

2015-2016

THÈSE
pour le
DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

**QUELS SONT LES DÉTERMINANTS
DE REMPLISSAGE D'UNE FICHE
D'AUTOMESURE TENSIONNELLE
NON CONFORME SELON LES
RECOMMANDATIONS ?**

**ÉTUDE QUALITATIVE SUR 12 PATIENTS DU MAINE ET
LOIRE**

JANUS Laure
Née le 7 février 1984 à Strasbourg (67)

Sous la direction de M. CONNAN Laurent

Membres du jury

Monsieur le Professeur FURBER Alain	Président
Monsieur le Professeur CONNAN Laurent	Directeur
Monsieur le Professeur CAILLIEZ Éric	Membre
Monsieur le Docteur PAGE Jean-Daniel	Membre

Soutenue publiquement le
27 octobre 2016



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

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

signé par l'étudiante le 13/09/2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUIZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine

CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstruictrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie

LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine

ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie

BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLÉ Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine

MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

Remerciements

À Monsieur le Professeur Alain Furber,
Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury.
Soyez assuré de mon plus profond respect.

À Monsieur le Professeur Laurent Connan,
Merci de tout cœur d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, merci d'avoir été auparavant mon maître de stage. Tu m'as fait découvrir toute la richesse de la Médecine Générale.

À Monsieur le Professeur Éric Cailliez,
Recevez mes plus sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail.

À Monsieur le Docteur Jean-Daniel Page,
Pour m'avoir inspiré le thème de ce travail, pour ton soutien dans le recrutement, pour ton exemple au cabinet et pour avoir accepté d'être pour la première fois dans un jury de thèse, merci infiniment.

À Monsieur le Docteur Jean Boulet-Gercourt,
Merci infiniment de m'avoir fait toucher du doigt l'Art de la Médecine Générale et de m'avoir initiée à la beauté des Mauges ; merci pour ton soutien, ton amitié et tous les moments de convivialité avec Maryse...

À Monsieur le Docteur Pierre Spiesser,
Merci d'avoir été une des belles rencontres de ma vie qui m'a donné aussi le goût de la Médecine Générale, je crois que sans toi, je ne serai pas à Saint Florent Le Vieil aujourd'hui...

À Messieurs les Docteurs Gwenaël Beauvineaup, Jean-Pierre Leinberger, Julien Verrière,
Merci de votre soutien dans le recrutement, travailler avec vous est un bonheur chaque jour.

À Monsieur le Docteur Hugues Bertrand,
Merci de ton soutien et de ta réactivité dans le recrutement, je te dois le recrutement des deux premiers patients... Ce qui m'a vraiment lancée dans ce travail...

À Mesdames les Docteurs Anne Fallai, Chloé Selves-Roussel et Monsieur le Docteur Olivier Morinière,

Merci pour votre accueil à Saint Martin du Fouilloux et pour votre participation dans mon travail.

À Madame Véronique Vallée,

Tu es une magicienne du planning, merci de m'avoir préservé autant de jours pour me consacrer à ce travail ; travailler avec toi est aussi un petit bonheur, à nos petites histoires de la vie et de blondes (!)...

À toute ma famille, mon père, ma grand-mère, mon frère et sa famille franco-japonaise, mon oncle, ma tante, mes cousins (Jacques et Alix, vous êtes les prochains...), Brigitte et François, Edda et Rolf (toujours présents malgré la distance qui nous sépare), merci pour votre soutien indéfectible et vos encouragements sans faille.

À Florent, pour ta patience et ton endurance, merci.

À ma mère,

Un remerciement tout particulier pour toi, sans qui cet aboutissement n'aurait jamais eu lieu, je suis fière d'en être là et c'est aussi un peu grâce à toi...

À mon fils Arthur,

C'est pour toi que je fais de mon mieux...

À la mémoire de ma grande tante Andrée,

Finalement, sans trop le savoir, c'est peut-être toi qui m'auras lancée un peu dans la médecine...

Liste des abréviations

AMT : Automesure Tensionnelle

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

cmHg / mmHg : centimètre de mercure – millimètre de mercure, unités de mesure de la Pression Artérielle

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

PA : Pression Artérielle

PAD : Pression Artérielle Diastolique

PAS : Pression Artérielle Systolique

RHD : Règles Hygiéno-Diététiques

SFHTA : Société Française d’Hypertension Artérielle

TA : Tension Artérielle

Plan

Introduction

Matériel et Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

Bibliographie

Figures

Table des matières

Annexes

1. Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) correspond à une élévation trop importante et constante de la pression du sang (PA) sur la paroi des artères [1] et est définie par des chiffres de pression artérielle systolique (PAS) et diastolique (PAD) supérieurs à 140/90 millimètres de mercure (mmHg) [2,3].

L'HTA est la première maladie chronique dans le monde avec une prévalence estimée à 22 % des adultes en 2014 et serait à l'origine de 9,4 millions de décès dans le monde en 2010 [4].

En France, d'après la Haute Autorité de Santé (HAS), l'HTA aurait touché 13 à 14 millions de patients en 2010 [5].

Selon un observatoire conduit par l'Assurance Maladie en 2006, les dépenses liées à l'HTA étaient d'environ 420 euros par an et par patient, couvrant les consultations, traitements et examens complémentaires. Ainsi le coût annuel de l'HTA a été estimé à 4,4 milliards d'euros dont 2,3 milliards pour le seul traitement médicamenteux antihypertenseur [6].

L'HTA est fréquemment asymptomatique ou s'accompagne de symptômes non pathognomoniques. Sa découverte relève le plus souvent d'un examen systématique. L'HTA augmente le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) par 7, celui des complications cardiaques comme l'insuffisance cardiaque ou l'insuffisance coronaire respectivement par 4 et 3. Elle se complique également d'insuffisance rénale ou de troubles cognitifs.

Cette maladie le plus souvent silencieuse reste insuffisamment dépistée, traitée et contrôlée. Ainsi, dans l'étude nationale nutrition santé conduite en France en 2006, la prévalence de l'HTA s'élevait à 31 % dans la population d'adultes âgés de 18 à 74 ans, sans différence selon le sexe. Dans plus d'un cas sur deux, les patients étaient traités par un médicament ayant une activité sur le niveau de la PA. Dans l'autre moitié, les patients n'avaient pas déclaré de traitement antihypertenseur malgré des chiffres tensionnels élevés [7].

Un problème d'observance était relevé chez au moins 50 % des hypertendus traités [8].

La stratégie thérapeutique repose sur plusieurs axes : les règles hygiéno-diététiques (RHD), la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire associés et le traitement médicamenteux.

La mesure de la PA au cabinet est la plus utilisée pour le diagnostic et le suivi de l'HTA mais peut être sujette à cause d'erreurs telles que l'effet blouse blanche ou l'HTA masquée.

Les sociétés savantes internationales et nationales comme la Société Européenne d'Hypertension (ESH), la Société Européenne de Cardiologie (ESC) ou la Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA) préconisent de mesurer la PA en dehors du cabinet pour confirmer l'HTA, par automesure ou mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) sauf en cas d'HTA sévère [9] [3].

Leurs recommandations visent notamment à optimiser la prise en charge de l'HTA par le médecin et à améliorer l'observance thérapeutique par le patient.

L'automesure tensionnelle (AMT) est facilement réalisable par la majorité des patients, même âgés ; cependant, l'AMT n'est pas proposée aux patients présentant des troubles cognitifs ou visuels, ayant une arythmie (limite technique du tensiomètre) ou une obésité (brassard inadapté du tensiomètre).

Les modalités pratiques de l'AMT sont standardisées et répondent à la règle des 3 : 3 mesures en position assise, le matin au petit déjeuner et le soir avant le coucher, 3 jours de suite [3].

Le relevé des chiffres de PA notés par le patient est ensuite interprété par son médecin traitant.

La conformité d'un relevé d'AMT peut être évaluée selon les valeurs numériques notées [10] ; par les conditions de prise de la PA [3] ; ou par le mode de restitution des résultats [11].

