problématique organisationnelle	21
b) Coter l'acte MAPA : un enjeu financier mais pas seulement	22
c) Recourir au cardiologue : de manière efficace et en répondant avant tout à une médecine de proximité	23
d) MAPA versus AMT : pas de consensus chez les professionnels interrogés.....	24
e) Formation / temps d'appropriation	25
f) Généraliser le dispositif MAPA au médecin traitant : oui mais sous conditions	26
g) Les aléas de la technologie	27
h) La MAPA : un outil adapté à tous les patients ?.....	27
i) Faire des MAPA, un acte essentiel ?	28
DISCUSSION.....	29
CONCLUSIONS	32
BIBLIOGRAPHIE.....	34
ANNEXE : grille d'entretien	37

LISTE DES ABREVIATIONS

AMT : Auto Mesure Tensionnelle

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DMG : Département de médecine générale

DU : Diplôme Universitaire

E1 : Entretien 1

ESP : Equipe de Soins Primaires

FMC : Formation Médicale Continue

GEP : Groupe d'Échange de Pratiques

GPSAS : Groupement des Professionnels de Santé de l'Auxois Sud

GPSGOD : Groupement des Professionnels de Santé du Grand Ouest Dijonnais

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

HTA : Hyper Tension Artérielle

MAPA : Mesure Ambulatoire de Pression Artérielle

MAPAGE : application de la MAPA aux patients présentant une PA au-dessus des normes en cabinet de médecine GÉnérale

MG France : syndicats des Médecins Généralistes de France

mmHg : MilliMètre de mercure

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MUSSP : Maison Universitaire de Santé et de Soins Primaires

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Pression Artérielle

PAS : Pression Artérielle Systolique

UFR : Unité de Formation et de Recherche

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

UTIMAP : UTILisation de la MAPA en soins Premiers

INTRODUCTION

1. Contexte général

Première cause de mortalité dans le monde, les maladies cardio-vasculaires ont entraîné le décès, en 2012, de 17.5 millions de personnes (1). En France, les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de décès chez la femme et la deuxième chez l'homme (2). Ces maladies regroupent par exemple l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral ou encore les artériopathies périphériques. Certains facteurs de risque majorent la survenue des maladies cardio-vasculaires (2) :

- l'âge, le sexe masculin et les antécédents familiaux sont des facteurs de risque cardio-vasculaires non modifiables
- l'hypertension artérielle, le diabète, la dyslipidémie, le tabagisme, la sédentarité, l'obésité sont des facteurs de risques cardio-vasculaires modifiables.

Bien que silencieuse, l'hypertension artérielle est la maladie chronique la plus fréquente en France avec un adulte sur trois hypertendu (3). Elle représente l'un des principaux facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire (3). Le dépistage et le diagnostic de l'hypertension artérielle sont un élément majeur de prévention des maladies cardio-vasculaires. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 souhaite pour cible une baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou une limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle, selon la situation nationale (4). En France, le plan nutrition santé 2011-2015 avait pour objectif d'augmenter en 5 ans la proportion de patients atteints d'hypertension artérielle, traités et équilibrés. Plus récemment encore, le plan national de santé publique « priorité prévention » présenté par la ministre des solidarités et de la santé Agnès Buzyn en 2018 prévoit des actions directes en faveur d'une réduction de l'hypertension artérielle. Ce plan promeut notamment l'accès à des produits alimentaires de qualité nutritionnelle améliorée, une alimentation suffisante, saine, durable, et veut réduire de 20% la consommation de sel dans la population (5).

2. Généralités sur l'HTA

Même avec près d'un adulte sur trois touché, la physiopathologie de l'HTA reste aujourd'hui encore mal comprise (3). Elle est pour 90 à 95% des cas, essentielle, c'est-à-dire d'origine inconnue (6). Plusieurs mécanismes sont intriqués, ayant pour conséquence une élévation de la pression artérielle (PA). La PA est la résultante de l'éjection du sang par le cœur dans les vaisseaux sanguins et elle s'exerce sur les parois vasculaires (7). Elle est le produit du débit cardiaque par les résistances artérielles. La pression artérielle est caractérisée par deux valeurs (7) :

- la valeur haute, systolique, mesurée lors de la contraction du cœur (systole) et qui propulse le sang de l'aorte vers les artères périphériques
- la valeur basse, diastolique, mesurée lors de la relaxation du cœur (diastole), permettant aux ventricules cardiaques de recevoir le sang provenant des oreillettes par les veines caves et pulmonaires.

Trois mécanismes principaux sont susceptibles de modifier ces valeurs (8) :

- une hypersensibilité génétique aux catécholamines
- une implication du système rénine-angiotensine-aldostérone
- un rôle du sodium et du calcium.

L'hypertension artérielle est définie par une pression systolique supérieure à 140 mmHg (millimètre de mercure) et/ou une pression diastolique supérieure à 90 mmHg.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a recommandé une technique de mesure de la tension artérielle (9) : mesurer la tension artérielle à au moins 2 reprises, une fois à chaque bras, chez un patient en position assise ou allongée, au repos durant au moins 3 à 5 min, dans le calme et sans parler avec un appareil au bras électronique et validé ainsi qu'un brassard adapté à la circonférence du bras. Lorsque l'HTA est confirmée et qu'elle n'est pas induite par une pathologie particulière, sa prise en charge commence par la mise en place de mesures hygiéno-diététiques. Celles-ci sont : une alimentation saine (alimentation riche en fruits et légumes et pauvre en graisses), un exercice physique régulier, une perte de poids, la réduction d'alcool et de sel et l'arrêt du tabac (10). En cas d'échec du régime seul, un traitement pharmacologique antihypertenseur est initié. Celui-ci repose sur 5 classes thérapeutiques principales : les antagonistes (ou inhibiteurs) calciques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, les bêtabloquants, les diurétiques thiazidiques (11).

Un bon repérage de l'hypertension artérielle est essentiel ; il favorise l'allongement de l'espérance de vie en contribuant à réduire le risque cardiovasculaire. Ce repérage présente cependant certaines difficultés. Dans un premier temps, une mesure de la tension artérielle au cabinet, parfois difficile à obtenir selon les recommandations de la HAS, ne reflète pas toujours la réalité. En effet, la tension artérielle varie selon l'état de fatigue, le stress, l'émotivité... (12). Ces variations peuvent conduire à identifier à tort un patient comme hypertendu et à le prendre en charge comme tel avec la possibilité d'induire une iatrogénie et des coûts de prise en charge inutiles. A contrario, la sensibilité de la mesure au cabinet est imparfaite, et des patients réellement hypertendus peuvent ne pas être identifiés. Il est donc nécessaire de mesurer la tension artérielle selon les recommandations afin de limiter les faux positifs et les faux négatifs (9). En cas de mesure au cabinet dépassant les seuils définissant l'HTA, celle-ci doit être confirmée, hors du cabinet médical, par une mesure ambulatoire de pression artérielle (MAPA) ou auto-mesure tensionnelle (AMT) (9). La société européenne de cardiologie, comme la société américaine recommandent en particulier d'utiliser l'AMT ou la MAPA pour mieux repérer les anomalies tensionnelles comme par exemple l'HTA « blouse blanche », l'HTA masquée, ou l'hypotension (posturale et post prandiale chez des patients traités ou non) (13) (14). Elle bénéficie même d'une prise en charge spécifique dans les « Centers for Medicare and Medicaid Services » c'est-à-dire, les organismes d'assurance maladie publiques américains, avec une possibilité de prise en charge pour une MAPA par an (15). L'AMT et la MAPA sont également recommandées en cas de variabilité importante de l'HTA entre 2 mesures.

3. L'outil MAPA

La mesure ambulatoire de pression artérielle, autrement appelée « holter tensionnel », est un appareil d'enregistrement automatique de la tension artérielle sur 24h. Il est composé d'un brassard tensionnel installé autour de l'humérus et d'un boîtier souvent fixé par le professionnel de santé à la

ceinture (16). Les mesures sont en général répétées toutes les 15 minutes la journée et toutes les demi-heures la nuit. Cela permet d'obtenir des valeurs moyennes de pression artérielle la journée et la nuit (17). Le seuil définissant une HTA sur 24h avec cet outil est de 130/80 mmHg. La mise en place d'une MAPA nécessite d'informer le patient sur le fonctionnement de l'appareil, sur les précautions à prendre et d'installer l'appareil. Une seconde visite au cabinet est nécessaire pour la récupération du matériel. L'interprétation des données recueillies nécessite également un temps d'analyse à l'aide d'un logiciel spécifique.

