



Les patients hypertendus possédant et ne possédant pas leur propre autotensiomètre ont-ils des comportements différents ? Enquête chez le généraliste en Ille-et-Vilaine

Sophie Ciolkovitch

► To cite this version:

Sophie Ciolkovitch. Les patients hypertendus possédant et ne possédant pas leur propre autotensiomètre ont-ils des comportements différents ? Enquête chez le généraliste en Ille-et-Vilaine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01755072

HAL Id: dumas-01755072

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01755072>

Submitted on 6 Jun 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

N° d'ordre :

ANNÉE 2016



UNIVERSITE
BRETAGNE
LOIRE

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Sophie CIOLKOVITCH

Née le 27/05/1988 à Orléans (45)

Les patients hypertendus possédant et ne possédant pas leur propre autotensiomètre ont-ils des comportements différents ? Enquête chez le généraliste en Ille-et-Vilaine

Do hypertensive patients having and not having a blood pressure monitor at home have different behaviors ? A general practice survey in Ille-et-Vilaine

**Thèse soutenue à Rennes
le 13 octobre 2016**

devant le jury composé de :

Cécile VIGNEAU

PU-PH - Néphrologie CHU Rennes / *Président*

Françoise TATTEVIN

MCU - Médecine Générale Faculté de médecine
Rennes / *Juge*

Guillaume MAHE

MCU-PH - Médecine Vasculaire CHU Rennes /
Juge

Caroline DOURMAP

PH - Cardiologie CHU Rennes / *Directeur de thèse*

Professeurs Universitaires – Praticiens Hospitaliers 2015/2016

ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOURGUET Patrick	Biophysique et médecine nucléaire
Professeur des Universités en surnombre	Neurochirurgie
BRASSIER Gilles	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT Pierre	Physiologie
Professeur des Universités en surnombre	Biologie cellulaire
CARRE François	Rhumatologie
CATROS Véronique	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CHALES Gérard	Bio-statistiques, informatique médicale et technologies de communication
Professeur des Universités émérite	Anatomie
CORBINEAU Hervé	Cardiologie
CUGGIA Marc	Biochimie et biologie moléculaire
DARNAULT Pierre	Pédopsychiatrie; addictologie
DAUBERT Jean-Claude	Cancérologie; radiothérapie
Professeur des Universités émérite	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DAVID Véronique	Pneumologie; addictologie
DAYAN Jacques	Pneumologie; addictologie
Professeur des Universités associé	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cardiologie
DECAUX Olivier	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DELAVAL Philippe	Dermato-vénéréologie
DESRUES Benoît	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
DEUGNIER Yves	Neurologie
Professeur des Universités en surnombre	Radiologie et imagerie Médecine
DONAL Erwan	Hématologie; transfusion
DRAPIER Dominique	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DUPUY Alain	Chirurgie infantile
ECOFFEY Claude	Pédiatrie
EDAN Gilles	Radiologie et imagerie Médecine
FERRE Jean Christophe	
FEST Thierry	
FLECHER Erwan	
FREMOND Benjamin	
GANDEMER Virginie	
GANDON Yves	

GANGNEUX Jean-Pierre
 GARIN Etienne
 GAUVRIT Jean-Yves
 GODEY Benoît
 GUGGENBUHL Pascal
 GUIGUEN Claude
 Professeur des Universités émérite
 GUILLÉ François
 GUYADER Dominique
 HOUOT Roch
 HUGÉ Sandrine
 Professeur des Universités associé
 HUSSON Jean-Louis
 Professeur des Universités en surnombre
 JEGO Patrick

 JEGOUX Franck
 JOUNEAU Stéphane
 KAYAL Samer
 KERBRAT Pierre
 LAMY DE LA CHAPELLE Thierry
 LAVIOLLE Bruno

 LAVOUE Vincent
 LE BRETON Hervé
 LE GUEUT Maryannick
 LE TULZO Yves
 LECLERCQ Christophe
 LEGUERRIER Alain
 LEJEUNE Florence
 LEVEQUE Jean
 LIEVRE Astrid
 MABO Philippe
 MALLEDANT Yannick
 MEUNIER Bernard
 MICHELET Christian
 MOIRAND Romain
 MORANDI Xavier
 MORTEMOUSQUE Bruno
 MOSSER Jean
 MOULINOUX Jacques
 MOURIAUX Frédéric
 ODENT Sylvie
 OGER Emmanuel

 PERDRIGER Aleth
 PLADYS Patrick
 POULAIN Patrice
 RAVEL Célia
 RIFFAUD Laurent
 RIOUX-LECLERCQ Nathalie

Parasitologie et mycologie
 Biophysique et médecine nucléaire
 Radiologie et imagerie Médecine
 Oto-rhino-laryngologie
 Rhumatologie

 Parasitologie et mycologie
 Urologie
 Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
 Hématologie; transfusion

 Médecine générale

 Chirurgie orthopédique et traumatologique
 Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement;
 addictologie
 Oto-rhino-laryngologie
 Pneumologie; addictologie
 Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
 Cancérologie; radiothérapie
 Hématologie; transfusion
 Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique;
 addictologie
 Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
 Cardiologie
 Médecine légale et droit de la santé
 Réanimation; médecine d'urgence
 Cardiologie
 Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 Biophysique et médecine nucléaire
 Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
 Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
 Cardiologie
 Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
 Chirurgie digestive
 Maladies infectieuses; maladies tropicales
 Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
 Anatomie
 Ophtalmologie
 Biochimie et biologie moléculaire
 Biologie cellulaire
 Ophtalmologie
 Génétique
 Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique;
 addictologie
 Rhumatologie
 Pédiatrie
 Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
 Histologie; embryologie et cytogénétique
 Neurochirurgie
 Anatomie et cytologie pathologiques

ROBERT-GANGNEUX Florence
SAINT-JALMES Hervé
SEGUIN Philippe
SEMANA Gilbert
SIPROUDHIS Laurent
SOMME Dominique

SULPICE Laurent
TARTE Karin
TATTEVIN Pierre
THIBAUT Ronan
THIBAUT Vincent
THOMAZEAU Hervé
TORDJMAN Sylvie
VERGER Christian
Professeur des Universités émérite
VERHOYE Jean-Philippe
VERIN Marc
VIEL Jean-François
VIGNEAU Cécile
VIOLAS Philippe
WATIER Eric
WODEY Eric

Parasitologie et mycologie
Biophysique et médecine nucléaire
Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Immunologie
Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement;
addictologie
Chirurgie générale
Immunologie
Maladies infectieuses; maladies tropicales
Nutrition
Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
Chirurgie orthopédique et traumatologique
Pédopsychiatrie; addictologie

Médecine et santé au travail
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Neurologie
Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Néphrologie
Chirurgie infantile
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique;
brûlologie
Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

Maitres de Conférence Universitaires – Praticiens Hospitaliers 2015/2016

AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LE RUMEUR Elisabeth	Physiologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Raphaël	Cardiologie
MASSART Catherine	Biochimie et biologie moléculaire
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MENER Eric	Médecine générale
MILON Joëlle	Anatomie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
MYHIE Didier	Médecine générale
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierrick	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
ROPARS Mickaël	Anatomie
SAULEAU Paul	Physiologie
TADIÉ Jean-Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TATTEVIN-FABLET Françoise	Médecine générale
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
VINCENT Pascal	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

Remerciements

A Madame le Professeur VIGNEAU,

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury.