La réalité des conditions de recueil et de restitution des résultats de l'AMT a été étudiée par l'enquête Autoprov auprès de 4538 patients ayant réalisé une AMT à domicile à la demande de leur médecin généraliste [11]. Cette enquête rapporte que 91 % des patients ont entièrement restitué leurs résultats ; par ailleurs seulement 70% des résultats notés concordaient de façon stricte aux résultats enregistrés [12].

De ces observations, il a semblé nécessaire de s'adresser aux patients ayant rendu un relevé d'AMT considéré « non conforme ». Une telle démarche qualitative devrait permettre d'évaluer quels sont les déterminants d'un remplissage non exploitable ou non conforme d'un relevé d'AMT.

L'objectif de cette étude est d'en rechercher ces déterminants.

Les objectifs secondaires sont de recueillir la représentation de l'HTA par le patient et de rechercher une non observance volontaire comme une résistance comportementale et psychologique à une prise en charge médicale d'une maladie chronique.

2. Matériel et Méthodes

Cette étude qualitative s'est déroulée entre septembre 2015 et juillet 2016 auprès de patients suivis par des médecins généralistes dans les départements du Maine et Loire et de Loire Atlantique. Le nombre de patients à recruter a été estimé *a priori* entre 12 et 15, nombre de patients habituellement rapporté dans les thèses qualitatives.

Il était prévu de réaliser cette étude sur une période de 4 mois auprès d'une dizaine de médecins généralistes sur la base de 10 % de patients rendant une AMT non conforme. Les patients devaient être sélectionnés sur la base d'un rendu non conforme des résultats d'AMT, évalué selon les critères suivants :

- Chiffres aberrants :
 - PAS non comprise entre 60 et 300 mm Hg
 - PAD non comprise entre 40 et 140 mm Hg
 - PAD supérieure à PAS
- AMT réalisée sur moins de 3 jours ou avec plus d'une prise de PA manquante sur la répétition des 3 prises de PA
- Horaires (si notés) différents des horaires préconisés.
- Conditions de prise de PA différentes des conditions préconisées (si elles sont notées : malaise, céphalée, vertige, fatigue...)
- Chiffres de PA tronqués ou arrondis à l'évidence ou qui pourraient faire croire à une confusion de chiffres entre PAS et/ou PAD et la fréquence cardiaque.

Des exemplaires de consentement (annexe 1) et de fiches définissant un relevé d'automesure « non conforme » (annexe 2) ont été laissés à disposition auprès des 18 médecins généralistes visités.

Dans la mesure du possible, le patient était prévenu en amont par son médecin qu'il serait contacté par le thésard pour organiser un entretien à domicile pour une étude sur l'HTA.

Après une brève description téléphonique sur le thème de l'étude, sur le déroulement de l'entretien et l'assurance de l'anonymat, le thésard et le patient convenaient d'un rendez-vous au domicile du patient.

Les entretiens ont débuté en septembre 2015.

Un guide d'entretien (annexe 3) a été élaboré comme support d'entretien : des questions ouvertes ont été construites puis testées et modifiées après le recrutement des deux premiers patients.

Les patients étaient informés de la finalité de l'étude à savoir un travail de thèse et signaient un consentement éclairé lors de la rencontre.

Le respect de l'anonymat et la confidentialité vis-à-vis du médecin traitant étaient garantis au patient. Les entretiens étaient enregistrés par dictaphone après le consentement éclairé et signé du patient.

Les entretiens étaient individuels et semi-dirigés, le thésard posant des questions qui permettaient de structurer l'entretien.

Les données étaient retranscrites intégralement après chaque entretien et anonymisées.

Les entretiens se sont déroulés entre septembre 2015 et juillet 2016.

L'exploitation des données s'est faite en août 2016.

Une grille d'analyse des thèmes principaux a été construite à partir des retranscriptions ; les énoncés de chaque entretien ont été découpés et classés dans les thèmes *ad hoc* de celle-ci.

En complément, des données épidémiologiques simples : sexe ; âge ; catégorie socioprofessionnelle étaient également recueillies.

Lorsque le patient possédait un tensiomètre, la réalisation de la mesure ainsi que la lecture du résultat de la PA par le patient était observée et notée directement.

3 Résultats

3.1 Recrutement des médecins généralistes

Un appel au recrutement des patients a été lancé entre juillet et septembre 2015 auprès de 18 médecins généralistes répartis en 6 cabinets en milieu urbain (n=1) semi-rural (n=3) et rural (n=2).

Le thésard était connu dans chacun des cabinets pour y avoir effectué un stage auprès du praticien, un stage SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé), ou encore un remplacement ponctuel.

Une ou deux visites dans chacun des 6 cabinets a permis au thésard d'informer les médecins généralistes du thème et du but de l'étude et de solliciter leur aide dans le recrutement des patients au sein de leur patientèle.

3.2 Caractéristiques de la population

Au total, 14 patients ont été recrutés auprès de 7 médecins généralistes - au sein de 4 cabinets médicaux - pratiquant en milieu rural et semi-rural. Parmi eux, 2 patients (un homme et une femme) ont été exclus de l'analyse au vu de la réalisation non strictement personnelle de l'automesure à domicile, découverte au cours de l'entretien.

Le premier patient avait rendu une AMT dont tous les chiffres étaient tronqués en cmHg mais réalisée par une infirmière libérale à domicile ; L'autre patient avait rendu une AMT avec des données manquantes mais dont les mesures du soir avaient été réalisées en officine.

L'inclusion s'est arrêtée après l'entretien du 14^{ème} patient devant l'apparente saturation des données.

La parité n'était pas respectée avec une sur représentation féminine (9 patientes pour 5 patients).

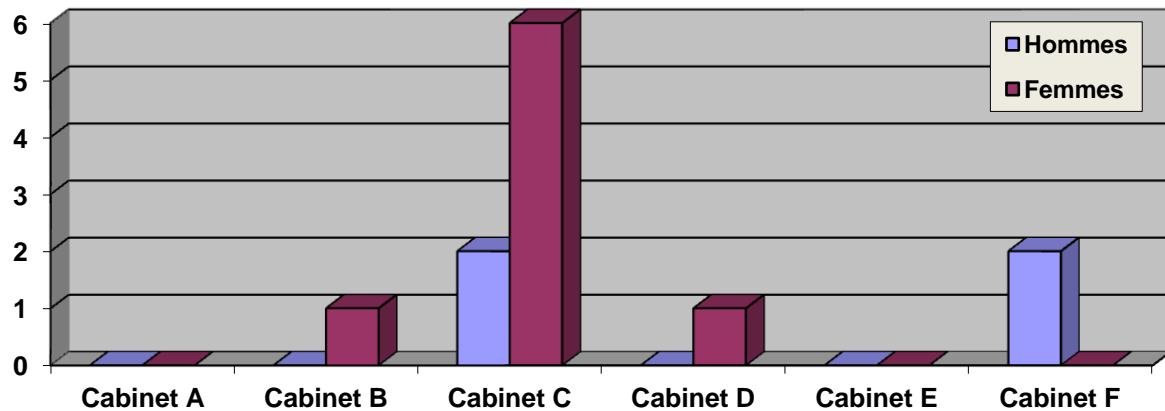


Figure 1 : Répartition des patients par cabinet et par sexe.

Les patients vivaient en milieu rural pour 58,3 % (définition INSEE - Institut National de la Statistique et des Études Économiques - pour les communes de moins de 2000 habitants) avec là encore une sur représentation féminine, les 3/4 des femmes incluses vivent en milieu rural contre seulement 1/4 des hommes de l'étude.

La moyenne d'âge globale était de 63,2 ans avec pour extrêmes 50 ans et 85 ans. Les femmes avaient une moyenne d'âge de 65,5 ans et les hommes une moyenne d'âge de 62 ans.

La répartition des patients selon les catégories socioprofessionnelles définies par l'INSEE [13] illustre la diversité de la population.