Cet outil complète la mesure conventionnelle de la pression artérielle réalisée au cabinet (10). Il permet de reconnaître l'hypertension artérielle dite « blouse blanche » définie comme une discordance entre la tension prise au cabinet par le médecin, qui est élevée, alors que celle prise de manière ambulatoire par la MAPA est normale (18). A contrario, la MAPA peut identifier l'HTA masquée qui est déterminée par une tension normale au cabinet du médecin et élevée en ambulatoire. Ces deux formes d'hypertension artérielle sont présentes chez 36% des hypertendus pour l'effet « blouse blanche », et 25% des normotendus pour l'HTA masquée dans une population âgée (19). Un article publié en 2018 dans le New England Journal of Medicine mettait en évidence qu'une augmentation d'un écart-type de la PAS moyenne sur 24h, identifiée par une MAPA, était significativement associée à une fréquence plus élevée de mortalité toute cause (HR=1.58; Intervalle de confiance à 95% [IC-95%] =1.56-1.60) par rapport à une augmentation d'un écart-type de la PAS mesurée au cabinet (HR=1.02 ; 95%-CI=1.00-1.04) après ajustement sur de la TA moyenne sur 24h (20).

En France, la MAPA et l'auto-mesure sont prescrites dans plusieurs indications (21) :

- avant de débiter un traitement
- à tout moment de la prise en charge, en cas d'HTA résistante et dans l'évaluation thérapeutique.

La MAPA est également recommandée dans des indications plus spécifiques (22) :

- pour évaluer le mode de variation de la PA nocturne
- pour rechercher une variabilité inhabituelle de la PA
- dans les cas où l'auto-mesure n'est pas réalisable.

L'auto-mesure tensionnelle est une alternative possible à la MAPA, permettant également des mesures à domicile. Cependant, elle ne fournit pas de mesures nocturnes ou quand le patient est en période d'activité. En outre, elle nécessite une bonne formation des patients et un étalonnage régulier des tensiomètres (23). Ce dispositif ne convient pas non plus aux patients anxieux et stressés (24). Enfin, tous les appareils n'ont pas la même fiabilité. En particulier : les objets connectés au poignet présentent un risque d'erreur de positionnement plus élevée (25) (26).

4. Situation en Bourgogne

Plusieurs initiatives ont émergé pour développer l'utilisation de la MAPA en médecine générale en Bourgogne. Ainsi, l'étude MAPAGE (application de la MAPA aux patients présentant une PA au-dessus des normes en cabinet de médecine générale), est une étude observationnelle, régionale et multicentrique débutée en 2015. L'objectif principal du projet MAPAGE était d'estimer la prévalence de l'HTA confirmée par la MAPA chez les patients hypertendus en consultation de médecine générale. Sept groupes de médecins généralistes, répartis dans les quatre départements de la

Bourgogne, ont été recrutés sur la base du volontariat. Ils ont reçu une formation préalable à l'étude par les investigateurs principaux du projet MAPAGE, portant sur son déroulement et sur le système de recueil des données. Les appareils ont été financés par divers moyens (DMG, Novartis et fonds personnels des groupes inclus). Plus récemment, le projet UTIMAP (utilisation de la MAPA en soins premiers) a pour objectif principal d'évaluer l'utilisation de ces appareils et la validité des mesures réalisées à l'aide d'un appareil de MAPA par des médecins généralistes libéraux lorsqu'il est fourni à titre gracieux. Ce projet a débuté en mars 2018 à la suite d'une distribution à 50 cabinets de groupe ou MSP d'appareils de MAPA financés par l'ARS Bourgogne Franche Comté. Les cabinets ou MSP ont été recrutés sur la base du volontariat (27). Il s'agit d'un projet innovant dont l'objectif est de promouvoir l'utilisation de la MAPA dans la région. A notre connaissance, il n'existe pas d'expérimentation similaire dans la littérature.

Notre travail s'inscrit dans la continuité de ces initiatives et avait pour objectif d'identifier les freins et leviers à l'utilisation de la MAPA en pratique courante en médecine générale.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Principal

- Identifier les freins et les leviers à l'utilisation de la MAPA par les médecins généralistes en pratique courante en Bourgogne.

2. Secondaires

- Évaluer la place de la MAPA par rapport à l'AMT dans la pratique des médecins généralistes.
- Identifier les modalités de coopération interprofessionnelle mobilisées pour l'utilisation de la MAPA.

METHODOLOGIE

1. Type d'étude

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée. Les entretiens ont été réalisés entre le 17.11.2018 et le 03.09.2019.

2. Échantillonnage

La population d'étude ciblait :

- des cabinets de médecine générale disposant d'une MAPA par le dispositif URPS/ARS, par l'étude MAPAGE ou par acquisition personnelle
- des médecins généralistes ne disposant pas d'une MAPA
- des cardiologues.

L'objectif était de constituer un échantillon de convenance intégrant des professionnels aux modalités et aux lieux d'exercice les plus divers possible (l'échantillonnage était de type variation maximale).

Au total, il était prévu d'inclure une quinzaine de professionnels et d'arrêter le recrutement lorsque la saturation des informations aurait été atteinte.

3. Déroulement de l'étude

a) Recrutement

La liste des cabinets disposant d'une MAPA a été établie à partir des données de l'URPS et du département de médecine générale. Les cabinets de médecine générale ne disposant pas de MAPA et les cardiologues ont été sélectionnés en fonction de leur lieu d'exercice afin de couvrir autant que possible les 4 départements de Bourgogne. Le recrutement s'est fait par téléphone. En cas d'acceptation de l'étude, l'investigatrice se rendait dans chacun des cabinets afin de mener les entretiens en face à face.

b) Réalisation des entretiens

Lors de chaque entretien, les objectifs de l'étude ont été rappelés ainsi que le traitement anonyme des données. L'investigatrice a conduit les entretiens, seule et en face à face. Elle a toujours recherché la neutralité pour limiter le biais d'influence. Pour cela, elle s'est présentée comme étudiante en médecine et non comme interne en santé publique ce qui aurait pu orienter les réponses des professionnels interrogés. L'écoute de l'investigatrice était attentive et elle ne coupait pas le récit du professionnel. Il a été retranscrit intégralement. De plus, les caractéristiques suivantes des professionnels ont été renseignées :

- Sexe
- Âge
- Lieu d'exercice
- Type d'exercice (rural, semi-rural, urbain)
- Mode d'exercice

- Diplômes complémentaires
- Groupe d'échange de pratique, formation continue
- Utilisation de la MAPA et si oui, depuis quand.

c) Guide d'entretien

L'investigatrice a suivi une formation à la recherche qualitative au département de médecine générale de l'UFR des Sciences de Santé de Dijon (Université de Bourgogne). Cela a permis notamment d'apprendre à conduire les entretiens semi-dirigés. Le guide d'entretien, *en annexe*, a été structuré avec des questions ouvertes permettant de recueillir le maximum d'informations. Il a été initialement conçu pour répondre aux objectifs et aborder les différents thèmes de l'étude. Il servait de support lors des entretiens et a été reconstruit et redéfini au fur et à mesure de ces derniers. Des questions de relance ont également été prévues. En plus de ce guide, des notes ont été prises et permettaient de revenir sur des points précis pour mieux comprendre le discours du participant.

4. Analyse des entretiens

La retranscription s'est faite au fur et à mesure. Chaque entretien a été analysé selon le principe de l'analyse thématique et selon une méthode inductive. Chaque idée du discours des professionnels a été codé en verbatim appelés « nœuds ». Les nœuds ont été rassemblés en grandes thématiques permettant d'orienter les principaux résultats.

Un deuxième chercheur a également analysé les retranscriptions de manière indépendante conformément au principe de double codage. Une triangulation des données a donc été menée. Les chercheurs n'ont pas de conflit d'intérêts.