A Madame le Docteur TATTEVIN,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'être membre de ce jury.

A Monsieur le Docteur MAHE,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'être membre de ce jury.

A Madame le Docteur DOURMAP,

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail. Merci pour votre écoute et d'avoir accepté de partager de votre temps et de vos compétences pour l'encadrement de mon projet.

A Emilie ROSSIGNOL, biostatisticienne du Centre d'Investigation Clinique de Rennes,

Merci de ta disponibilité et de ta précieuse aide dans la réalisation de ce travail.

Aux médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine et à mes co-internes ayant accepté la participation à mon enquête, aux patients ayant répondu aux questionnaires,

Merci à vous, ce travail n'aurait jamais pu voir le jour sans votre participation.

A tous les médecins qui m'ont formée lors de mes stages hospitaliers et ambulatoires,

Merci pour votre encadrement.

A mes parents,

Merci pour votre présence, votre soutien et votre bienveillance.

A Luc,

Pour ton soutien.

A mes amis bretons (de sang ou d'adoption !)

Merci pour les supers moments passés, et pour tous ceux à venir !

A mes amis de Tours et Orléans :

Merci pour votre amitié.

Table des matières

GLOSSAIRE	8
RESUME	9
ABSTRACT	10
INTRODUCTION	11
METHODES	13
RESULTATS	14
DISCUSSION	17
CONCLUSION	20
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	21
TABLEAUX ET FIGURES	22

Glossaire

- **ACM** : Analyse des correspondances multiples
- **AMT** : Automesure tensionnelle
- **CAH** : Classification ascendante hiérarchique
- **CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HTA** : Hypertension artérielle
- **PA** : Pression artérielle
- **Patients AT +** : Patients possédant un autotensiomètre
- **Patients AT -** : Patients ne possédant pas d'autotensiomètre
- **SFHTA** : Société Française d'hypertension artérielle
- **Zone urbaine (INSEE)** : Ensemble, d'un seul tenant, de plusieurs aires urbaines et des communes multipolarisées qui s'y rattachent
- **Zone péri-urbaine (INSEE)** : Communes ou unités urbaines qui appartiennent à la couronne péri-urbaine
- **Zone rurale (INSEE)** : Espace regroupant l'ensemble des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine

Résumé

Contexte : Dans la littérature internationale, la supériorité des mesures de pression artérielle au domicile est admise. En France, les autorités sanitaires financent des autotensiomètres pour les généralistes afin de favoriser la pratique de l'automesure tensionnelle (AMT) selon les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS). Aucune recommandation officielle ne préconise au patient hypertendu de posséder son propre autotensiomètre.

Objectif : Le but de cette étude descriptive est d'analyser et comparer les connaissances et comportements des patients hypertendus selon qu'ils possèdent ou non un autotensiomètre afin d'orienter le généraliste dans ses conseils et dans la prise en charge de ces patients.

Méthode : Des autoquestionnaires ont été remis à des patients hypertendus d'Ille-et-Vilaine possédant et ne possédant pas d'autotensiomètre entre Janvier et Avril 2016.

Résultats : 170 patients avec autotensiomètre et 130 sans ont répondu. 37,0% des patients possédant un autotensiomètre connaissent parfaitement leur cible tensionnelle contre 24,2% des patients sans ($p=0,0088$). Les patients sans autotensiomètre respectent mieux les règles de bonne pratique de l'AMT que les patients en possédant un. Parmi les patients possédant un autotensiomètre, ceux ayant bénéficié d'explications sur son utilisation respectent mieux les règles de bonne pratique de l'AMT. Les patients possédant un autotensiomètre déclarent une meilleure compréhension des enjeux de la prise en charge de l'hypertension artérielle ($p=0,0172$) et se déclarent plus anxieux face à leurs résultats tensionnels ($p=0,0221$).

Conclusion : On constate quelques différences modérées de comportements entre les patients hypertendus possédant et ne possédant pas leur autotensiomètre, mais cette étude ne met pas en évidence de critères pouvant amener le praticien à déconseiller l'acquisition d'un autotensiomètre à son patient hypertendu. Dans tous les cas, l'éducation du patient à son objectif tensionnel et à l'utilisation de l'autotensiomètre selon les règles de bonne pratique de l'AMT est primordiale.

Mots-clés : hypertension artérielle, automesure tensionnelle, autotensiomètre.

Abstract

Background : In the international literature, the superiority of home blood pressure (BP) measurements is accepted. In France, health authorities provide BP monitors to General Practitioners (GP) to encourage home BP self-measurement (HBPM) based on good practice recommendations from the Haute Autorité de Santé (HAS). There is no official recommendation for the hypertensive patients to have a BP monitor at home.

Objective : The aim of this descriptive study was to analyze and compare the knowledge and behavior of hypertensive patients according to whether or not they have a BP monitor in order to allow the GP to improve his guidance and care for these patients.

Method : Self-administered questionnaires were given to hypertensive patients of Ille-et-Vilaine having and not having a BP monitor between January and April 2016 .

Results : 170 patients with and 130 without BP monitor answered. 37.0% of patients owning a BP monitor know their BP target against 24.2% of patients without ($p=0.0088$). Patients without BP monitor respect the rules of HBPM good practice better than patients owning one. Among patients owning a BP monitor, those who received explanations on its use respect the rules of HBPM good practice better. Patients owning a BP monitor report a better understanding of the importance of managing high BP ($p=0.0172$) and declare to be more anxious about their BP results ($p=0.0221$).

Conclusion : There are some moderate differences in behavior among hypertensive patients having and not having a BP monitor, but this study does not highlight criterias that could motivate the GP to advise his hypertensive patients against the purchase of a BP monitor. In all cases, it is essential to educate the patient about his BP target and to the use of BP monitor according to the rules of HBPM good practice.

Key-words : hypertension, home blood pressure self-monitoring, blood pressure monitor.

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle (HTA) est la pathologie la plus rencontrée en consultation de médecine générale en France et dans le monde [1, 2]. Son équilibre permet de diminuer la morbidité cardiovasculaire [1, 3]. En France, l'HTA essentielle (90% des cas) est principalement gérée par les médecins généralistes [1]. Actuellement, seulement 55% des patients hypertendus français traités sont équilibrés [4].