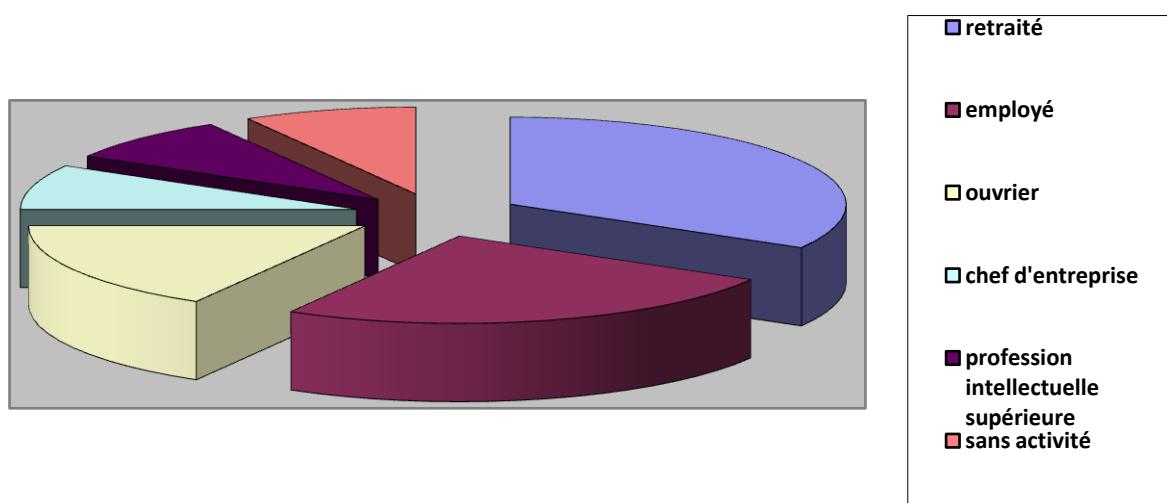


Figure 2 : Répartition des patients par catégorie socioprofessionnelle.

Le tiers de la population interrogée était retraitée (3 hommes et 1 femme) ; 3 patients étaient des employés et représentaient 25 % de la population, 2 ouvriers représentaient 16,6 % de la population ; chaque autre catégorie socioprofessionnelle était représentée par un(e) patient(e) (chef d'entreprise, profession intellectuelle supérieure et sans activité professionnelle).

Plus de la moitié des patients (7/12) présentaient d'autre(s) pathologie(s) que l'HTA ; 3 patients souffraient uniquement d'HTA ; 2 patientes n'ont aucune pathologie déclarée.

3.3. Motif de l'AMT

Plus de la moitié des AMT demandées aux patients relevaient du suivi du traitement antihypertenseur (7 patients sur 12).

L'AMT a été réalisée pour diagnostiquer l'HTA ou mettre en évidence un effet blouse blanche chez un tiers des patients, 4 sur 12 (2 diagnostics d'HTA – 2 patients ayant un effet blouse blanche).

Enfin 1 AMT a permis d'évaluer une modification du traitement antihypertenseur.

Pour chaque consultation ayant abouti à la réalisation d'une AMT, 8 d'entre elles – 57,1 % - avaient un lien avec la PA (y compris le renouvellement du traitement habituel dont l'antihypertenseur).

3.4 Motifs de recrutement

Plus de la moitié des patients (7 patients sur 12) ont été recrutés pour des données manquantes sur leur relevé d'AMT à domicile.

La moitié des patients ont réalisé l'automesure sans avoir respecté les conditions de mesure :

- non respect du repos avant la prise de PA pour 3 patients,
- non respect des horaires (matin et soir) ou des 3 jours consécutifs pour réaliser l'AMT pour 4 patients,
- mauvais positionnement du brassard pour 1 patient.

L'unité de la PA en mmHg n'a pas été respectée chez 1 patiente.

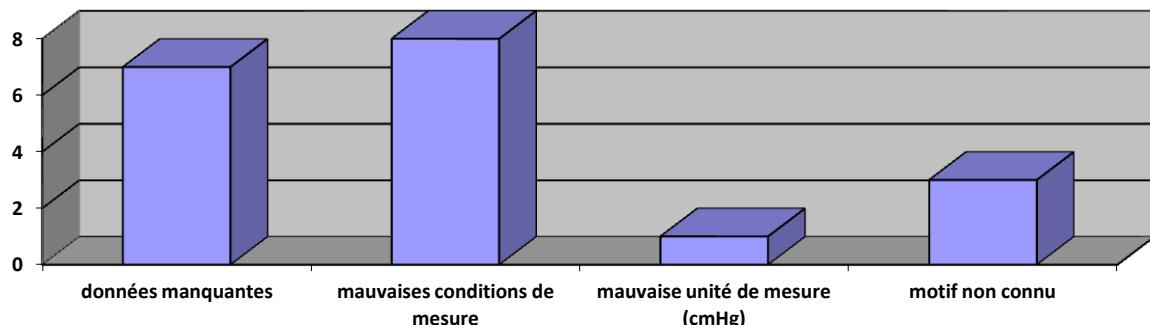


Figure 3 : Motifs de recrutement des patients selon leur relevé d'AMT

À noter que 3 des 12 patients ont rendu des relevés d'AMT combinant au moins 2 conditions de recrutement.

3.5 Réalisation de l'automesure

Une seule patiente a été consciente d'une difficulté dans la réalisation de l'AMT ; cette AMT est donc apparue simple pour les autres patients.

Par ailleurs 2 patients ont décrit l'AMT comme contraignante, d'une part par le type d'appareil tensionnel (huméral), d'autre part par le temps imparti aux mesures tensionnelles : **Mr 5 : « ... de trouver le temps pour le faire [...] Ça a été ça ma difficulté. »**

La seule patiente ayant laissé un délai important, de l'ordre d'un mois, entre la consultation pendant laquelle l'AMT a été demandée et sa réalisation, a vécu cette demande comme une contrainte, **Mme 4** : « **Sans être trop motivée pour le faire [...] donc, du coup, je l'ai fait une fois par jour.** »

3.6 Ressenti par rapport à l'AMT

Plus de la moitié des patients (7 sur 12) a trouvé intéressant de réaliser cette AMT, contre 4 qui n'y ont trouvé aucun intérêt.

La réalisation de l'AMT, en plus d'un intérêt personnel ou d'une implication du patient dans sa pathologie, a été vécue comme une surveillance presque « simplissime » de sa PA, illustrée par **Mr 2** : « **Ce n'est pas difficile [...] C'est simple comme tout !** » Une patiente s'était même « révoltée » en entretien face à la pression ressentie pour l'achat d'un tensiomètre, mais, **Mme 10** a rétorqué : « **Ça ne m'intéresse pas pour l'instant.** »

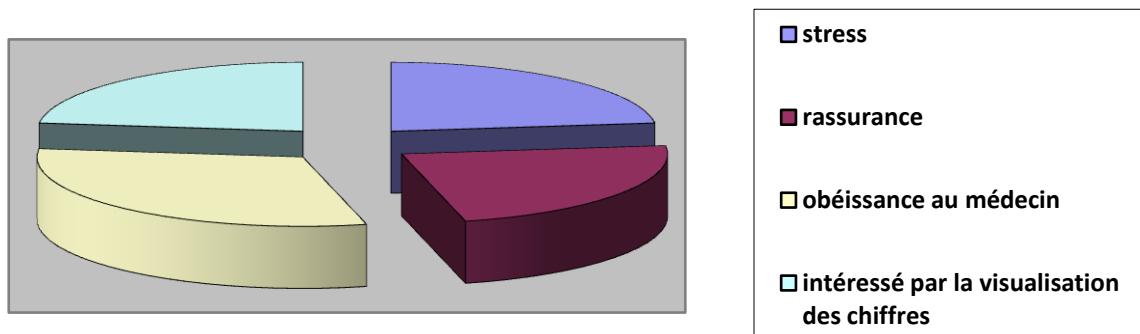


Figure 4 : Ressenti des patients par rapport à la réalisation de l'AMT

L'autonomisation procurée par l'AMT a séduit 5 patients sur 12 ; 3 autres ont pu visualiser et réaliser quels étaient leurs chiffres tensionnels, même si parmi eux, 2 n'étaient pas capables lors de l'entretien de citer leurs chiffres tensionnels.