5. Matériel

Un microphone ainsi qu'un Smartphone ont été utilisés pour enregistrer les entretiens. Après retranscription de ceux-ci sur Microsoft Office, le logiciel N'vivo (QSR international Pty Ltd, Victoria, Australie) a permis le traitement et l'analyse des données.

RESULTATS

1. Description de l'échantillon

Au total, 17 professionnels ont été interrogés : treize médecins généralistes, une infirmière, une secrétaire et deux cardiologues (7 hommes, 10 femmes). Les caractéristiques de ces professionnels sont décrites dans le tableau 1.

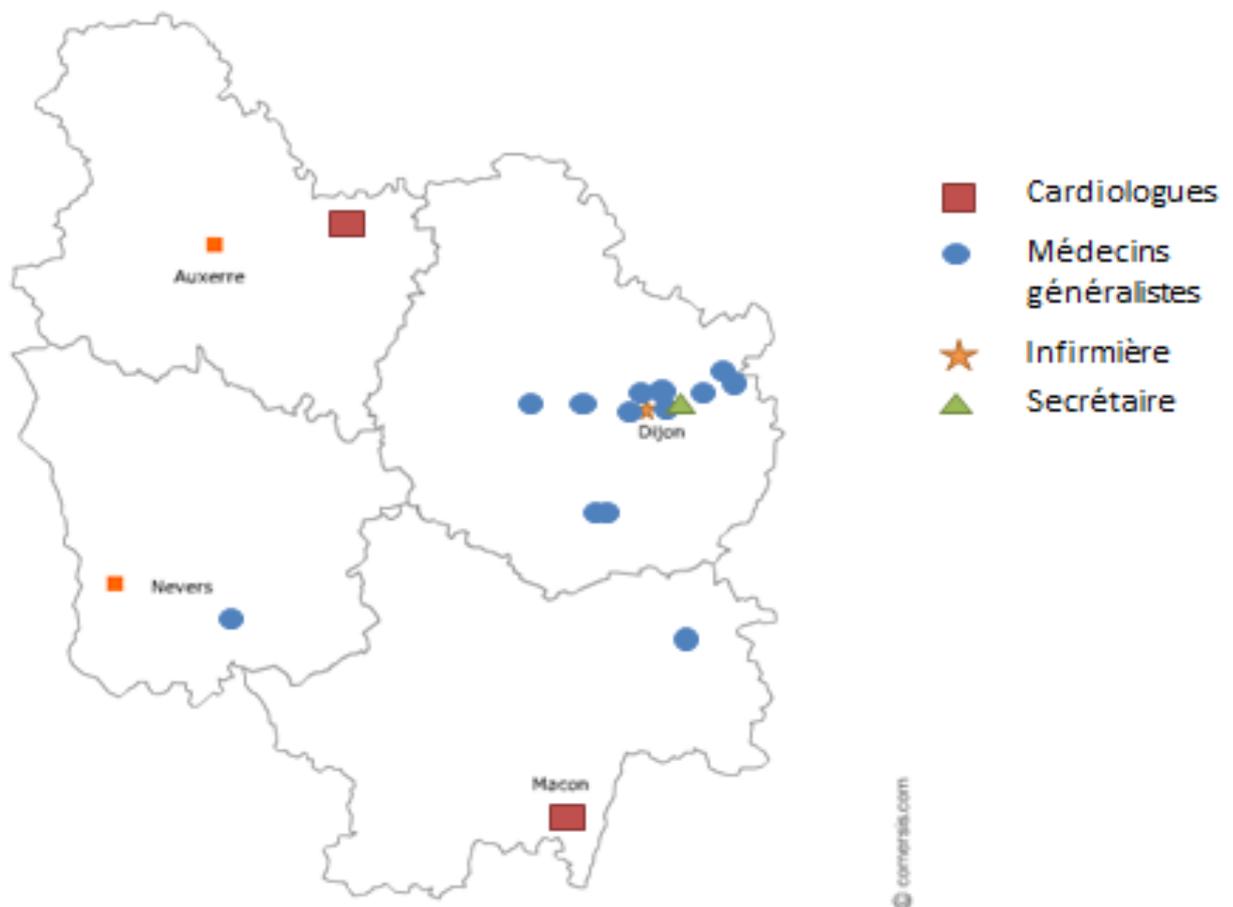
Tableau 1 : Caractéristiques des professionnels interrogés

Numéro d'entretien	Sexe	Âge	Lieu/Type d'exercice	Département	Mode d'exercice	Diplôme complémentaire GEP Syndicat	Utilisation MAPA Depuis Quand	Accès à l'appareil de MAPA
Utilisation importante de l'outil MAPA								
1	M	62	Gissey-s-Ouche (rural)	21	ESP GPSGOD	GEP + MG France	Importante Depuis 2007	Par le groupement de professionnel
2	M	64	Pouilly-en-Auxois (rural)	21	MSP GPSAS	DU homéopathie et médecine du sport GEP	Importante Depuis 2008	Par le groupement de professionnel
3	F	40	Chenôve (urbain)	21	MUSSP	Asalée Master en psychologie	Importante Depuis 2017	Par l'étude MAPAGE
4	M	48	Chenôve (urbain)	21	MUSSP	Président de FMC Maître de stage, tuteur	Importante Depuis 2017	Par l'étude MAPAGE
5	F	33	Dijon (urbain)	21	Cabinet de groupe	Secrétaire assistante médico-social	Importante Depuis 1 an	Par l'URPS dans le cadre de la distribution financée par l'ARS
6	F	33	Montagny-lès-Beaune (semi-rural)	21	Cabinet de groupe	Groupe de pairs, FMC, congrès	Importante Depuis 6 mois	Par l'URPS dans le cadre de la distribution financée par l'ARS
10	F	41	Mirebeau-sur-Bèze (semi-rural)	21	Cabinet de groupe	FMC	Importante Depuis 5 ans	Achat avant puis par l'URPS dans le cadre de la distribution financée par l'ARS
16	F	68	Mâcon (urbain)	71	Seule	Cardiologie FMC	Depuis plus de 20 ans	Investissement personnel
17	M	61	Tonnerre (semi-rural)	89	Seul	Cardiologie DU d'angiologie	Depuis plus de 20 ans	Investissement personnel

Numéro d'entretien	Sexe	Âge	Lieu/Type d'exercice	Département	Mode d'exercice	Diplôme complémentaire GEP Syndicat	Utilisation MAPA Depuis Quand	Accès à l'appareil de MAPA
Pas d'utilisation de l'outil MAPA								
8	F	31	Dijon (urbain)	21	Exercice en collaboration	FMC	Nulle Depuis 1 an	Par l'URPS dans le cadre de la distribution financée par l'ARS
12	M	57	Mirebeau-sur-Bèze (semi-rural)	21	Seul	FMC	Nulle	Ne dispose pas de MAPA
13	M	40	Varois-et-Chaignot (semi-rural)	21	En groupe	DU pédiatrie, mésothérapie, médecine du sport	Nulle (problème technique)	Par l'URPS dans le cadre de la distribution financée par l'ARS
14	F	63	Cercy-le-Tour (rural)	58	Seule	GEP	Nulle	Ne dispose pas de MAPA
15	F	59	Dijon (urbain)	21	Seule	GEP DU nutrition DES Urgences MG France Thérapie Brève en hypnose	Nulle	Ne dispose pas de MAPA
Utilisation faible de l'outil MAPA								
7	F	59	Dijon (urbain)	21	Exercice en collaboration	Fait partie de l'URPS	Très moyenne Depuis 1 an	Par l'URPS dans le cadre de la distribution financée par l'ARS
9	F	41	Montagny-lès-Beaune (semi-rural)	21	Cabinet de groupe	DU pédiatrie, infectiologie, gynécologie, homéopathie, humanitaire Groupe de paires	Faible Depuis 6 mois	Par l'URPS dans le cadre de la distribution financée par l'ARS
11	M	30	Saint-Germain-sous-Bois (rural)	71	MSP		Débutante Depuis quelques mois	Par l'URPS dans le cadre de la distribution financée par l'ARS

La répartition des professionnels interrogés est représentée sur la figure 1.