Les données de la littérature internationale convergent pour affirmer la supériorité des mesures de pression artérielle (PA) au domicile par rapport aux mesures au cabinet, notamment grâce à l'automesure tensionnelle (AMT) par le patient lui-même avec un appareil à sa disposition [5, 6].

Dans la littérature internationale, il existe de nombreuses études qualitatives et quantitatives sur l'AMT. Elle renforce l'adhésion et l'implication du patient quant à son traitement et sa prise en charge ; elle facilite l'interaction entre le médecin et le patient au cours des consultations [7]. Elle permet une meilleure adaptation des posologies médicamenteuses [6]. Certaines études ont démontré une légère diminution des chiffres tensionnels chez les patients la pratiquant [8]. Certains effets négatifs sont décrits également : anxiété, automédication, incertitude quant aux chiffres-cibles attendus et quant à la conduite à tenir selon le résultat [7].

La Haute autorité de Santé (HAS) et la Société Française d'Hypertension artérielle (SFHTA) recommandent pour le diagnostic et le suivi au long cours de l'HTA des mesures en dehors du cabinet médical, via un protocole précis correspondant aux bonnes pratiques d'AMT : prise de PA après quelques minutes de repos, répétition trois fois de la mesure à quelques minutes d'intervalle, matin et soir pendant trois jours (« règle des trois ») [5, 9, 10]. Ce sont d'ailleurs les seules mesures pertinentes pour le praticien d'après les recommandations françaises, et il est recommandé au patient de ne pas prendre sa PA en dehors de ces conditions [11].

En ce qui concerne l'autotensiomètre, la politique adoptée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) est d'équiper gratuitement les médecins généralistes afin de prêter le matériel aux patients [11], et il n'existe aucune recommandation préconisant au patient l'achat de son propre appareil. Or 44% des patients hypertendus français possèdent le leur [4]. Les motivations des patients pour l'acquisition de leur propre autotensiomètre sont diverses, et souvent différentes de celles des praticiens [12].

Nous avons mené une enquête chez le généraliste en Ille-et-Vilaine auprès des patients hypertendus pour analyser leurs comportements selon qu'ils possèdent ou non leur propre autotensiomètre.

L'étude comporte une partie descriptive analysant les comportements des patients possédant leur propre autotensiomètre sur des questions spécifiques (qui a conseillé l'acquisition de l'appareil, explications fournies par le praticien sur l'utilisation de ce dernier, fréquence et conditions d'utilisation).

Une deuxième partie comparative analyse les comportements des patients hypertendus possédant leur propre autotensiomètre en comparaison avec ceux n'en possédant pas (pouvant pratiquer l'AMT grâce à un prêt d'appareil) sur des critères précis : connaissance des objectifs tensionnels, respect des conditions de bonne pratique d'AMT, automédication, anxiété, compréhension des enjeux de la prise en charge de l'HTA, observance médicamenteuse et équilibre de la PA.

Le but de cette étude observationnelle descriptive transversale a été de mettre en évidence d'éventuelles différences de connaissances ou de comportements entre les patients hypertendus d'Ille-et-Vilaine possédant et ne possédant pas leur propre autotensiomètre, afin d'orienter le généraliste dans ses conseils lors de la prise en charge de ces patients.

METHODE

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive transversale auprès de patients hypertendus du département d'Ille-et-Vilaine. L'ensemble des généralistes du département figurant sur la *mailing-list* du Conseil de l'Ordre départemental ont été contactés par mail pour présenter le projet d'étude. Il a été remis par courrier aux généralistes acceptant de participer des autoquestionnaires écrits à diffuser auprès des patients hypertendus de leur cabinet. Le mode de remise du questionnaire au patient a été laissé à la libre appréciation du médecin, selon l'organisation et les moyens de son cabinet (remis en consultation par le médecin, remis par la secrétaire, disposé en salle d'attente, etc). Les réponses aux questions ont été basées sur l'autodéclaration du patient hypertendu, qui devait répondre sans influence du médecin.

Le questionnaire comportait 3 parties. Une première partie concernait les caractéristiques démographiques et médicales du patient. Une deuxième partie s'adressait aux patients possédant un autotensiomètre. Les questions portaient sur les conditions d'acquisition et d'utilisation de celui-ci. Une troisième partie s'adressait à tous les patients (possédant ou non un autotensiomètre), et portait sur le respect des règles de bonne pratique d'AMT (appareil prêté ou personnel), l'observance, l'automédication, l'anxiété, l'équilibre et les connaissances en rapport avec l'HTA.

Les analyses statistiques ont été réalisées par le Centre d'Investigation Clinique (CIC) du CHU de Rennes. Pour l'analyse descriptive les résultats qualitatifs ont été exprimés en effectifs (%). Pour comparer les distributions des variables qualitatives entre deux ou plusieurs groupes, le test du Chi² ou le test de Fisher ont été utilisés. Le seuil de significativité des résultats a été fixé à 5%.

Pour identifier des groupes de patients qui diffèrent en ce qui concerne la fréquence de prise de PA, la prise de PA quand ils se sentent mal et le respect des bonnes pratiques d'AMT, nous avons réalisé une analyse multidimensionnelle. Deux types d'analyses factorielles ont été combinés, l'Analyse des Correspondances Multiples (ACM) et la Classification Ascendante Hiérarchique (CAH). L'ACM est une méthode d'analyse factorielle permettant de décrire simultanément un ensemble de variables qualitatives pour un échantillon d'individus. Dans cette méthode d'exploration, les modalités de chaque variable sont représentées dans un espace de faible dimension pour mettre en évidence le degré de proximité ou de séparation qui caractérise les modalités des variables : les coordonnées de chaque modalité sont tracées dans un plan formé par les axes factoriels. Ces axes comportent une partie de l'information totale et permettent la détection d'associations reliant les modalités. Pour identifier des groupes d'individus qui se ressemblent, la CAH a été utilisée. Le but de cette dernière méthode consiste à agréger les individus semblables en grappes.

Les analyses statistiques ont été réalisées en utilisant le logiciel SAS, v.9.4 (SAS Institute, Cary, NC, USA) et R 3.3.0.

RESULTATS

540 questionnaires ont été diffusés auprès des 36 médecins généralistes ayant accepté de participer à l'étude. 300 autoquestionnaires remplis par des patients hypertendus d'Ille-et-Vilaine ont été collectés sur la période de janvier à avril 2016. Le seul critère d'inclusion était l'hypertension artérielle et il n'y avait pas de critère d'exclusion. 170 patients (56,7%) possédaient un autotensiomètre (AT+), 130 (43,3%) n'en possédaient pas (AT-). Les caractéristiques démographiques et médicales des 2 groupes sont détaillées dans le *tab. 1*.