Plus globalement, seuls 4 patients sur 12 étaient capables de citer approximativement leurs chiffres tensionnels.

La réalisation de cette AMT a procuré à la fois du stress et de la rassurance pour les patients.

La moitié des patients ne dit avoir réalisé cette AMT que par compliance ou « obéissance » envers le médecin prescripteur.

- **Mr 5** : « *Si j'avais pas eu la demande, je ne l'aurai pas fait* ».
- **Mme 6** : « *J'ai obéi aux ordres !* »

3.7 Appréciation de l'HTA

3.7.1 Modalités de prise de la tension artérielle

Au total, 7 patients ayant un tensiomètre personnel ont pris leur tension en fin d'entretien, 6 d'entre eux avaient une position correcte, et seuls 2 patients avaient une lecture incorrecte de la tension affichée.

3.7.2 Connaissance et ressenti par rapport à l'HTA

L'HTA est une pathologie qui faisait « un peu peur » pour 5 patients sur 12 (répartis en 2 hommes et 3 femmes).

Quatre patientes se sont montrées résignées face à l'HTA, en exprimant un sentiment de fatalité face à la pathologie.

Mme 4 : « *il fallait que j'y passe !* »

La maladie occasionnait du stress pour un quart de la population interrogée ; dans la même proportion elle était considérée comme normale et banale.

Mme 6 : « *C'est bon, ça y est, c'est le début de la... Des ennuis... Quand on devient vieux !* »

Seuls 2 patients ont été surpris d'avoir une HTA, et une seule se disait inquiétée, surtout par les conséquences de l'HTA.

La définition de l'HTA est ignorée par un tiers des personnes interrogées, 5 patients parlaient de « pression », 2 personnes mentionnaient le rôle du sang, de la circulation ou des vaisseaux et une patiente pensait que l'HTA était uniquement un état nerveux.

Lorsque **Mme 7** a tenté de décrire à quoi correspondaient les chiffres affichés sur l'écran du tensiomètre, la patiente était un peu confuse : « **Alors, euh, [le médecin] je crois qu'il m'a dit l'oxygène, le cœur, le battement du cœur, et l'autre c'est quoi, le dernier ? Euh, je ne sais pas si c'est l'oxygène ? Ah, mettez oxygène, je crois que c'est ça !** »

La moitié des personnes ne mentionnait que le chiffre systolique de la tension artérielle, l'autre moitié de la population était capable de donner 2 chiffres à la tension artérielle.

Mme 7 comme la moitié des patients n'a cité que la PAS : « **"dias" je ne sais pas ce que c'est... ?** »

Mais tous parlaient en cmHg, en arrondissant ou en tronquant la valeur numérique de la PAS et/ou de la PAD (indépendamment des chiffres qui étaient notés sur le relevé d'AMT, même si la tension était correctement notée en mmHg).

Seule une patiente a abordé la notion de pression artérielle différentielle et de l'importance de l'écart entre les chiffres systolique et diastolique.

Parmi cette impression que la population interrogée connaissait approximativement les chiffres de PA, seul 1/3 des personnes connaissait ses chiffres systolique et diastolique, 1/3 ne connaissait que son chiffre systolique et une patiente n'a cité que son chiffre diastolique.

Le stress et les « nerfs » participaient aux causes de l'HTA pour 7 personnes sur 12 et autant de patients ont inclus les antécédents familiaux parmi les causes.

Mme 3 : « **Tout mon entourage prend un comprimé...** ».

L'âge était cité comme un facteur déclenchant par un tiers des patients et peu d'entre eux ont mentionné l'alimentation dans les causes de l'HTA.

Seule une patiente ignorait les causes de l'HTA.

Au total 10 patients ont cité globalement les mêmes symptômes, ressentis ou non, dans l'HTA :

- cardiovasculaires : céphalée (7 patients), tachycardie (3 patients), douleur thoracique (1 patient), essoufflement (1 patient), retentissement sexuel (1 patient)
- signes généraux : asthénie (3 patients), vertiges (3 patients), malaise (1 patient), tremblements (1 patient)
- modification du comportement : énervement et stress (2 patients)

Seuls 2 patients ignoraient les symptômes possibles dans l'HTA.

Une patiente a mentionné l'athérosclérose parmi les symptômes de l'HTA.

Plus de la moitié des personnes interrogées a cité l'AVC comme complication possible de l'HTA.

La crise cardiaque a été citée par 2 patients (16,6 %), 1 personne a mentionné l'hypertrophie cardiaque, 2 patients ont parlé de sténose vasculaire.

Le quart des personnes a parlé de complications cardiovasculaires en restant vague, et une patiente a supposé qu'il y avait des complications concernant le foie.

3.7.3 Idée du traitement de l'HTA

Tous les patients interrogés ont mentionné le traitement médicamenteux dans la prise en charge de l'HTA, seuls 3 patients ont cité les médicaments après l'application des règles hygiéno-diététiques.

« ***Le traitement à vie ne me fait pas du tout peur !*** » d'après **Mme 12** illustrant l'acceptation générale des patients pour un traitement médicamenteux, moins contraignant que les RHD.

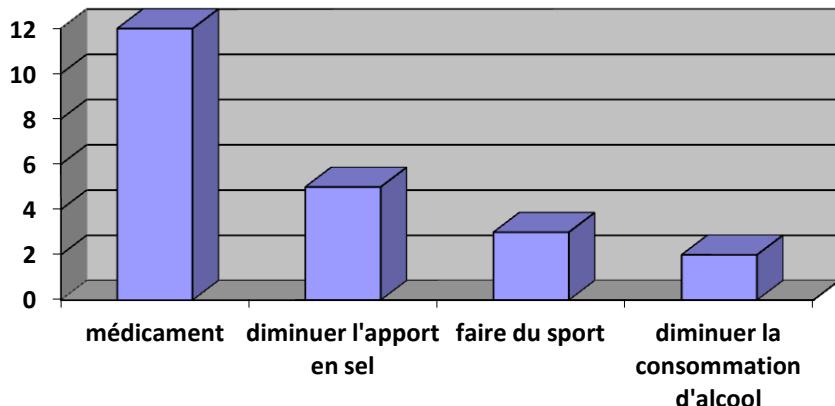


Figure 5 : Idées des patients pour traiter l'HTA

Les RHD étaient tout de même mentionnées par 7 personnes mais seulement 5 ont pensé à diminuer le sel, 3 pensaient qu'il fallait faire du sport ou au moins une activité physique, et seuls 2 patients pensaient qu'il fallait limiter la consommation d'alcool. Une seule personne pensait que les RHD pouvaient être écrites sur l'ordonnance au même titre que le traitement antihypertenseur médicamenteux, entre conseil et « ordre » du médecin : « **il faut le faire après quand c'est noté** » de **Mme 6**.

3.7.4 Observance

Parmi les 10 personnes de l'étude concernées par un traitement antihypertenseur, la plupart des patients a déclaré ne jamais oublier son traitement.

Chez les moins observants, que des hommes, 2 patients ont avoué de rares oubli, et un patient a avoué des oubli plus fréquents de son traitement.

L'obéissance au médecin qualifiait plus précisément la réponse des patients à l'ordonnance de leur médecin par rapport à une simple observance, comme en témoignent 6 patients sur 12.

- **Mme 10** : « **Moi, j'écoute le docteur** »
- **Mme 9** : « **...le docteur m'a dit de surveiller ma tension quand même...** »

- **Mme 8**, qui n'a pas utilisé son tensiomètre personnel après l'adaptation de son traitement antihypertenseur, car, en parlant du docteur : « ***Il m'a pas dit de la reprendre [la TA]*** ».