Figure 1 : Lieux d'exercice des professionnels bourguignons rencontrés



2. Principaux résultats

a) Intégrer la MAPA dans son cabinet : une problématique organisationnelle

L'acte MAPA est composé de différents temps qui ne relèvent pas tous d'une compétence médicale à proprement parler. Il y a le temps d'organisation des deux rendez-vous à 24h d'intervalle ; le temps de pose avec les explications délivrées aux patients (ne pas se doucher, garder son rythme habituel, détendre le bras pendant la mesure etc...) ; le temps de paramétrage de l'appareil ; le temps de dépose 24h plus tard ; le temps d'analyse des résultats ; le temps de maintenance de l'appareil.

E3 (Entretien 3) : « Ils m'adressent leurs patients, je fais la pose, j'explique comment va se dérouler l'examen tout au long des 24h, j'extraie aussi les données du boîtier au retour du patient et j'ai une première lecture des résultats. »

Les médecins traitants et cardiologues interrogés reconnaissent tous la difficulté d'intégrer le processus MAPA, en entier, à leurs agendas, qui sont pour la majorité déjà surchargés. Ils délèguent

tous où ont le projet de déléguer la pose et la dépose à une secrétaire médicale ou une infirmière (notamment Asalée).

E1 : « *C'est notre secrétaire qui pose les MAPA. »*

Ou encore

E1 : « *Ça prend du temps quand même de poser une MAPA ; de la même manière la gestion du matériel enfin la maintenance est faite par la secrétaire.»*

Ou encore

E2 : « *Ca prend du temps : il faut poser l'appareil, il faut expliquer, il faut revoir les gens, il faut enlever l'appareil. Là les gens prennent rendez-vous, la secrétaire elle clique « bon c'est disponible tel jour. » Si faut encore organiser ça. »*

Ou encore

E5 : « *Les médecins, ils nous en ont parlé que ça allait être nous les secrétaires qui allons poser les MAPA parce que eux ils n'ont pas forcément le temps. »*

De la même manière, introduire la MAPA au sein d'un cabinet n'est pas anodin. Ce nouvel outil demande une organisation propre, d'un point de vue de l'emploi du temps et de l'espace.

E11 : « *Donc on peut pas l'intégrer comme ça dans un emploi du temps ».*

L'organisation du cabinet, avec la MAPA demande donc une anticipation avant de pouvoir l'employer : par exemple, avec un agenda, avec une personne qui se chargera de la pose et de la dépose, des explications.

E11 : « *Permettre aussi d'organiser un agenda avec le dispositif lui-même savoir si une tierce personne peut mettre en place, enlever l'appareil c'est des choses qui peuvent être intéressante avant de se lancer dans l'utilisation de ce dispositif.»*

b) Coter l'acte MAPA : un enjeu financier mais pas seulement

La MAPA représente un investissement du praticien en termes organisationnels et cet acte n'est pas coté. Ainsi, aucune cotation spécifique n'est prévue pour les cardiologues comme pour les médecins alors que la MAPA est recommandée dans la prise en charge de l'hypertension.

E17 : « *C'est une hypocrisie de la caisse de nous conseiller de faire ce type d'enregistrement alors que c'est pas coté ».*

Les professionnels de santé sont très virulents face à cette absence de prise en charge. Ils s'organisent en cotant une consultation à la pose et à la dépose.

E6 : « *Je cote deux fois : je cote quand je pose et je cote quand je dépose. »*

Coter l'acte MAPA ne signifierait pas pour les professionnels, gagner plus d'argent. Cela valoriserait une technicité, un investissement pour son patient et sa prise en charge, une expertise de la part du praticien.

E13 : « [Avec la MAPA] on prend un peu de temps et on valorise un acte médical. Par rapport au temps qui va nous prendre ou par rapport au peu d'expertise qui va nous demander en plus. »

- c) Recourir au cardiologue : de manière efficace et en répondant avant tout à une médecine de proximité

Pour les patients aux nombreux facteurs de risque cardiovasculaire ou quand l'analyse des chiffres MAPA est compliquée

Une partie des médecins généralistes interrogés et qui utilisent la MAPA, recourent au cardiologue lorsque l'analyse des résultats de la MAPA est compliquée.

E1 : « Quand on interprète effectivement : il y a le cas qui est très facile et il y a certains cas qui sont un peu litigieux, on demande l'avis du cardiologue. »

De plus, ils font appel au cardiologue lorsque le patient présente de nombreux facteurs de risque cardiovasculaire et a plusieurs médicaments pour soigner son HTA.

E6 : « Pour moi les deux situations où je me verrais adresser au cardiologue [...] l'hypertension que j'ai du mal à équilibrer ou alors le patient qui a plusieurs risques cardio-vasculaires. »

L'hypertension artérielle : une problématique de médecine générale ?

La gestion de la problématique hypertensive [et donc de la MAPA] revient-elle au médecin traitant ou au cardiologue ? Les points de vue des professionnels recueillis sont partagés.

D'après les cardiologues, la monothérapie dans le cadre d'une HTA classique et banale, fait partie des compétences du médecin traitant.

E16 : « Mais dès que c'est un peu plus compliqué dès qu'on commence poly thérapie... Bon et puis l'HTA isolée, banale, ça c'est le travail du médecin généraliste. Ce n'est pas le nôtre. »

Deux médecins traitants admettent entretenir de très bonnes relations avec leurs correspondants cardiologues et déléguer à la fois l'acte MAPA et la prise en charge de l'HTA.

E15 : « Pour moi une hypertension est quelque chose voilà qui relève d'un travail d'un spécialiste. Moi je veux bien faire le diagnostic, suspecter qu'il y a un problème sur la tension, mais je veux après que ce soit les spécialistes qui prennent les patients en main. »

Ce sont des médecins exerçant en ville ou en proche périphérie et où l'accès au cardiologue est facilité du fait d'une offre de soins moins déficitaires que dans d'autres zones géographiques de Bourgogne.

Pour décharger le cardiologue

Les médecins ayant investi dans l'outil MAPA avaient dans l'idée de moins recourir aux cardiologues et, donc de les décharger. Ils affirment que la MAPA et que la problématique hypertensive peut-être

gérée par le médecin généraliste. Cela permet de solliciter le cardiologue sur d'autres problématiques.

E13 : « *Et puis on pourrait régler la situation nous même parfois. Sans forcément avoir recours au cardiologue. Sans avoir recours à un spécialiste. Qui a autre chose à faire aussi de son côté. »*

Ou encore

E 13 : « *Aussi qu'on prenne de la disponibilité au cardiologue pour des raisons qui sont pas forcément indispensables : qu'on pourrait faire nous-même. »*

Ou encore

E14 : « *Ça libèrerait un peu les cardio oui. »*

Pour raccourcir les délais en mettant en avant une médecine de proximité

Les médecins volontaires pour avoir une MAPA dans le cadre du dispositif URPS/ARS souhaitent également éviter le recours au cardiologue. Le patient hypertendu n'aime pas se déplacer à l'hôpital pour faire une MAPA ou aller chez un médecin autre que son médecin traitant.

E14 : « *Donc les gens ne veulent pas trop aller chez les spécialistes. Hein. Il faut limiter les déplacements. Ils aiment bien qu'on se débrouille et qu'on règle les problèmes sans aller à l'hôpital et sans se déplacer. »*

L'examen MAPA, dans le cabinet connu du patient, permet une médecine de proximité et le patient est plus adhérent.

E3 : « *Quand on dit aux gens que ça va se passer ici, ils ne sont pas réticents pour faire l'examen. »*

d) MAPA versus AMT : pas de consensus chez les professionnels interrogés

Auto mesure : stressant ?

Les professionnels interrogés reconnaissent le stress que peut provoquer l'auto mesure. En effet, le patient, qui a connaissance des normes tensionnelles et trouve chez lui une tension élevée sera souvent en difficulté. La MAPA au contraire, laisse le patient dans son quotidien et le résultat des mesures est communiqué par un professionnel de santé (médecin ou infirmière).