Partie descriptive analysant les patients AT+

Qui a conseillé l'achat de l'appareil

Les patients AT+ ont principalement acquis leur appareil sur conseil de leur médecin généraliste (44,6%) ou de leur propre initiative (35,5%) (*fig. 1*).

Fréquence de prise de PA au domicile chez les patients AT+, explications par le médecin sur les conditions de prise

30,9% des patients AT+ ont déclaré surveiller leur PA tous les 2 à 3 mois, 33,3% plusieurs fois par mois, et 4,2% tous les jours (*fig. 2*).

90,0 % (n=144) des patients AT+ ont déclaré que leur médecin était au courant qu'ils possédaient leur propre autotensiomètre ; parmi eux, la majorité (90,4%) a déclaré que leur médecin leur avait fourni des explications sur l'utilisation de celui-ci.

Analyse multidimensionnelle exploratoire : différents profils de patients possédant leur propre autotensiomètre

Après éviction des patients présentant des données manquantes, il restait une population de 101 patients possédant leur propre autotensiomètre que nous avons étudiée en ACM afin d'identifier différents profils de comportements. La description des items sélectionnés pour l'ACM est détaillée dans le *tab. 2*. Une CAH a été réalisée et nous avons sélectionné graphiquement 4 clusters, c'est-à-dire des groupes de patients qui se ressemblent (*fig. 3*). Le détail des 4 clusters est rapporté dans le *tab. 3*. On note que 49,5% des patients (cluster 1, n=50) ont déclaré prendre leur PA régulièrement, prendre majoritairement leur PA quand ils se sentaient mal et respecter plutôt bien les consignes d'AMT. 20,8% des patient (cluster 2, n=21) ont déclaré prendre leur PA plus fréquemment que les patients du cluster 1, la prendre quand ils se sentaient mal, et moins bien respecter les consigne de bonne pratique d'AMT. 9,9% des patients (cluster 3, n=10) ont déclaré peu utiliser leur autotensiomètre (tous une fois par an, peu quand ils se sentent mal). Enfin, 19,8% des patients (cluster 4, n=20) ont déclaré prendre leur PA régulièrement, prendre majoritairement leur PA quand ils se sentaient mal et très peu respecter les consignes de bonne pratique d'AMT.

Partie comparative entre patients possédant et ne possédant pas leur propre autotensiomètre

Connaissance de l'objectif tensionnel

40,5% des sujets ne connaissaient pas du tout leur objectif tensionnel.

31,8% des sujets AT+ ne connaissaient pas du tout leur objectif tensionnel contre 51,7% des sujets AT- ; 37,0% des sujets du groupe AT+ connaissaient la valeur de la systolique et de la diastolique de leur PA cible, contre 24,2% des sujets du groupe AT- ($p=0.0088$) (tab. 4).

Respect des règles de bonne pratique d'AMT

Patients AT+ VS patients AT-

Le respect des conditions de bonne pratique d'AMT est détaillé dans les tab. 5 à 7 pour les patients AT+ et AT-.

On constate que 43,8% des patients AT+ ont déclaré toujours respecter le repos de 5 minutes contre 64,3% des patients AT- ($p=0.0309$) ; 45,3% des patients AT+ ont déclaré toujours respecter la répétition de la mesure de PA 3 fois de suite contre 73,7% des patients AT- ($p=0.0182$) ; 26,3% des patients AT+ ont déclaré toujours respecter la prise de PA matin et soir 3 jours de suite contre 73,7% des patients AT- ($p < 0.0001$).

Patients AT+ ayant reçu des explications VS patients AT+ n'en ayant pas reçues

Le respect des conditions de bonne pratique d'AMT est détaillé dans les tab. 8 à 10 pour les patients AT+ ayant et n'ayant pas reçu d'explications sur l'utilisation de l'autotensiomètre par leur médecin. 43,6% des patients ayant reçu des explications ont déclaré toujours respecter le repos de 5 minutes avant la prise de PA contre 26,9% de ceux n'en ayant pas reçues ($p=0.0901$) ; 52,0% de ceux ayant reçu des explications ont déclaré toujours respecter la répétition de la mesure de PA 3 fois de suite contre 24,0% de ceux n'en ayant pas reçues ($p=0.0041$) ; 33,3% de ceux ayant reçu des explications ont déclaré toujours respecter la prise de PA matin et soir 3 jours de suite contre 0,0% de ceux n'en ayant pas reçues ($p < 0.0001$).

Comparaison des comportements et ressentis des patients AT+ et AT- quant à la prise en charge de leur HTA

Observance

Il n'y a pas eu de différence significative retrouvée sur les déclarations des patients AT+ et AT- en terme d'observance médicamenteuse ($p=0.6993$) – qui était bonne dans l'ensemble – tab. 11.

Compréhension

Une différence significative a été retrouvée pour les déclarations des patients AT+ et AT- sur le plan de la compréhension des enjeux de la prise en charge de l'HTA : 67,7% des patients AT+ ont déclaré complètement comprendre l'intérêt de traiter leur HTA contre 49,1% des patients AT- ($p=0.0172$) – tab. 12.

Equilibre

Il n'y a pas eu de différence significative retrouvée sur les déclarations des patients AT+ et AT- pour l'équilibre de leur HTA (78,0% vs 67,5%, $p=0.0967$), même si l'on note une tendance à un meilleur équilibre tensionnel déclaré chez les patients AT+ – *tab. 13*.

Anxiété

Une différence significative a été retrouvée sur les déclarations des patients AT+ et AT- sur le plan de l'anxiété face aux chiffres tensionnels : 25,1% des patients AT+ se disaient très rarement ou jamais préoccupés par leur PA contre 42,6% des patients AT- ($p=0.0221$) – *tab. 14*.

Automédication

Il n'y a pas eu de différence significative retrouvée entre les patients AT+ et AT- pour l'ajustement des doses de traitement antihypertenseur : 92,8% des patients AT+ et 95,6% des patients AT- ont déclaré ne jamais modifier eux-mêmes leur traitement antihypertenseur ($p=0.5845$) – *tab. 15*.

DISCUSSION

Les patients possédant et ne possédant pas leur propre autotensiomètre apparaissent peu différents sur les critères démographiques et médicaux. Le seul critère démographique pour lequel on note une différence est la zone géographique. On remarque en effet dans cette étude que les patients des zones rurales possèdent moins d'autotensiomètres, et que ceux des zones péri-urbaines en possèdent davantage. En ce qui concerne les critères médicaux, seuls la dyslipidémie et le suivi par un cardiologue sont différents entre les deux groupes de patients : les patients possédant un autotensiomètre sont davantage suivis par ce spécialiste et présentent une prévalence de dyslipidémie moins importante.

Il est à noter que les patients de l'étude sont plus jeunes que la population des hypertendus en France, ceci étant probablement lié aux conditions de recueil des données par le biais d'autoquestionnaires, plus facile à diffuser auprès des patients jeunes.