La modification du traitement a concerné peu de patients (2 hommes – 1 femme) : en cas d'oubli, la patiente adaptait ses horaires de prise de traitement pour « rattraper » son horaire habituel de prise en décalant sur quelques jours son traitement sans en modifier la posologie, quant aux 2 hommes ils modifiaient la posologie de leur traitement (1/2 ou 1 cp de plus ou de moins) selon les chiffres tensionnels affichés par leur tensiomètre (sans symptôme particulier).

La réalisation de l'AMT ne semblait pas éveiller chez les patients la réalisation régulière d'un auto suivi : « *Ça vous a donné envie d'acheter un appareil pour vous ?* »

- ***On en a déjà un, dont je ne me sers pas...*** » a répondu **Mme 6**.

4 Discussion

4.1 Les déterminants d'un remplissage non conforme et la non observance

Cette étude qualitative centrée sur le patient et les raisons d'un relevé d'AMT non conforme aura recruté au total 14 patients dont 12 exploitables. La quasi-totalité des patients n'était pas consciente d'avoir rendu un relevé d'AMT « mal rempli ».

Plus de la moitié des patients a été intéressée par la réalisation de l'AMT. Les principaux sentiments évoqués lors de celle-ci étaient le stress et la rassurance. À noter que 5 patients ont apprécié l'autonomisation ressentie par cette démarche.

La définition de l'HTA était ignorée par le tiers des patients ; et si tous connaissaient l'existence d'un traitement médicamenteux, seule un peu plus de la moitié a mentionné les RHD.

Les 10 patients hypertendus se décrivaient comme observant mais près d'un tiers a avoué modifier son traitement sans avis médical.

Les déterminants de remplissage d'une fiche d'AMT non conforme peuvent se résumer en trois points :

- le manque de précision quant à l'utilisation préférentielle du cmHg par rapport au mmHg, et la responsabilité du médecin généraliste dans l'annonce des résultats de PA.
- la connaissance insuffisante de la pathologie (seuil de définition de l'HTA, les nombres quantifiant PAS et PAD)
- les mauvaises conditions de prise de la PA dans la réalisation d'une AMT (à des horaires non préconisés ou après un symptôme aspécifique ou sans respecter un repos initial minimum).

Tous ces points relèvent pleinement de l'éducation thérapeutique du patient.

L'observance thérapeutique est un processus personnel et dynamique, répondant au modèle des buts relatifs aux comportements de santé (*Health Behavior Goal Model*) [14]. Ainsi la non observance thérapeutique volontaire devrait être envisagée sous un angle psychologique plus complexe qu'une « simple » résistance comportementale et devrait intégrer des modèles d'autorégulation des comportements. Dans ce travail, le fait que la grande majorité des patients interrogés a déclaré ne jamais oublier son traitement ni le modifier sans avis médical n'a pas permis d'évaluer ce critère. L'étude de la non observance volontaire aurait ainsi nécessité de détailler les aspects psychologiques et personnels de chaque patient.

4.2 Limites et biais

Au total, les 14 patients ont été recrutés et interviewés sur une période de 11 mois au lieu des 4 mois prévus. Plusieurs facteurs peuvent expliquer les difficultés de recrutement rencontrés dans cette étude :

- Les sociétés savantes recommandent l'AMT car elle est jugée simple et acceptable [9]. Et par conséquent la prévalence des patients rendant une AMT non conforme est faible. Ceci a été démontré dans l'enquête Autoprov [11] ; cette enquête menée sur 5121 patients était destinée à caractériser les pratiques des médecins généralistes par rapport à l'AMT en 2006. Elle a montré que seuls 9% des patients ont rendu un relevé d'AMT incomplet ou manquant.

- De plus, les médecins généralistes « sur-sollicités » pour participer à des travaux de thèse ou d'études ont eu peut-être tendance à oublier cette étude du fait de la relative rareté de ces patients dans leur pratique quotidienne (estimation du recrutement entre 1 et 2 patients par médecin sur 4 mois). Malgré une deuxième visite au minimum dans chacun des six cabinets médicaux pour rappeler les modalités de recrutement aux 18 médecins, ces 14 patients ont finalement été recrutés par 7 médecins : 3 des 7 médecins, maîtres de stage encadrant des internes de médecine générale, soit en stage auprès du praticien, soit en SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé), sensibilisés à l'éducation thérapeutique qui est un élément important de la qualité de remplissage d'un relevé d'AMT, n'ont recruté que 3 patients au total sur les 14 de l'étude. En revanche, un médecin généraliste a recruté la moitié des patients exploitables. À noter que ce médecin a été fréquemment sollicité par le thésard qui effectuait régulièrement des remplacements au sein du même cabinet.

Cependant, malgré ces difficultés de recrutement, la réévaluation des données en fin d'étude après le recrutement du 13^{ème} patient a permis d'observer une saturation des données, ce qui conforte la validité et la représentativité de l'étude.

Par ailleurs, la nature même de cette enquête qualitative menée sur la base d'entretiens semi-dirigés peut soulever la question d'un biais d'interprétation ; pour limiter la subjectivité induite, les entretiens des patients ont été enregistrés et directement retranscrits. Un double codage des entretiens aurait été une mesure supplémentaire pour limiter ce biais.

De même, la position de « médecin remplaçant » ou d'ancienne interne du thésard a pu également fausser les réponses des patients lors des entretiens. Consciemment ou non, les patients étaient soucieux de répondre correctement et de rechercher éventuellement l'approbation du thésard. Comme l'a avoué en toute simplicité la moitié des patients, ils ont « obéi » à leur médecin en réalisant l'AMT ou en prenant leur traitement antihypertenseur. Ces patients ont pu accepter de participer à cette étude pour faire plaisir à leur médecin traitant. Un potentiel biais de déclaration a pu masquer la spontanéité voire la véracité des réponses des patients lors des entretiens.

4.3 Validité et données extrinsèques

Dans la présente étude, les patients étaient capables de parler de « pression » au cours de l'entretien, mais un tiers d'entre eux ignorait la définition de l'HTA. Seule la moitié des patients a mentionné les chiffres de PAS et PAD mais tous ont tronqué la valeur tensionnelle en cmHg, que ce soit leurs chiffres d'AMT, ceux rapportés par le médecin ou ceux définissant le seuil d'HTA.

Une étude du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) a montré que le médecin généraliste lui-même arrondissait fréquemment au multiple de 10 - le plus souvent au chiffre inférieur - la valeur tensionnelle affichée ou lue lors du suivi de l'HTA ; ce qui engendrait un écart entre la PA réelle et celle rapportée au patient de 2,4 mmHg pour les valeurs moyennes de PA [15].

Cette préférence numérique du zéro est également rapportée dans une méta-analyse qui étudiait la mortalité vasculaire liée à l'âge et au niveau de PA [16]. Les soignants et paramédicaux reportaient les valeurs de PA en arrondissant le chiffre de l'unité au zéro. Cette restitution « approximative » de la part du médecin et des professionnels de santé pourrait concourir à une mauvaise compréhension du patient de la PA, des seuils définissant l'HTA ou bien apporter une confusion entre mmHg et cmHg. Ces données suggèreraient que la préférence numérique notamment du médecin généraliste pourrait favoriser un remplissage « non conforme » d'un relevé d'AMT.

D'autre part, dans la présente étude, seulement un quart des patients interrogés ont rapporté un sentiment de stress quant à la réalisation de l'AMT ; et seulement 2 des 12 patients interrogés avaient réalisé l'AMT dans le but d'éliminer un effet blouse blanche. L'AMT des 10 autres patients avaient pour finalité l'aide au diagnostic et/ou à l'adaptation du traitement antihypertenseur.

L'étude MEGAMET publiée en 2007 [17] permet de comparer le point de vue des médecins généralistes à celui des patients interrogés ici. Cette étude était une enquête téléphonique nationale réalisée en 2004 auprès de 546 médecins généralistes dont l'objectif était d'évaluer la réalisation de l'AMT dans la prise en charge de l'HTA en soins primaires. Parmi les résultats obtenus, 67% des médecins généralistes considéraient l'AMT comme anxiogène, mais près de 54 % des demandes d'AMT concernaient la recherche d'un effet blouse blanche.