E2 : « *Finalemnt c'est source d'anxiété parce que tout seul chez eux ils se prennent la tension ils trouvent 19 parce qu'ils sont un peu énervés après ils ont leur 19 dans la tête. »*

Ou encore

E2 : A propos de la MAPA : « *C'est intéressant qu'il n'y ait pas ce facteur stressant du chiffre. »*

Ou encore

E17 : « Parce que certains prennent leurs tensions quand ils ne sont pas bien : je pense qu'ils auto entretiennent leurs HTA. »

En pratique, une grande variabilité des réponses

Il n'existe aucune uniformité de réponses, parmi les professionnels, sur cette question : Quelle place donnez-vous à la MAPA par rapport à l'AMT ?

De nombreux facteurs conditionnent l'emploi de la MAPA ou de l'AMT pour les professionnels interrogés :

- investissement possible d'un tensiomètre de la part du patient
- patient en capacité de faire le protocole en entier
- professionnels qui n'utilisent plus du tout l'AMT
- professionnels qui utilisent l'AMT avant la MAPA
- professionnels qui utilisent l'AMT uniquement dans le cadre du suivi
- ...

E14 : « Ça dépend des cas : des fois c'est l'automesure, d'autres cas on leur demande de prendre la tension le matin etc... comme on fait classiquement et puis d'autres c'est le MAPA. Je sais pas ça dépend du patient. »

Les recommandations et « la vraie vie » : une nécessaire personnalisation des soins

Néanmoins, est-il possible de toujours tout encadrer par des recommandations ? Le médecin ne doit-il pas être là pour faire le lien entre la littérature sur un sujet et son patient (ses conditions matérielles et économiques, sa capacité de compréhension, ses convictions...) ? AMT ou MAPA, cela résulte d'une équation fine pour le praticien. Ils ont eu du mal, pour beaucoup à expliquer ce qui les conduisait à faire le choix de l'un ou de l'autre. En effet, chaque contexte est différent et le médecin s'adapte.

E15 : « Les recommandations sont une chose, la vraie vie c'est autre chose. »

Ou encore

E14 : « C'est la personnalité du patient déjà. Qui me fait choisir entre les deux. »

e) Formation / temps d'appropriation

Minimal peut-être, mais nécessaire pour une analyse de l'enregistrement

La distribution de la MAPA dans le cadre du programme le plus récent de promotion de cet outil s'est faite sans formation des professionnels de santé qui ont reçu l'appareil. Les cardiologues interrogés appuient le fait qu'il faut un minimum d'apprentissage pour réussir une analyse fine des données.

E17 : « A condition de savoir l'interpréter. L'exploitation des données de la MAPA nécessite quand même un apprentissage. Tout le monde ne peut pas interpréter des MAPA du jour au lendemain. »

Les cardiologues rapportent avoir été formé à la MAPA durant leurs études et de ce fait, c'était tout naturel d'investir l'outil à la sortie de leur internat.

E17 : « Dans le cadre de mes études, à l'époque ça commençait tout juste dans les années 80, la fin des années 80. On a introduit la MAPA dans le service et du coup, quand je me suis installé c'était tout naturel quand j'ai commencé au cabinet. J'ai poursuivi l'activité donc qui était débutante que j'avais au CHU. »

Plus généralement, les médecins interrogés rapportent qu'il faut faire plusieurs MAPA et à la suite pour être à l'aise avec le dispositif. Des groupements de professionnels qui ont investi dans la MAPA dans les années 2000, ont mutualisé des formations concernant l'appareil de MAPA afin d'optimiser son utilisation. Cependant, ceux ayant bénéficié du dispositif de distribution de MAPA via l'URPS/ARS n'aurait pas forcément souhaité une formation à proprement parlé mais qu'il y ait à disposition un guide où sont expliqués les grands principes de l'analyse et les recommandations à donner au patient.

E11 : « Un... document qui explique un peu précisément la pose et la dépose de l'appareil. Et les grandes lignes de l'utilisation du logiciel. Après il me semble pas qu'une formation particulière soit... Soit indispensable. »

Un investissement certain

En ce qui concerne les professionnels de santé qui ne délèguent pas encore la pose et la dépose, tous notent l'investissement qu'il faut fournir pour se servir de l'appareil. En effet, il ne suffit pas de faire une MAPA une seule fois pour bien maîtriser cet outil. Il y a un temps d'appropriation de l'outil qui n'est pas anodin, avant de pouvoir l'utiliser pleinement.

E16 : « Mais c'est quand même un investissement qui est assez lourd pour nous ».

Ou encore

E 11 : « Ce qui fait qu'on est un peu réticent aussi comme les mesures sont un peu espacées on est un peu réticent parce qu'on a un peu oublié l'utilisation du logiciel. C'est vrai que ça peut être un frein pour utiliser un autre enregistrement. Après en avoir fait deux trois on arrive à se rappeler facilement. »

f) Généraliser le dispositif MAPA au médecin traitant : oui mais sous conditions

E1 : « Donc le fait de distribuer des MAPA à tous les cabinets médicaux à l'heure actuelle moi je constate : c'est abusif »

Généraliser la MAPA aux médecins traitants peut se faire sous plusieurs conditions d'après les professionnels de santé interrogés. Il faut, déjà disposer d'un appareil pour plusieurs médecins. Il faut également faire adhérer les professionnels au dispositif avant la distribution.

E2 : « Donc généraliser ça ... Faut surement un appareil pour plusieurs. »

Ou encore

E11 : « Donc peut-être le fait de faire adhérer peut-être un petit peu plus le praticien au dispositif avant de le mettre en place ça peut être une bonne solution. »

g) Les aléas de la technologie

Un frein soulevé par les professionnels de santé est l'utilisation de beaucoup de piles par l'appareil de MAPA. Ils ont dû investir dans des piles rechargeables.

E6 : « Maintenant, pour moi, l'inconvénient principal (en tout cas pour notre appareil) : c'est l'usage de pile. Ça bouffe un nombre de piles impressionnant ! Et c'est vrai qu'aujourd'hui où on se pose de plus en plus de questions d'écologie pour moi c'est vraiment une aberration quoi donc on essaie d'utiliser des petites batteries. Mais c'est pour moi c'est vraiment l'inconvénient principal de cet appareil. »

Les problèmes techniques existent et sont inhérents à l'informatique et à la technologie. Plusieurs professionnels ont décrit une inadéquation du logiciel MAPA avec leur logiciel métier. C'était important pour les médecins interrogés de pouvoir communiquer avec un technicien de l'URPS.

E13 : « Après la maintenance, le logiciel donc avoir des techniciens qui puissent répondre si on a des problèmes. »

h) La MAPA : un outil adapté à tous les patients ?

Plusieurs freins venant du patient ont été soulevés. Manque de soin vis-à-vis du matériel, mauvaise acceptabilité de l'examen, examen non mené jusqu'au bout sont les principales difficultés, qui émanent du patient.

E17 : « On a beau leur dire de faire attention. Qu'est-ce que je vois de temps en temps : Le tuyau qui a été bouffé par le chien. Il y a quelques années j'ai eu un appareil qui n'a plus fonctionné il était mouillé, il s'était douché avec. »

De même, et d'après les médecins, certaines anatomies de bras empêchent la réalisation des MAPA. Certaines professions également ne sont pas compatibles avec la réalisation de l'examen : le travailleur manuel peut, par exemple, être dans l'impossibilité de prendre une journée pour faire l'examen (cela reste délicat pour lui de s'arrêter de travailler toutes les vingt minutes lorsque le brassard gonfle).

E17 : « Les problèmes de taille du bras : j'ai des brassards pour obèse, mais quelquefois la conformation du bras ne permet pas de poser un holter tensionnel. Des gens qui sont travailleurs manuels qui ont les bras en l'air, qui font un travail de jardinier : si ils veulent pas s'arrêter un jour de travailler c'est pas possible.»

i) Faire des MAPA, un acte essentiel ?

Des recommandations étendues

Les indications qui justifient une prescription de mesure ambulatoire de pression artérielle sont bien connues des professionnels de santé.

E1 : « *Elles sont très étendues les indications. C'est effet « blouse blanche », HTA réfractaire, HTA mal équilibrée. »*

L'accès facile et rapide de l'appareil de MAPA au sein du cabinet, et surtout, avec la délégation de la pose et de la dépose, permet d'aller au-delà de ces indications et de prescrire l'examen pour confirmer toute HTA et lever le moindre doute.