Quasiment la moitié des patients possédant un autotensiomètre ont déclaré avoir acquis leur appareil sur conseil de leur généraliste. Malgré l'absence de recommandations à ce sujet, ceci montre que conseiller d'acquérir un autotensiomètre aux patients hypertendus est une pratique courante en médecine générale en Ille-et-Vilaine. On constate que plus d'un tiers des patients déclarent l'avoir acquis de leur propre initiative ; les raisons n'ont pas été recherchées dans cette étude mais une étude qualitative britannique de 2015 rapporte que la motivation principale à la surveillance tensionnelle à domicile pour le patient est le besoin de se rassurer par rapport à une pathologie largement asymptomatique nécessitant un traitement à vie [12]. Une revue systématique de la littérature britannique qualitative de 2016 rapporte que certains patients souhaitent pratiquer la surveillance tensionnelle au domicile car cela les rassure de pouvoir vérifier si les symptômes qu'ils peuvent ressentir sont potentiellement attribuables à une élévation de leur PA [7].

Parmi les patients possédant un autotensiomètre, environ un tiers déclarent prendre leur PA tous les 2 à 3 mois, et un tiers plusieurs fois par mois. Un peu moins de 5% prennent leur PA quotidiennement. Il semble donc que la prise de PA chez certains patients possédant un autotensiomètre soit plus fréquente que ce qui est souhaitable. En effet, ce qui est recommandé pour la pratique de l'AMT en France et ce qui est utile au praticien, c'est la prise de PA selon la « règle des trois » pour vérifier l'équilibre tensionnel et adapter la thérapeutique antihypertensive [5]. Le document rédigé par la CPAM en 2013, validé par la HAS, la SFHTA et le Collège de Médecine Générale, préconise d'ailleurs au patient de ne pas prendre sa PA sans respecter les conditions de bonne pratique de l'AMT [11].

L'analyse multidimensionnelle exploratoire permet de mettre en évidence différents profils de comportements de patients possédant leur propre autotensiomètre. On note que près de la moitié de ces patients utilisent plutôt bien leur appareil. Un faible nombre semble ne pas vraiment l'utiliser. Enfin, il se dégage également un profil de patients semblant utiliser leur autotensiomètre quand ils se sentent mal, sans véritable respect des bonnes pratiques de l'AMT. Ces résultats montrent qu'il est important pour le praticien d'expliquer à son patient l'utilité et l'objectif de la surveillance tensionnelle au domicile. La SFHTA recommande qu'une séance d'apprentissage à l'AMT soit effectuée par un professionnel de santé [5].

Les patients possédant leur propre autotensiomètre connaissent mieux leur objectif tensionnel, sans que l'on puisse affirmer un lien de cause à effet entre les deux. On peut supposer qu'un patient prenant régulièrement sa PA au domicile ait une meilleure notion des valeurs des chiffres tensionnels. On retiendra que les résultats sur la connaissance de cet objectif tensionnel sont insuffisants dans les deux groupes. Quasiment un tiers des patients possédant un autotensiomètre ne connaissent pas du tout leur objectif tensionnel. Ceci corrobore la revue systématique britannique de la littérature qui rapporte qu'un grand nombre de patients qui pratiquent la surveillance tensionnelle au domicile ne connaissent pas leur objectif tensionnel [7].

On note que les patients ne possédant pas leur propre autotensiomètre respectent mieux la bonne pratique de l'AMT que les patients en possédant un. D'autre part, parmi les patients possédant leur propre autotensiomètre, ceux ayant bénéficié d'explications sur les conditions de prise par leur médecin généraliste respectent mieux les règles de bonne pratique de l'AMT que ceux n'en ayant pas reçues. Les patients ne possédant pas d'autotensiomètre peuvent pratiquer l'AMT grâce au prêt d'un appareil par leur médecin généraliste qui, à l'occasion de sa remise, doit expliquer au patient les conditions de bonne pratique de l'AMT, et même souvent fournit une feuille explicative et un tableau pour le recueil de mesures. Il est probable que certains patients possédant un autotensiomètre « échappent » aux consignes du généraliste. Ces constatations mettent à nouveau en lumière le rôle du praticien dans le respect des bonnes pratiques de l'AMT. Les patients sont plus respectueux des consignes si celles-ci ont été détaillées par leur médecin, qu'ils possèdent ou non un autotensiomètre. Ceci est corroboré par les recommandations [5] et par les essais cliniques montrant que l'AMT couplée à un support éducationnel est plus efficace que l'AMT seule [13].

Dans cette étude, on note un phénomène d'anxiété par rapport aux résultats tensionnels plus important chez les patients possédant un autotensiomètre, sans que l'on puisse ici conclure si c'est le terrain anxieux qui a conduit à l'acquisition d'un appareil ou bien si c'est le fait de prendre sa PA régulièrement qui est anxiogène. Dans la revue de la littérature britannique, certains patients reconnaissent que la pratique de la surveillance tensionnelle au domicile les rend anxieux quant à leurs résultats tensionnels, notamment sur la conduite à tenir en cas de PA élevée. Il est cependant précisé que ce phénomène d'anxiété peut être positif s'il permet une action de la part du patient [7]. L'anxiété du patient reste une des limites reconnues à l'utilisation de l'AMT.

Par ailleurs, les patients possédant un autotensiomètre déclarent mieux comprendre les enjeux de la prise en charge de leur HTA, sans que l'on puisse affirmer si l'acquisition de l'autotensiomètre en est une cause ou bien une conséquence. La revue systématique britannique, comme la SFHTA, note que la surveillance tensionnelle au domicile améliore les connaissances des patients et les implique davantage dans leur prise en charge. Les patients peuvent également suivre plus rapidement les effets de leur traitement antihypertenseur et cela peut augmenter leur adhésion à celui-ci [1, 6, 7].

Dans cette étude, on ne retrouve pas de différence sur le plan de l'automédication, de l'équilibre de la PA et de l'observance médicamenteuse entre les patients possédant et ne possédant pas leur autotensiomètre,

dans les limites de la méthodologie de l'étude, basée sur l'autodéclaration. Dans la littérature, des essais randomisés montrent que l'autosurveillance tensionnelle permet de mieux contrôler l'HTA [6, 8,13].

Le principal intérêt de notre étude est qu'elle s'est intéressée à une population locale, permettant aux praticiens d'Ille-et-Vilaine d'avoir des données concrètes concernant leurs patients hypertendus. Elle met en particulier en lumière le manque de connaissance des patients hypertendus d'Ille-et-Vilaine sur leur cible tensionnelle, et sur le renforcement nécessaire du respect des bonnes pratiques d'AMT.