Cette évolution du ressenti et du motif de prescription entre 2004 et 2016 pourrait être le reflet des recommandations plus récentes, de 2013, des sociétés européennes de cardiologie et d'hypertension où l'AMT prend une place prépondérante dans le diagnostic et le suivi de l'HTA.

En ce qui concerne l'observance, dans l'étude MEGAMET [17], 16 % des médecins estimaient que l'AMT améliorait l'observance du patient. Cependant une importante proportion de médecins généralistes – 48,1% - a déclaré ne pas avoir confiance dans les résultats d'AMT fournis par le patient. Les praticiens exprimaient déjà la connaissance de limites du côté du patient au remplissage correct ou conforme d'un relevé d'AMT. Ces données un peu anciennes semblent rendre relativement difficile l'objectif d'améliorer l'observance par la réalisation d'AMT dans l'établissement du diagnostic ou du suivi de l'HTA défini par les sociétés savantes [9].

Dans une autre étude de 2007 [18], quantitative, en Maine et Loire, l'utilisation de l'AMT a été évaluée auprès de 162 médecins généralistes. Parmi eux, 24,3 % des praticiens considéraient que les patients avaient des difficultés à retranscrire les chiffres de PA, alors que 11 des 12 patients recrutés ici sur leur relevé d'AMT non conforme n'ont pas exprimé de difficulté à le faire.

En considérant le point de vue du patient dans la présente étude, un tiers a avoué ignorer la définition de l'HTA, 5 patients parlaient de « pression » et 2 évoquaient la circulation du sang dans les vaisseaux. Seule la moitié des patients connaissait leurs chiffres tensionnels, et uniquement la PAS. Quant au ressenti vis-à-vis de l'HTA, la peur et le stress prédominaient, seuls 3 patients évoquaient la banalité de la pathologie. Le terme de réassurance a été utilisé par 3 patients et 5 ont ressenti une autonomisation par rapport à leur pathologie.

Ces résultats se rapprochent partiellement des résultats de la thèse de Florence Barrois, qui s'est intéressée à ce que les patients déclaraient savoir de l'HTA [19].

Dans son enquête auprès d'une quinzaine de patients, la plupart, selon l'auteur, connaissait ses valeurs tensionnelles tout en nuançant que la signification elle-même des chiffres de PA était plutôt floue. Les patients connaissaient souvent un seul nombre de leur PA. Le caractère « banal » était le premier qualificatif de l'HTA qui ressortait de cette étude.

Le besoin de réassurance attendu par les patients de la part du médecin exprimé dans le travail de Mme Barrois peut être mis en parallèle avec la même attente exprimée par les patients vis-à-vis de l'AMT dans ce travail.

Dans la présente étude, 60 % des hypertendus possèdent un tensiomètre (à égalité 30 % ont un tensiomètre de poignet et 30 % un tensiomètre de bras). Une proportion importante de patients n'utilisait plus le tensiomètre depuis longtemps (un tiers) et 1 patiente mesure sa PA seulement de temps en temps ; par contre 3 patients hypertendus sur 6 (possédant un tensiomètre) mesuraient leur PA plusieurs fois par semaine.

L'enquête FLASH 2012 [20] s'est intéressé aux patients hypertendus français possédant un tensiomètre en 2012. Parmi 1054 patients hypertendus traités, 41 % possédaient un tensiomètre (26 % avaient un tensiomètre de poignet et 15 % un tensiomètre de bras).

Seulement 2 % des patients de cette enquête utilisaient correctement l'AMT avec un contrôle précédent la visite médicale et 19 % ne l'utilisaient plus depuis longtemps.

En dépit des recommandations qui préconisent l'utilisation de l'AMT pour améliorer l'observance thérapeutique, seulement 50 % des patients hypertendus étaient contrôlés en automesure dans l'enquête FLASH 2012.

Dans ce travail, 70 % des patients se déclaraient observant (1 patient avoue avoir quelques oubliers et 2 autres patients ont de rares oubliers).

Un point sur la qualité des soins dans l'HTA préconise l'AMT plutôt comme une porte d'entrée à l'éducation thérapeutique [21].

Une revue systématique de la littérature en 2006 a étudié le lien direct entre la réalisation d'une AMT et l'observance thérapeutique [22]. Parmi les 11 essais contrôlés randomisés sélectionnés, 6 ont démontré une amélioration significative de l'observance médicamenteuse suite à une intervention médicale dans l'éducation thérapeutique (dont l'AMT). Plus l'intervention était complexe - AMT associée à des conseils personnalisés sur le traitement antihypertenseur ou sur les effets indésirables, un entretien motivationnel, l'intervention des infirmiers et des pharmaciens ou encore une permanence téléphonique – plus les bénéfices sur l'observance s'inscrivaient sur le long terme.

Deux des 6 études précédentes ont testé indépendamment l'effet des AMT sur l'adhésion au traitement : l'une d'elles montre significativement l'amélioration de la prise médicamenteuse des patients réalisant l'AMT (essai randomisé sur 628 patients dont l'observance a été mesurée par le comptage des comprimés).

Cette observance est-elle ici liée à une meilleure compréhension globale de la pathologie ou à un rappel au quotidien plus fréquent de l'HTA ?

Une étude quantitative monocentrique montrait déjà significativement en 2000 une meilleure compliance médicamenteuse chez les patients réalisant plus fréquemment une AMT [23].

Dans la présente étude sur des patients remplissant de façon non conforme leur relevé d'AMT, un peu plus de la moitié des patients a exprimé un intérêt à réaliser leur automesure. Par ailleurs sur les 10 patients concernés par un traitement antihypertenseur, près du tiers avait déclaré modifier son traitement sans avis médical. L'essai SETHI (Self-Evaluation and Titration in High Blood Pressure) en 2007 était une étude multicentrique prospective sur 111 patients hypertendus non contrôlés sous monothérapie [24]. Cette première approche de la faisabilité d'une autogestion médicamenteuse dans l'HTA nécessitait une satisfaction des patients dans cette auto-prise en charge (basée sur un protocole d'AMT et un support central téléphonique).

Respectivement 78 % et 5 % des patients ont très bien ou bien effectué leur automesure - soit 82 % - et respectivement 51 % et 20 % des patients ont très bien ou bien ajusté eux-mêmes, selon le protocole, leur traitement - soit 71 % de bonne autogestion médicamenteuse du traitement antihypertenseur. Quant aux médecins - qui avaient un attrait pour la recherche médicale, et ayant soigneusement sélectionné les patients - ils étaient globalement satisfaits du programme pour 74 %.

Il pourrait être intéressant d'évaluer l'impact de la mise en place d'un protocole et un support téléphonique à grande échelle sur l'observance et la compliance de la population hypertendue.

5 Conclusion

Il apparaît plusieurs déterminants intriqués au remplissage non conforme d'un relevé d'AMT, avec en première position une connaissance et une compréhension insuffisantes de la pathologie même qu'est l'HTA.

Le rôle du médecin généraliste est essentiel dans l'information du patient sur l'HTA (définition, tableau clinique, complications et prise en charge) et en particulier sur la nécessité de rendre un relevé d'AMT conforme en respectant les conditions de mesure et la retranscription des chiffres tensionnels.

Cette étude ne s'est intéressée qu'à des patients ayant rendu un relevé d'AMT non conforme, mais la comparaison aux données de la littérature montre des résultats similaires concernant l'HTA avec des patients dont l'AMT est exploitable.

L'implication du patient dans son propre suivi apparaît comme un atout majeur dans l'alliance thérapeutique : lui donner les clefs de son traitement passe par une bonne compréhension de l'HTA - définition, connaissance des symptômes ou du moins des signes de gravité et des complications – ainsi que l'explication et le respect des règles hygiéno-diététiques.