E6 : « *Comme on a accès à la MAPA facilement, je la fais dès que j'ai un petit doute. »*

Ou encore

E2 : « *Donc je m'en sers beaucoup, dès que j'ai un doute. »*

Un outil utile mais non obligatoire

Néanmoins, même avec un accès facilité à l'examen, les médecins généralistes interrogés partagent le fait que la MAPA n'est pas un outil incontournable dans leur exercice mais qu'il reste très utile si l'on veut bien prendre en charge ses patients.

E9 : « *Indispensable = non ! C'est une aide, ça renforce le, diagnostic. »*

Ou encore

E11 : « *Indispensable je dirai pas ça non. Mais utile : oui ça peut l'être en tout cas. »*

DISCUSSION

La pratique courante de la mesure ambulatoire de pression artérielle (MAPA) par le médecin généraliste pose la question de l'organisation du cabinet et de la délégation des tâches. Utiliser la MAPA en médecine générale décharge le cardiologue. Cet aspect était mis en avant par les médecins généralistes qui les sollicitaient moins pour cet acte mais plus pour des problématiques plus complexes (suivi d'un patient avec de nombreux facteurs de risques cardiovasculaires par exemple). Enfin, la MAPA est un acte utile pour le médecin généraliste même s'il n'est pas perçu par les professionnels comme indispensable. Le généraliser nécessiterait, de plus, une formation sur l'analyse, ainsi qu'un logiciel et un support informatique adapté.

La principale limite de l'étude concerne le lieu d'exercice des professionnels interrogés : ils exerçaient majoritairement dans l'agglomération dijonnaise et aux alentours. L'investigatrice a, tout de même, rencontré des professionnels de chaque département : 1 professionnel dans la Nièvre, 1 dans l'Yonne, 2 en Saône-et-Loire et 13 en Côte d'Or. La Bourgogne est un territoire rural et les professionnels interrogés sont pour la plupart urbains. La répartition des entretiens sur le territoire bourguignon est cependant superposable à la densité de médecins traitants exerçant sur ses territoires (28). De plus, l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de la région Bourguignonne montre que les médecins interrogés faisaient partis de zones très variables en termes de densité de professionnels (29). La diversité des profils interrogés est au contraire une des forces de l'étude. En effet, des professionnels de santé médicaux et para médicaux ont été rencontrés, ainsi que des professionnels exerçant seuls, en maison de santé pluridisciplinaire, en groupement de professionnels... Cela a permis de recueillir un large panel d'opinions et une richesse des entretiens tout en parvenant à saturation des données. Le double codage des verbatims, par un interne en médecine générale et l'investigatrice augmente également la validité externe des résultats.

Les professionnels de santé interrogés avaient une bonne connaissance des indications d'utilisation de la MAPA. Cela peut s'expliquer par l'antériorité des actions sur la région visant à développer l'outil MAPA. Les professionnels ont donc pu être antérieurement, par la politique régionale et les acteurs locaux, sensibilisés au dispositif. Les médecins généralistes se sont adaptés à l'offre de soins régionale. Ils orientent vers le cardiologue en cas de nécessité mais, cela n'apparaît pas comme une difficulté, pour eux de soigner l'hypertension artérielle et d'en adapter la thérapeutique. Cet aspect confirme les données de la littérature où l'HTA est une problématique essentiellement de médecine générale (30). Les médecins généralistes se sont également adaptés en termes d'organisation du cabinet. Infirmières et secrétaires sont les bienvenues pour déléguer une partie du processus. Le temps que le médecin généraliste a à sa disposition pour organiser l'acte MAPA est un des principaux freins à son emploi en médecine générale. En effet, il lui faut convoquer le patient à deux rendez-vous à 24h d'intervalle ; lors de la pose, délivrer au patient les explications, paramétrer l'appareil ; lors de la dépose, transférer les résultats et les analyser. Un des leviers, auquel les professionnels ont largement adhéré, est la délégation de la pose et de la dépose à infirmière et secrétaire. Cela leur permet de gagner du temps et des créneaux de consultations pour d'autres patients. Cet aspect est conjoint des enjeux actuels de transfert de tâches du médecin traitant à l'infirmière. Soutenue en 2003 par le rapport BERLAND puis par l'article 51 de la loi HPST de 2009, la coopération entre professionnels de santé va de pair avec l'évolution du système de santé (31) (32). En effet, le suivi

des maladies chroniques, les actions de d'éducation thérapeutique et plus largement de promotion de la santé, certains actes techniques peuvent être effectués par les infirmiers ou infirmières. La MAPA est un bel exemple de transfert de tâches avec à la fois une technicité et un acte de prévention du risque cardio vasculaire. Cela illustre un mouvement de fond renforcé par les plans gouvernementaux actuels. Ceux-ci promeuvent le regroupement des professionnels de santé où plusieurs compétences se coordonnent. Telles sont les Communautés Professionnelles de Territoriales de Santé (CPTS), présentées par la ministre des solidarités et de la santé Agnès BUZYN. Ces CPTS constituent « des espaces au sein desquels les professionnels de santé s'organiseront pour mettre en œuvre [des] missions au service de la santé de la population de leur territoire » (33). L'appareil de MAPA pourrait tout à fait être un outil de plus au sein du CPTS comme c'est déjà le cas dans les groupements de professionnels du territoire de la Côte d'Or. Autre point mis en avant dans ma santé 2022 : « Libérer du temps médical pour répondre aux problèmes d'accès aux soins » (33). Ainsi que nous l'avons vu plus haut, la MAPA est l'exemple d'outil, chronophage pour le médecin généraliste dont une partie du processus peut être déléguée. Cela permet aux médecins traitants de se concentrer sur le cœur de leurs missions.

Outre le versant organisationnel et le transfert de tâches pour assurer une partie de l'acte, la MAPA n'est toujours pas cotée spécifiquement par l'assurance maladie alors que la mesure ambulatoire de pression artérielle est recommandée et a prouvé son utilité dans la prise en charge de l'hypertension. Un des leviers identifiés dans cette enquête, est la réalisation de la MAPA par l'infirmière Asalée, qui bénéficie de financement spécifique par l'assurance maladie et le ministère des solidarités et de la santé. Même si ce n'est pas l'enjeu financier qui est la motivation principale des professionnels interrogés, il n'en reste pas moins que l'expertise demandée pour analyser un examen tel que la MAPA mériterait d'être mieux valorisé. Une cotation spécifique serait une façon de reconnaître la technicité requise par cet examen et ainsi de « gratifier [les médecins] pour leur travail » (34). Cependant, il existe une difficulté pour les médecins exerçants seuls. En effet, la MAPA semble plus facilement utilisable dans le cadre de cabinets de groupe où le temps infirmier et de secrétariat est déjà mutualisé. De plus, l'outil MAPA reste cher et le cabinet de groupe permet d'optimiser sa rentabilité. Cet aspect a été anticipé par l'ARS et l'URPS lors de la dernière campagne de promotion de la MAPA, puisque la distribution des MAPA a ciblé uniquement les cabinets de groupe.

La question de l'absence de formation des professionnels de santé qui ont reçu la MAPA dans le cadre du dispositif de l'URPS/ARS apparaît comme un frein à son utilisation. Les cardiologues avaient bénéficié d'une formation dans le cadre de leurs études et les médecins traitants qui avaient investi dans la MAPA dans le cadre de groupement de professionnels ou du projet MAPAGE avaient bénéficié de formations mutualisées. Les professionnels reconnaissent que l'outil n'est pas compliqué à utiliser mais qu'il faut un temps d'appropriation certain. Un document explicitant les grands principes de l'analyse des résultats MAPA serait le bienvenu lors de l'obtention de l'outil. En plus d'une formation adaptée, un support technique et un logiciel adapté sont incontournables. Le support technique avait été mis en place par l'URPS lors de la dernière campagne. Quant au logiciel adapté, ce n'est pas toujours facile à mettre en œuvre puisque les médecins généralistes utilisent des logiciels métiers différents d'un cabinet à l'autre. Le support technique est donc indispensable pour adapter le logiciel MAPA à chaque environnement bureautique. Par ailleurs, la MAPA distribuée par le binôme URPS/ARS fonctionnait à piles. Cela apparaît également comme un frein important, à l'heure où les questions de développement durable sont essentielles. Les professionnels ont tous été contraints d'investir dans des piles rechargeables.