Il existe de nombreuses études qualitatives et quantitatives sur le sujet, cependant les essais randomisés ne sont pas le reflet de la « vraie vie ». D'autre part, les résultats des différentes études déjà réalisées sur le sujet peuvent diverger des populations locales avec lesquelles nous travaillons de par leur caractère international : le vécu de l'HTA et la pratique de l'AMT est très dépendant des caractéristiques socio-culturelles des patients et des dynamiques médecins-patients locales.

Parmi les limites de l'étude on retiendra le caractère déclaratif des réponses, notamment sur des critères comme l'observance et l'équilibre tensionnel. On note un certain nombre de données manquantes sur quelques questions. Ainsi, on constate qu'environ 70% des patients ne possédant pas d'autotensiomètre n'ont pas répondu aux questions concernant le respect des bonnes conditions de pratique de l'AMT. Ceci est probablement expliqué par le fait qu'une grande partie de ces patients n'a jamais pratiqué ou même entendu parler de l'AMT.

Au total, cette étude descriptive met en évidence quelques différences entre les patients possédant et ne possédant pas leur propre autotensiomètre. Les patients ayant un autotensiomètre ont une meilleure connaissance des objectifs tensionnels, une anxiété plus élevée face aux résultats de PA et une meilleure compréhension déclarée sur les enjeux de la prise en charge de l'HTA. Les patients ne possédant pas d'autotensiomètre respectent mieux les conditions de bonne pratique de l'AMT que ceux en possédant un. Parmi les patients possédant un autotensiomètre, ce sont ceux ayant bénéficié d'explications par leur praticien sur l'utilisation de l'appareil qui respectent davantage les conditions de bonne pratique de l'AMT.

Cette étude souligne le rôle primordial de l'éducation du patient par le médecin généraliste, tant sur les connaissances de sa pathologie que sur la prise en charge de celle-ci et en particulier sur la pratique de l'AMT.

En France, les autorités de santé ont choisi de financer des autotensiomètres pour les généralistes (un seul par médecin), plutôt que de favoriser leur remboursement par la sécurité sociale. Toutefois cette étude descriptive ne permet pas de mettre en évidence de critère pouvant conduire le praticien à déconseiller à son patient l'achat d'un autotensiomètre, la condition étant qu'il éduque celui-ci aux règles de bonne pratique de l'AMT.

Pour répondre à cette problématique de façon plus précise, une étude interventionnelle comparant les mêmes paramètres chez des patients randomisés entre prêt ou achat d'un autotensiomètre pourrait être intéressante.

CONCLUSION

Notre étude ne met pas en évidence de différences de comportements majeures entre les patients possédant et ne possédant pas leur propre autotensiomètre, sous couvert d'une éducation thérapeutique efficace. Elle souligne le rôle primordial du praticien dans la prise en charge de son patient hypertendu, afin que ce dernier connaisse mieux sa pathologie et respecte les règles de bonne pratique de l'AMT.

On peut espérer dans le futur un renforcement de la pratique de l'AMT selon les règles de bonne pratique chez les patients hypertendus suivis en médecine générale. Le patient conseillé par son praticien viendrait à chaque consultation de renouvellement de traitement avec un relevé d'automesure tensionnelle rempli selon « la règle des 3 ». Cette pratique serait comparable à celle du patient diabétique qui se présente à chaque consultation de renouvellement avec son résultat d'hémoglobine glyquée et son carnet de glycémie rempli. Il apparaît dans ces conditions souhaitable que les patients hypertendus pratiquant l'AMT puissent posséder un autotensiomètre et que les autorités de santé favorisent son remboursement sur prescription médicale au même titre que le lecteur de glycémie pour le patient diabétique pratiquant l'autosurveillance glycémique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] HAS – SFHTA. HTA essentielle : prise en charge des patients adultes – fiche mémo. Note de cadrage. 2015 Juil. [En ligne], (consulté le 25/05/2016). Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2059286/fr/hta-essentielle-prise-en-charge-des-patients-adultes-note-de-cadrage
- [2] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie. Essai et résultats. 2004 Jun;315:1-12
- [3] Organisation mondiale de la santé. Questions réponses l'hypertension artérielle. 2015. [En ligne]. (consulté le 25/05/2016). Disponible sur : <http://www.who.int/features/qa/82/fr/>
- [4] Girerd X, Hanon O, Pannier B, et al. Determinants of controlled hypertension in patients treated with antihypertensive drugs in France: The French League Against Hypertension Survey (FLAHS 2015). Ann Cardiol Angiol. 2016 May;3928(16):30310-9
- [5] Société Française d'Hypertension Artérielle. Mesures de la pression artérielle : Pour le diagnostic et le suivi du patient hypertendu. 2011 Nov. [En ligne]. (consulté le 25/05/2016). Disponible sur : http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2015/11/SFHTA_Recommandations_Mesure-nov2011.pdf
- [6] Stergiou GS, Kollias A, Zeniodi M, et al. Home blood pressure monitoring : Primary role in hypertension management. Curr Hypertens Rep. 2014 Aug ;16(8):462
- [7] Fletcher BR, Hinton L, Hartmann-Boyce J, et al. Self-monitoring blood pressure in hypertension, patient and provider perspectives : A systematic review and thematic synthesis. Patient Educ Couns. 2016 Feb; 99(2):210-9
- [8] Bray EP, Holder R, Mant J. Does self-monitoring reduce blood pressure ? Meta-analysis with meta-regression of randomized controlled trials. Ann Med. 2010 Jul;42(5):371-86
- [9] HAS. Synthèse des recommandations professionnelles. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle. 2007. [En ligne]. (consulté le 25/05/2016). Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hta_patient_adulte_synthese.pdf
- [10] Société Française d'Hypertension Artérielle. Recommandation. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. 2013 Janv. [En ligne]. (consulté le 25/05/2016). Disponible sur : http://www.sfhta.eu/?page_id=3404
- [11] CPAM. Hypertension artérielle : Conduite à tenir pour le diagnostic, mesure de la pression artérielle en dehors du cabinet médical. 2013 Dec. [En ligne]. (consulté le 25/05/2016). Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/prevention-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie/diagnostic-de-l-hta-par-automesure-tensionnelle.php>
- [12] Grant S, Greenfield SM, Nouwen A, et al. Improving management and effectiveness of home blood pressure monitoring: a qualitative UK primary care study. Br J Gen Pract. 2015 Nov; 65(640):e776-83
- [13] Uhlig K, Patel, K, Ip S, et al. Self-measured blood pressure monitoring in the management of hypertension: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2013 Aug;159(3):185-94

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 - Caractéristiques démographiques et médicales