Références bibliographiques

- [1] L'Assurance Maladie. Hypertension artérielle. [En ligne]. <http://www.ameli-sante.fr/hypertension-arterielle/quest-ce-que-lhypertension-arterielle.html>. Consulté le 16 août 2016.
- [2] OMS, Organisation mondiale de la Santé. Hypertension artérielle : un problème de santé publique. [En ligne]. <http://www.emro.who.int/fr/media/world-health-day/public-health-problem-factsheet-2013.html>. Consulté le 16 août 2016.
- [3] SFHTA, Société Française d'Hypertension Artérielle. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Recommandations 2013 de la Société Française d'Hypertension Artérielle. 2013. [En ligne]
<http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/12/Recommandation-SFHTA-2013-Prise-en-charge-HTA-de-lAdulte.pdf>. Consulté le 16 août 2016.
- [4] OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014 « Atteindre les neuf cibles mondiales : une responsabilité partagée » [En ligne] <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/fr/>. Consulté le 31 août 2016.
- [5] HAS, Haute Autorité de Santé. Note de cadrage. Évaluation des médicaments antihypertenseurs et place dans la stratégie thérapeutique. 2010. [En ligne]
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_968924/fr/evaluation-des-medicaments-antihypertenseurs-et-place-dans-la-strategie-therapeutique-note-de-cadrage. Consulté le 31 août 2016.

[6] Samson S, Ricordeau P, Pépin S, Tilly B, Weil A, Allemand H. Hypertension artérielle et facteur de risques associés : évolutions des traitements entre 2000 et 2006. Points de repère. 2007;10.

[7] InVS, Institut de Veille Sanitaire. Étude nationale nutrition santé ENNS. 2006. [En ligne].

http://www.invs.sante.fr/publications/2007/nutrition_enns/RAPP_INST_ENNS_Web.pdf.

Consulté le 12 décembre 2015.

[8] Postel-Vinay N, Ménard J. Observance en pratique médicale courante. Encycl Méd Chir, Encyclopédie Pratique de Médecine. 1998;1-0030 :1-4.

[9] ESH/ESC, European Society of Hypertension/European Society of Cardiology. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. [En ligne]

<http://www.eshonline.org/guidelines/arterial-hypertension/>. Consulté le 20 août 2016.

[10] Retranscription des mesures. [En ligne] <http://www.automesure.com>. Consulté le 24 septembre 2016.

[11] Postel-Vinay N, Bobrie G, Asmar R. Automesure de la pression artérielle : quelle restitution par les patients ? Enquête Autoprov. Rev Prat. 2009 ;59(suppl):8-12.

[12] Postel-Vinay N, Bobrie G. Aider les hypertendus à comprendre et à restituer leurs résultats. Concours méd. 2006;128 :1485-1487.

[13] INSEE, Institut National de la Statistique et des Études Économiques.PCS – Niveau 1 – Liste des catégories socioprofessionnelles agrégées. [En ligne]

http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclature/pcs2003/liste_n1.htm.

Consulté le 31 août 2016.

[14] Muller L, Spitz E. Autorégulation et conduites d'observance thérapeutique : exemple de l'hypertension artérielle. *Pratiques Psychologiques*. 2007;13:291-307.

[15] Wilmart F, Lebeau JP, Huas D, Chevallier P, Dibao-Dina C, Boutitie F, Pouchain D et le Collège national des généralistes enseignants. Le zéro inventé Préférence numérique dans la mesure de la pression artérielle au sein d'un essai randomisé en grappes. ESCAPE-AMPA. *Exercer*. 2009;20(89):132-137.

[16] Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality : a meta-analysis data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002;360:1903-1913.

[17] Rousseau S. Automesure tensionnelle pratique en soins primaires Étude MEAGAMET Enquête téléphonique nationale auprès de 546 médecins généralistes de mai à août 2004. Thèse de médecine. Université de Nancy;2007,144p.

[18] Anne G, Ades F. Recueil de l'usage de l'automesure tensionnelle en médecine générale dans la prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle : enquête réalisée auprès des médecins généralistes du Maine et Loire. *Rev Prat MG*. 2007;21:733-736.

[19] Barrois F. Les connaissances et représentations des patients hypertendus sur l'hypertension artérielle et leurs attentes dans la prise en charge de la maladie. Thèse de médecine. Université d'Angers;2015,43p.

[20] Vaïsse B, Mourad J-J, Girerd X, Hanon O, Halimi J-M, Pannier B, au nom du comité français de lutte contre l'hypertension artérielle. Enquête FLASH 2012 : la pratique de l'automesure tensionnelle en France et son évolution depuis 2010. Ann Cardiol Angéiol. 2013;62:200-203.

[21] Postel-Vinay N, Bobrie G, Amar L, Plouin PF. Automesure : un outil d'éducation de l'hypertendu. Rev Prat MG. 2011;25(862):426-427.

[22] Ogedegbe G, Schoenthaler A. A Systematic Review of the effects of Home Blood Pressure Monitoring on Medication Adherence. J Clin Hypertens. 2006;8:174-180.

[23] Ashida T, Sugiyama T, Okuno S, Ebihara A, Fujii J. Relationship between Home Blood Pressure Measurement and Medication Compliance and Name Recognition of Antihypertensive Drugs. Hypertens Res. 2000;23:21-24.

[24] Bobrie G, Postel-Vinay N, Delonca J, Corvol P, Self-Measurement and Self-Titration in Hypertension. A Pilot Telemedicine Study. Am J Hyertens. 2007;20:1324-1320.

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des patients par cabinet et par sexe.....	p 20
Figure 2 : Répartition des patients par catégorie socioprofessionnelle.....	p 20
Figure 3 : Motifs de recrutement des patients selon leur relevé d'AMT.....	p22
Figure 4 : Ressenti par rapport à la réalisation de l'AMT.....	p 23
Figure 5 : Idées des patients pour traiter l'HTA.....	p 27

Table des matières

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS.....	4
Remerciements.....	10
Liste des abréviations	12
Plan	13
1.Introduction	14
2.Matériel et Méthodes.....	17
3 Résultats	19
3.1 Recrutement des médecins généralistes.....	19
3.2 Caractéristiques de la population.....	19
3.3. Motif de l'AMT	21
3.4 Motifs de recrutement.....	21
3.5 Réalisation de l'automesure	22
3.6 Ressenti par rapport à l'AMT	23
3.7 Appréciation de l'HTA.....	24
3.7.1 Modalités de prise de la tension artérielle	24
3.7.2 Connaissance et ressenti par rapport à l'HTA	24
3.7.3 Idée du traitement de l'HTA	26
3.7.4 Observance	27
4 Discussion	28
4.1 Les déterminants d'un remplissage non conforme et la non observance....	28
4.2 Limites et biais.....	29
4.3 Validité et données extrinsèques.....	31
5 Conclusion	36
Références bibliographiques.....	37
Liste des figures	41
Annexes.....	43

Annexes

Annexe 1 : Modèle de consentement éclairé

Annexe 2 : Critères de « Non-conformité » d'un relevé d'AMT

Annexe 3 : Guide d'entretien

Annexe 4 : Serment d'Hippocrate

Annexe 1 : Modèle de consentement éclairé

JANUS Laure

0664790702

laure.janus@live.com

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous a prescrit une **automesure de votre tension** au domicile afin de l'aider dans la démarche de diagnostic ou de suivi d'une hypertension artérielle (HTA).

Je mène actuellement une **thèse de médecine sur l'automesure** de la tension artérielle et du ressenti des patients.

Si vous êtes d'accord pour y participer, votre médecin me communiquera vos coordonnées ; je vous contacterai par téléphone pour prendre un rendez-vous à domicile.

Au cours de ce rendez-vous d'environ 45 minutes, je vous poserai des questions sur l'hypertension et l'automesure.

Cet **entretien** en privé est strictement **confidentiel**.

Notre discussion restera **anonyme** dans les résultats de mon étude.

Merci d'avance.