La place de la MAPA parmi les autres outils, notamment l'AMT restent à investiguer. La parole des professionnels interrogés ne fait pas consensus et il serait nécessaire de déployer de nouvelles études pour déterminer plus précisément quels facteurs les poussent au choix de l'AMT ou de la MAPA. Ce phénomène peut illustrer le concept de « médecine personnalisée et intégrative » où la personne est soignée dans sa globalité en prenant en compte toutes ses dimensions (bio-psycho-socio-spirituelles) (35). En effet, plusieurs choix s'offrent aux professionnels de santé et il doit adapter ses connaissances au meilleur, au plus adéquat pour le patient selon les dimensions situées plus haut.

Recommandations aux décideurs et aux professionnels de santé

La politique régionale de développement de l'outil MAPA rentre dans une perspective d'*evidence based public health* autrement dit la santé publique basée sur des preuves. Cela signifie « la prise en compte de la preuve scientifique de l'efficacité et de la faisabilité d'une intervention, en fonction des contraintes économiques, politiques et sociales, ainsi que des préférences de la communauté » (36). En effet, la MAPA est recommandée dans le diagnostic de l'hypertension artérielle. Elle a de plus montré son efficacité par rapport aux mesures conventionnelles de la tension artérielle. Pour les médecins traitants, cela permet de dépister l'hypertension artérielle au plus tôt dans le parcours du patient et de limiter la iatrogénie, imputable aux hypertensions artérielles « blouse blanche ». C'est donc une force, pour la région, de rendre accessible la MAPA, un appareil très coûteux, aux médecins traitants et de renforcer une offre de soins de proximité. Deux recommandations principales émergent de notre étude. La première, en amont de l'intervention, est de recueillir l'avis des professionnels de santé concernés au sujet de la MAPA afin d'optimiser l'adéquation de celle-ci aux contraintes de terrain. Dans cette perspective une phase de test permettant d'évaluer la faisabilité pratique et les conditions de réalisation au regard de l'organisation des médecins généralistes est souhaitable. Lors de la dernière campagne de promotion de la MAPA, les professionnels ont souligné lors des entretiens que la possibilité de déléguer l'acte n'avait par exemple pas été anticipée. Une préparation de l'organisation du cabinet en amont de la distribution aurait été la bienvenue. De plus, l'absence de formation des professionnels de santé a été soulignée comme un frein au bon emploi de la MAPA. La deuxième recommandation, en aval, est le fait que la mise en place d'une intervention implique également d'assurer le suivi de son déploiement via notamment une évaluation de processus permettant de s'assurer que cette intervention est bien réalisée selon le protocole prévu. Celui-ci doit lui-même être proche des conditions de réalisation/d'implémentation qui ont montré leur efficacité. Il est souhaitable que cette évaluation soit de plus complétée par une interrogation sur les éléments à optimiser ou au contraire qui se sont montrés des facteurs de réussite afin de faciliter le déploiement de l'intervention dans d'autres contextes. L'évaluation des politiques publiques est un facteur clé pour améliorer l'action et éclairer la décision (37).

Notre étude s'intègre dans cette perspective. Cette thèse d'exercice est donc une première étape de recueil de données qualitatives permettant de disposer des leviers et de la compréhension des freins à la réussite du dispositif.

CONCLUSIONS

L'hypertension artérielle (HTA) est le principal facteur de risque cardio-vasculaire modifiable. Son dépistage et la confirmation du diagnostic d'HTA par des procédures permettant d'éviter les faux positifs et les faux négatifs est crucial. La société française d'hypertension artérielle recommande de porter le diagnostic d'hypertension artérielle après avoir confirmé l'élévation tensionnelle par des mesures ambulatoires. Deux dispositifs peuvent être mobilisés pour ce faire : l'auto-mesure tensionnelle et la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA). Cette dernière offre l'avantage de permettre une mesure fiable sur 24h des valeurs de pressions artérielles. Par ailleurs, les mesures réalisées sont mieux corrélées au risque de mortalité toute cause que la mesure clinique, même réalisée suivant les recommandations. Ces propriétés ont conduit à recommander l'utilisation de cette approche pour confirmer une HTA. L'HTA est principalement prise en charge en soins premiers et pourtant l'utilisation de la MAPA en médecine générale reste faible. Des initiatives volontaristes d'acteurs de terrains, comme de l'ARS et de l'URPS ont tenté de promouvoir l'utilisation de la MAPA en Bourgogne. Partie intégrante d'un projet plus large d'évaluation de l'utilisation de la MAPA en Bourgogne, et de ses conditions d'utilisation, l'objectif principal de l'étude était d'identifier les freins et les leviers à l'utilisation de la MAPA par les médecins généralistes en Bourgogne.

L'étude qualitative menée auprès d'un échantillon de convenance à variation maximale de 17 professionnels de santé majoritairement médecins généralistes, mais aussi cardiologues, infirmière et secrétaire exerçant dans les 4 départements de Bourgogne a mis en évidence que la délégation de la logistique à une infirmière ou à une secrétaire médicale était un élément important pour favoriser son utilisation. Malgré un fonctionnement simple, cet outil était perçu comme chronophage et nécessitant un support de formation et un accompagnement technique. Disposer d'un dispositif de MAPA au cabinet pouvait permettre d'éviter l'orientation vers un cardiologue pour les cas les plus simples et les délais d'attente associés. Une cotation spécifique était perçue comme un levier potentiel à une augmentation de l'utilisation du dispositif, en permettant une reconnaissance du temps médical requis notamment pour l'interprétation des données. Les interviewés estimaient que la MAPA était un outil utile pour diagnostiquer au mieux l'HTA en médecine générale et faisait partie des outils susceptibles de simplifier le parcours de soins des patients. Relativement onéreux, l'acquisition, et la maintenance d'un dispositif de MAPA au sein de regroupements de praticiens mutualisant une infirmière/secrétaire au sein d'une maison de santé pluri professionnelle ou tel que prévu au sein de CPTS envisagés par ma santé 2022 semble une option susceptible d'optimiser l'utilisation de la MAPA. Ce type d'organisation est de plus en cohérence avec les évolutions actuelles de l'exercice de la médecine avec une part croissante de transfert de tâches afin de libérer du temps médical.

Les limites principales de l'utilisation de la MAPA mises en exergue dans ce travail relèvent de conditions logistiques et de reconnaissance de l'expertise médicale qui lui est associée. Ces résultats combinés à la réflexion nécessaire sur l'évaluation qui doit accompagner l'implémentation d'une intervention devraient contribuer à mieux préparer les interventions futures en faveur de la MAPA.

Le Président du jury,



Pr. Christine Binquet

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 15 NOVEMBRE 2013

Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2017 [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Santé publique France. Maladies cardiovasculaires et accident vasculaire cérébral [Internet]. 2019 [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral>
3. Santé Publique France. Hypertension artérielle [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/hypertension-arterielle>
4. SOIXANTE-SIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ. Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles [Internet]. 2013 [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-fr.pdf?ua=1
5. Projet interministériel. Plan national de santé publique : priorité prévention [Internet]. 2018 [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publique__psnp.pdf
6. Guyton AC, Hall JE, Dinh Xuan Anh Tuan, Coquery S. Précis de physiologie médicale. Padoue: Piccin; 2003.
7. Hypertension artérielle (HTA) [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/hypertension-arterielle-hta>
8. Attias D, Lellouche N, Collège national des cardiologues français. Cardiologie vasculaire. 2018.
9. Haute Autorité de Santé ; Société Française d'hypertension artérielle. Fiche mémo - Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. 2016 [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_hta__mel.pdf
10. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle - Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2005 [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hta_patient_adulte_synthese.pdf
11. 2ème EDITION DU REFERENTIEL DE CARDIOLOGIE POUR LA PREPARATION DES ECN | Société Française de Cardiologie [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://sfc cardio.fr/Referentiel-Cardiologie>
12. Fédération française de cardiologie - 2019 - Brochure hypertension artérielle.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: https://www.fedecardio.org/sites/default/files/image_article/2019-BROCHURE-HTA-Web.pdf
13. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 1 sept 2018;39(33):3021-104.

14. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* [Internet]. 23 oct 2018 [cité 10 sept 2019];138(17). Disponible sur: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000597>
15. Centers for Medicare and Medicaid Services; Proposed decision memo for Ambulatory Blood Pressure Monitoring (ABPM) (CAG-00067R2). 9 avr 2009;
16. Fédération française de cardiologie. Les examens spécifiques : La MAPA [Internet]. <https://www.fedecardio.org>. 2016 [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/Les-maladies-cardio-vasculaires/Les-examens-specifiques/la-mapa>
17. Haute Autorité de Santé ; Société Française d'hypertension artérielle - 2016 - Rapport d'élaboration Prise en charge de l'hyper.pdf [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_rapport_elaboration_hta_mel.pdf
18. Rémy C. Martin-Du-Pan. White coat hypertension (syndrome de l'hypertension de la blouse blanche) [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. 2009 [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-227/White-coat-hypertension-syndrome-de-l-hypertension-de-la-blouse-blanche>
19. Duron E, Dubail D, Labourée F, Rollot F, Seux M-L, Hanon O. HTA blouse blanche et HTA masquée dans une population de sujets âgés. *Rev Médecine Interne*. juin 2009;30:S40.
20. Banegas JR, Ruilope LM, de la Sierra A, Vinyoles E, Gorostidi M, de la Cruz JJ, et al. Relationship between Clinic and Ambulatory Blood-Pressure Measurements and Mortality. *N Engl J Med*. 19 avr 2018;378(16):1509-20.
21. Haute Autorité de santé. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte - Recommandations de bonnes pratiques [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2016 [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte
22. Assurance Maladie P de repère numéro 10. Hypertension artérielle et facteur de risques associés : évolutions des traitements entre 2000 et 2006 [Internet]. 2007 [cité 12 oct 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n__10.pdf
23. Le Jeune S, Pointeau O, Hube C, Lopez-Sublet M, Giroux-Leprieur B, Dhote R, et al. Place des différentes techniques de mesure de la pression artérielle en 2016. *Rev Médecine Interne*. avr 2017;38(4):243-9.
24. Fondation de la recherche sur l'hypertension artérielle. HTA et automesure [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: http://www.frhta.org/hta_et_automesure.php
25. Assurance Maladie. Prendre sa tension artérielle à domicile [Internet]. 2019 [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/petits-soins/prendre-tension-arterielle-domicile>
26. Casiglia E, Tikhonoff V, Albertini F, Palatini P. Poor Reliability of Wrist Blood Pressure Self-Measurement at Home: A Population-Based Study. *Hypertension*. oct 2016;68(4):896-903.

27. L'expérimentation MAPA [Internet]. URPS Médecin Libéral de Bourgogne - Franche-Comté. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.urps-ml-bfc.org/portfolio/l experimentation-mapa/>
28. Agence Régionale de Santé. Cartosanté [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/cartosante>
29. Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes - L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/accessibilit-potentielle-localis-e-apl-aux-m-decins-g-n-ralistes>
30. Samson, S, Ricordeau, P, Pépin, S, Tilly, B, Weill, A, Allemand, H. Hypertension artérielle et facteurs de risque associés: évolutions des traitements entre 2000 et 2006. Points Repères. 2007;10:1-8.
31. Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. 2003 oct.
32. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. juill 21, 2009.
33. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022. 2018.
34. Winckler M. La crise de la médecine générale. Trib Santé. 2009;22(1):67.
35. Bell IR, Caspi O, Schwartz GER, Grant KL, Gaudet TW, Rychener D, et al. Integrative Medicine and Systemic Outcomes Research: Issues in the Emergence of a New Model for Primary Health Care. Arch Intern Med. 28 janv 2002;162(2):133.
36. Halley des Fontaines V, Alla F. Apprendre à décider : l'Evidence Based Public Health. Santé Publique. 2007;19(hs):135.
37. Perret B. L'évaluation des politiques publiques. Paris: Découverte; 2008.

ANNEXE : grille d'entretien

Caractéristiques sociodémographiques des professionnels de santé interrogés :

- Consentement à l'enregistrement
- Nom, prénom, âge. En quoi consiste votre exercice ?

Thème 1 : Accès à l'appareil de MAPA

- Comment avez-vous eu accès à l'appareil ?

Thème 2 : Utilisation de l'appareil

- Comment l'utilisez-vous à l'heure actuelle ? Ou quels freins existent-ils à son utilisation ?
 - o Quelles indications, repérage des patients, information, pose, dépose, analyse des résultats.
 - o Bénéficiez-vous de l'aide d'un cardiologue ? Comment ?

Thème 3 : Utilisation de l'AMT

- Comment utilisez-vous l'AMT dans votre pratique quotidienne ? Quelle place a-t-il par rapport à la MAPA ?

Thème 4 : Évolution

- Comment la MAPA a fait évoluer votre pratique (PEC du patient, organisation du cabinet) ?
 - o AVANT / APRES ?

Thème 5 : Avantages/inconvénients

- En pratique, au vu de votre expérience, les difficultés, les bénéfices expérimentés.
 - o Utilité pour votre pratique ? Outil indispensable par rapport à l'hypertension artérielle ?
 - o Facilité d'utilisation ?

Thème 6 : Généralisation

- Pensez-vous utile de généraliser ce genre de dispositifs ? Sous quelles conditions ?
 - o Formation ? Aide technique et humaine

Thème 7 : Financement

- Comment vous coter ? Est-ce que cela a bloqué dans l'achat au départ ou dans son utilisation ?

Caractéristiques (suite)

DU ? Quelle est votre formation ? Groupe d'échange de pratique ? Syndicat ?

Merci pour votre participation !

TITRE DE LA THÈSE: LA MAPA EN MEDECINE GENERALE. INVESTIGATION QUALITATIVE DE L'ORGANISATION EN PRATIQUE COURANTE EN BOURGOGNE.

AUTEUR : MANON BURGAT

RÉSUMÉ :

Introduction : L'hypertension artérielle (HTA) est le principal facteur de risque cardio-vasculaire modifiable. La société française d'hypertension artérielle recommande de porter le diagnostic d'hypertension artérielle après avoir confirmé l'élévation tensionnelle par des mesures ambulatoires. L'HTA est principalement prise en charge en soins premiers et pourtant l'utilisation de la MAPA en soins premiers reste faible. L'objectif principal de l'étude était d'identifier les freins et les leviers à l'utilisation de la MAPA par les médecins généralistes.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative avec entretiens semi-dirigés menés en face à face entre novembre 2018 et septembre 2019. Le recrutement a été fait sur la base du volontariat. L'échantillonnage était raisonné de type variation maximale et incluait des médecins, mais aussi le personnel médical utilisant la MAPA. L'objectif était d'obtenir une hétérogénéité en termes de professions, d'âge, d'utilisation de la MAPA. Une analyse thématique reposant sur un double codage a été réalisé.

Résultats : Dix-sept professionnels de santé exerçant en Bourgogne ont été interrogés. Selon les interviewés, l'utilisation de la MAPA nécessitait une adaptation de l'organisation du cabinet. La délégation de la logistique à une infirmière ou à une secrétaire médicale était appréciée. L'obtention de ce dispositif permettait d'éviter l'orientation vers un cardiologue et les délais d'attente associés. Malgré un fonctionnement simple, cet outil était perçu comme chronophage. L'absence de cotation spécifique était également perçue comme un frein à son utilisation. Les interviewés estimaient que la MAPA pouvait toutefois faire partie des outils du médecin généraliste afin de simplifier le parcours de soins des patients.

Conclusion : Les limites de l'utilisation de la MAPA résidaient dans la logistique nécessaire à son utilisation. Il semble donc nécessaire de l'anticiper. Les résultats de ce travail pourraient aider à cette anticipation et aider en amont les professionnels qui souhaitent acquérir un appareil de MAPA. L'utilisation de cet outil peut également être une ouverture sur la délégation de tâches entre professionnels de santé.

Mots-clés : SURVEILLANCE AMBULATOIRE DE PRESSIION ARTERIELLE ; MEDECINE GENERALE ; DELEGATION AU PERSONNEL ; DISPOSITIF MEDICAUX