	Global (n=300)	Patients AT+ (n=170)	Patients AT- (n=130)	
Sexe (%)	299	169	130	$p = 0,1109$ (K)
Hommes	156 (52,2)	95 (56,2)	61 (46,9)	
Femmes	143 (47,8)	74 (43,8)	69 (53,1)	
Age (%)	299	169	130	$p = 0,4581$ (F)
< 50	26 (8,7)	14 (8,3)	12 (9,2)	
50-59	54 (18,0)	30 (17,8)	24 (18,5)	
60-69	94 (31,5)	60 (35,5)	34 (26,1)	
70-79	80 (26,8)	43 (25,4)	37 (28,5)	
80-89	41 (13,7)	20 (11,8)	21 (16,2)	
> 89	4 (1,3)	2 (1,2)	2 (1,5)	
Catégories socio-professionnelles (%)	257	147	110	$p = 0,3537$ (K)
Agriculteurs	25 (9,7)	10 (6,8)	15 (13,6)	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	28 (10,9)	17 (11,6)	11 (10,0)	
Cadres et prof. Intellectuelles supérieures	31 (12,1)	18 (12,2)	13 (11,8)	
Prof. intermédiaires	52 (20,2)	35 (23,8)	17 (15,5)	
Employés	63 (24,5)	32 (21,8)	31 (28,2)	
Ouvriers	46 (17,9)	28 (19,0)	18 (16,4)	
Sans activité professionnelle	12 (4,7)	7 (4,8)	5 (4,5)	
Zone géographique (%)	234	134	100	$p = 0,0038$ (K)
Rurale	87 (37,2)	38 (28,4)	49 (49,0)	
Péri-urbaine	99 (42,3)	67 (50,0)	32 (32,0)	
Urbaine	48 (20,5)	29 (21,6)	19 (19,0)	
Ancienneté de l'HTA (%)	293	165	128	$p = 0,4190$ (K)
< 10 ans	156 (53,2)	92 (55,8)	64 (50,0)	
> 10 ans	137 (46,8)	73 (44,2)	64 (50,0)	
Facteurs de risque CV (%)	300	170	130	
Diabète	30 (10,0)	18 (10,6)	12 (9,2)	$p = 0,6977$ (K)
Tabagisme actif	28 (9,3)	13 (7,6)	15 (11,5)	$p = 0,2509$ (K)
Dyslipidémie	119 (39,7)	57 (33,5)	62 (47,7)	$p = 0,0130$ (K)
Coronaropathie	20 (6,7)	13 (7,6)	7 (5,4)	$p = 0,4363$ (K)
Surpoids	106 (35,3)	61 (35,9)	45 (34,6)	$p = 0,8200$ (K)
Nb de médicaments (comprimés) (%)	291	165	126	$p = 0,1442$ (F)
0	3 (1,0)	1 (0,6)	2 (1,6)	
1	191 (65,6)	106 (64,2)	85 (67,5)	
2	63 (21,6)	38 (23,0)	25 (19,8)	
3	21 (7,2)	13 (7,9)	8 (6,3)	
4	9 (3,1)	7 (4,2)	2 (1,6)	
Ne sait pas	4 (1,4)	0	4 (3,2)	
Suivi par un cardiologue (%)	297	168	129	$p = 0,0412$ (K)
Non	132 (44,4)	66 (39,3)	66 (51,2)	
Oui	165 (55,6)	102 (60,7)	63 (48,8)	

Rq : les tests suivants ont été utilisés : tests χ^2 (K) ou Fisher (F)

Figure 1 – Qui a conseillé l'achat de l'appareil chez les patients AT+ ? (n=166)

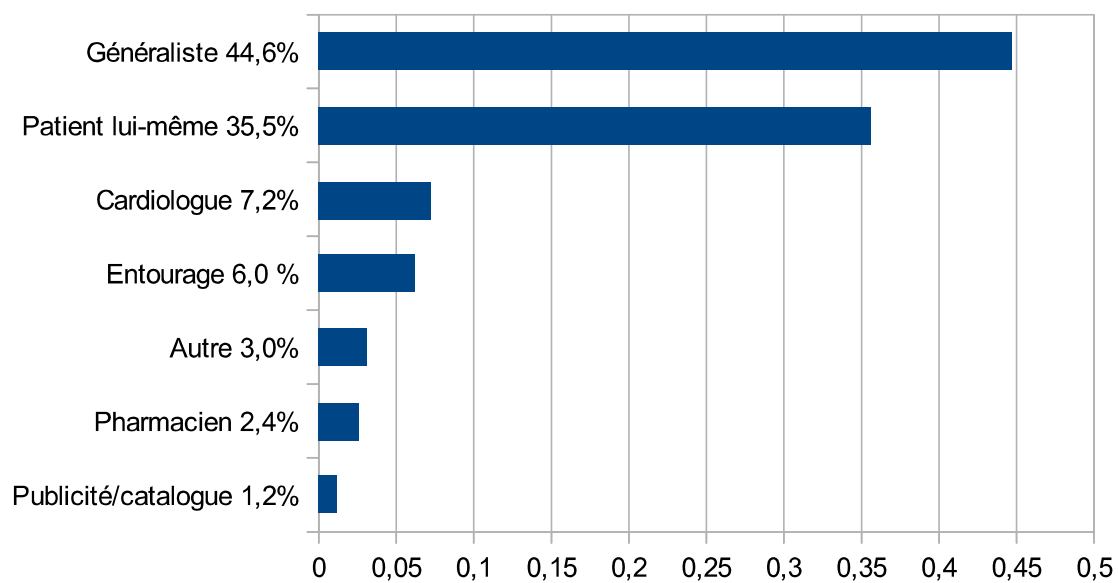


Figure 2 – Fréquence de prise de PA chez les patients AT+ (n=165)