Annexe 2 : Critères de « Non-conformité » d'un relevé d'AMT

- Chiffres *aberrants* : (1)
 - PAS non comprise entre 60 et 300 mmHg
 - PAD non comprise entre 40 et 140 mmHg
- PAD supérieure à la PAS (1)
- AMT réalisée sur *moins de 3 jours* ou avec plus d'une prise de TA *manquante* sur la répétition des 3 prises de TA
- *Horaires* (si notés) inadaptés (AMT validée pour 3 prises de TA *matin et soir*) (2)
- *Conditions* de prise de TA inadaptées (si elles sont notées : malaise, céphalée, vertige, fatigue...)
- Chiffres de TA tronqués (3) ou arrondis à l'évidence ou qui pourraient faire croire à une *confusion des chiffres* entre les pressions artérielles systoliques et/ou diastolique et la fréquence cardiaque.

Bibliographie :

- (1) [En ligne] <http://www.automesure.com>. Consulté le 3 juillet 2015.
- (2) SFHTA, Société Française d'Hypertension Artérielle. Recommandation de la Société française d'hypertension artérielle. Mesures de la pression artérielle pour le diagnostic et le suivi du patient hypertendu. Novembre 2011. [En ligne] <http://www.sfhta.org>. Consulté le 3 juillet 2015.
- (3) Postel-Vinay N, Bobrie G, Asmar R. Automesure de la pression artérielle : quelle restitution par les patients ? Enquête Autoprov. Rev Prat. 2009 ;59 Suppl:S8-12.

Annexe 3 : Guide d'entretien

Vos chiffres de TA étaient-ils élevés lors d'une ou plusieurs consultations ?

Pensez-vous alors que c'était à cause du stress, du médecin, de l'attente en salle d'attente ou à cause d'autre chose que votre TA était élevée ?

Que savez-vous de l'HTA ?

Pour vous c'est quoi être hypertendu ?

Comment l'expliquez-vous à vos proches par exemple ?

Racontez-moi comment on vous a parlé et décrit l'HTA ?

Peut-être pouvez-vous me dire comment vous aimeriez qu'on vous explique l'hypertension artérielle ?

Connaissez-vous les chiffres de l'HTA ? Ou du moins est-ce que vous connaissez VOS chiffres de tension artérielle ?

Connaissez-vous des symptômes ou des manifestations de l'HTA ? Les vôtres et peut-être d'un point de vue un peu plus général ?

Connaissez-vous les complications de l'HTA ?

Qu'avez-vous ressenti quand on vous a parlé d'HTA (étiez-vous surpris, anxieux, ça vous a fait peur, vous vous en doutiez, vous ne saviez pas de quoi on vous parlait... ?)

[Si c'était « normal », alors c'est quoi la normalité ou être malade par rapport à l'hypertension artérielle ?]

Racontez-moi brièvement la consultation pendant laquelle votre médecin vous a demandé de prendre votre tension à domicile ?

Qu'avez-vous pensé de faire l'automesure de la tension à la maison ?

L'avez-vous fait rapidement après la consultation ? dans la semaine, dans le mois, ou après... ?

Pouvez-vous me dire plus de détails sur cette automesure ?

- Quand preniez-vous votre tension ?

- Avec quel appareil ?

- Aviez-vous de quoi noter tout de suite vos chiffres de tension ou les mémorisiez-vous ?

- Avez-vous noté tous les chiffres qui étaient notés sur l'écran du tensiomètre, les avez-vous arrondis ?

Comment s'est passé la mesure ?

Avez-vous trouvé ça simple ou pas ?

Avez-vous eu des difficultés à réaliser cette AMT ?

Et la fiche à remplir ?

Etais-ce trop « médical » pour vous ?

Pensez-vous que vous n'aviez pas à prendre vous-même plusieurs fois votre tension ?

Est-ce que ça a été contraignant de faire cette automesure ?

Est-ce que ça vous a intéressé de prendre votre tension et de voir vos chiffres ?

Est-ce que cette automesure a changé votre vision de l'HTA ou la façon dont vous vous soignez ?

Quel est votre idée du traitement de l'HTA ?

Avez-vous une idée de règles simples d'hygiène ou de diététique ou de chose de la vie courante que vous pourriez faire pour lutter contre l'HTA ?

Qu'avez-vous pensé de cet entretien ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois d'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes.

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

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

JANUS Laure

Quels sont les déterminants de remplissage d'une fiche d'automesure tensionnelle non conforme selon les recommandations ?

Résumé

Introduction : Avec une prévalence de 31 % dans la population âgée de 18 à 74 ans, l'hypertension artérielle (HTA) touche 13 à 14 millions de patients en France. Environ la moitié des hypertendus traités sont insuffisamment contrôlés. Les recommandations des sociétés savantes mentionnent l'importance de l'automesure tensionnelle (AMT), pour améliorer la fiabilité des relevés tensionnels et le diagnostic d'HTA, mais aussi pour favoriser l'observance thérapeutique. Dans ce contexte, il semblait intéressant de réaliser une étude auprès des patients afin d'identifier les déterminants d'un remplissage d'un relevé d'AMT et notamment ceux d'un remplissage « non conforme ».

Matériel et méthode : Une étude qualitative a été menée entre septembre 2015 et juillet 2016 auprès de patients ayant rendu un relevé d'AMT « non conforme ». Les entretiens individuels semi-dirigés et enregistrés ont été réalisés au domicile. La première partie des entretiens était dédiée à la connaissance du patient de la pathologie : définition, causes, symptômes, complications et traitements connus ou supposés de l'HTA. La seconde partie des entretiens concernait l'AMT, sur les conditions de la réalisation par les patients et leur ressenti quant à cet autocontrôle tensionnel. Les données ont été codées manuellement, analysées puis recoupées au fur et à mesure de la retranscription des entretiens.

Résultats : Les entretiens de 12 patients ont pu être exploités. La plupart des patients ont été intéressés par la réalisation de l'AMT, leur permettant soit de visualiser leurs chiffres tensionnels (pour un quart) soit de ressentir un certaine autonomisation dans leur prise en charge (pour près de la moitié) de l'HTA. Une patiente a reconnu avoir eu des difficultés dans la réalisation de l'AMT. Le tiers des patients ont effectué l'AMT par « obéissance » au médecin ; les sentiments de stress et de rassurance sont les autres principaux ressentis des patients.

Conclusion : Les relevés d'AMT ne sont pas correctement réalisés par manque de connaissance de la pathologie et une réalisation incorrecte de la prise de la pression artérielle. Ce constat pourrait conduire à une réflexion plus large sur l'« éducation » du patient dans la pratique quotidienne médicale.

Mots clés : Hypertension artérielle ; Automesure tensionnelle ; Déterminants de remplissage

Abstract

Introduction: With a prevalence of 31% in the population 18 to 74 years old, high blood pressure (HBP) affects around 13-14 000 000 people in France.

About half of treated patients are not adequately controlled. The recommendations of academic societies mentioned the importance of the self-measurement of blood pressure (SMBP) for improving the reliability of BP records and the diagnosis but also for promoting therapeutic observance. In this context, it seemed interesting to conduct a study in patients in order to identify the determinants of filling the SMBP card especially those of a "non-compliant filling".

Materials and Methods: A qualitative study was conducted between September 2015 and July 2016 in patients having returned a non-compliant SMBP card. The semi-managed and recorded individual interviews were realized in the place of residence. The first part of the interview was dedicated to the knowledge of the patient on the pathology: definition, causes, signs and symptoms, complications and known or presumed hypertension treatment. The second part of the interview concerned the SMBP on the conditions of the realization by the patients and their feelings as for this SMBP. The data were coded manually, analyzed then recut according to the transcription of the interviews.

Results: The interviews of 12 patients were analyzed. Most patients were interested in the realization of the SMBP allowing to visualize their BP (25%) or to empower themselves in the care of hypertension (41.7%). One patient admitted to having difficulties in achieving the SMBP. One third of the patients performed the SMBP by "obedience" to their doctors. Feelings of stress and reassurance were the other major feelings of patients.

Conclusion: The results of SMBP were not properly recorded due to the lack of knowledge of the disease and an incorrect realization of the taking of the BP. This report could lead to a wider reflection on the "education" of the patient in the medical daily practice.

Keywords: High blood pressure ; Self measurement of blood pressure ; Filling determinants