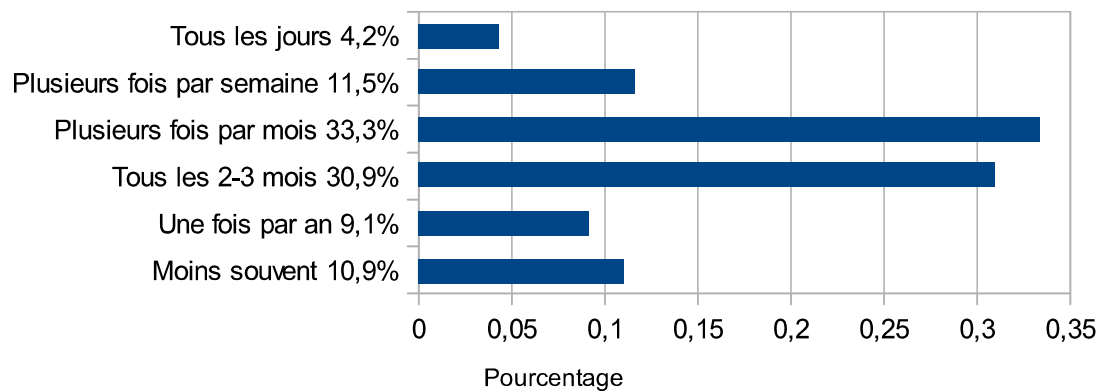


Tableau 2 – Description des items sélectionnés pour l'ACM

Variable(s)	Global (n=101)
Fréquence de prise de PA au domicile	101
Plusieurs fois par semaine	11 (10.9%)
Plusieurs fois par mois	36 (35.6%)
Tous les 2-3 mois	37 (36.6%)
Une fois par an	10 (9.9%)
Moins souvent	7 (6.9%)
Prise de PA quand se sent mal	101
Non	27 (26.7%)
Oui	74 (73.3%)
Respect repos avant prise de PA	101
Jamais	7 (6.9%)
Rarement	15 (14.9%)
Souvent	36 (35.6%)
Toujours	43 (42.6%)
Prise de PA 3 fois de suite	101
Jamais	17 (16.8%)
Rarement	15 (14.9%)
Souvent	17 (16.8%)
Toujours	52 (51.5%)
Prise de PA matin et soir 3 jours de suite	101
Jamais	24 (23.8%)
Rarement	29 (28.7%)
Souvent	17 (16.8%)
Toujours	31 (30.7%)

Figure 3 – Graphique des individus selon le cluster

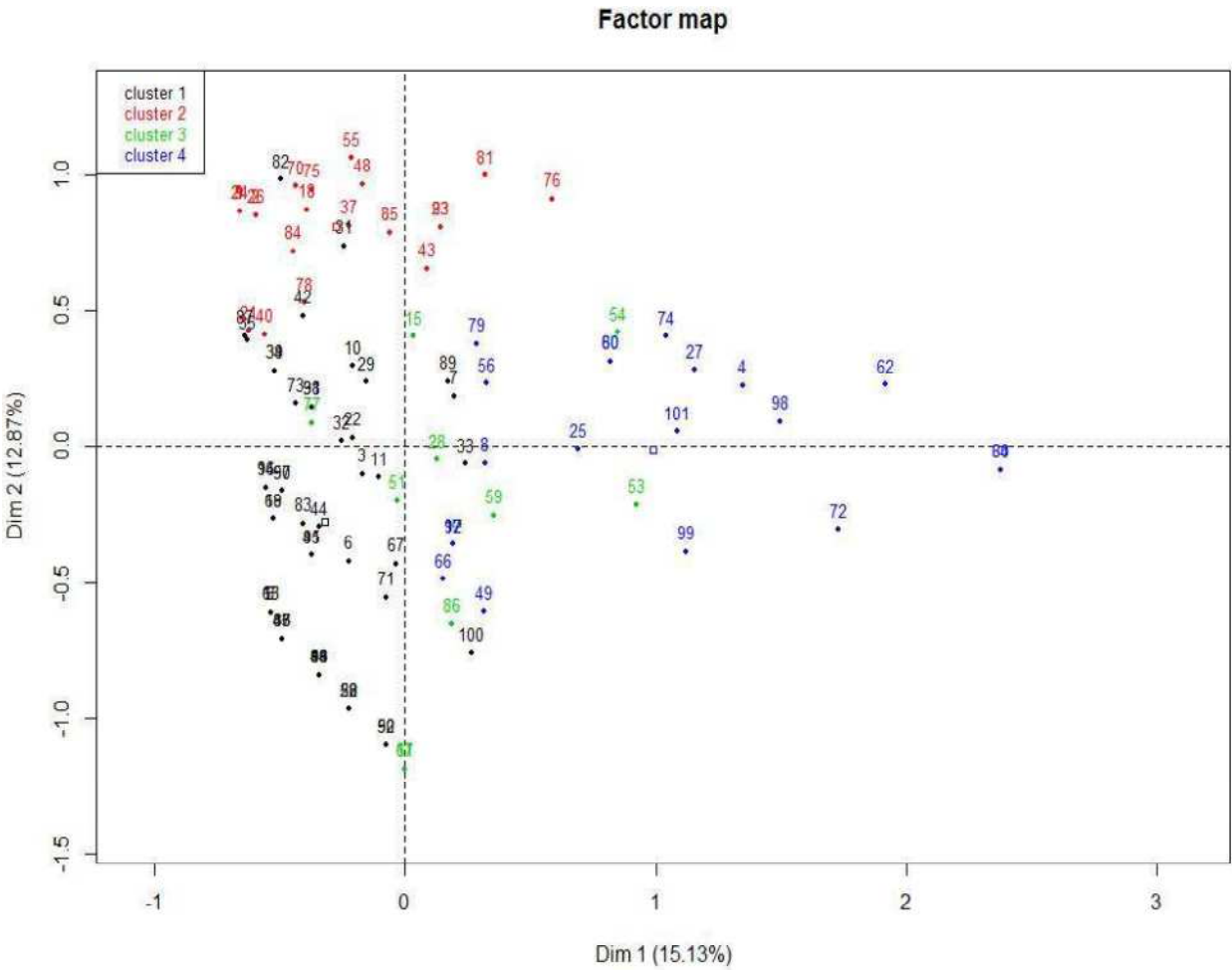


Tableau 3 – Description des items sélectionnés en fonction des 4 clusters

Variable(s)	Cluster 1 (n=50)	Cluster 2 (n=21)	Cluster 3 (n=10)	Cluster 4 (n=20)
Fréquence de prise de PA au domicile	50	21	10	20
plusieurs fois par semaine	8 (16.0%)	3 (14.3%)	0	0
plusieurs fois par mois	18 (36.0%)	14 (66.7%)	0	4 (20.0%)
tous les 2-3 mois	22 (44.0%)	3 (14.3%)	0	12 (60.0%)
une fois par an	0	0	10 (100%)	0
moins souvent	2 (4.0%)	1 (4.8%)	0	4 (20.0%)
Prise de PA quand se sent mal	50	21	10	20
non	13 (26.0%)	0	7 (70.0%)	7 (35.0%)
oui	37 (74.0%)	21 (100%)	3 (30.0%)	13 (65.0%)
Respect repos avant prise de PA	50	21	10	20
jamais	1 (2.0%)	0	0	6 (30.0%)
rarement	3 (6.0%)	7 (33.3%)	2 (20.0%)	3 (15.0%)
souvent	17 (34.0%)	11 (52.4%)	4 (40.0%)	4 (20.0%)
toujours	29 (58.0%)	3 (14.3%)	4 (40.0%)	7 (35.0%)
Respect prise PA 3 fois de suite	50	21	10	20
jamais	0	0	2 (20.0%)	15 (75.0%)
rarement	3 (6.0%)	8 (38.1%)	3 (30.0%)	1 (5.0%)
souvent	3 (6.0%)	13 (61.9%)	1 (10.0%)	0
toujours	44 (88.0%)	0	4 (40.0%)	4 (20.0%)
Respect prise PA matin et soir 3 jours de suite	50	21	10	20
jamais	1 (2.0%)	5 (23.8%)	2 (20.0%)	16 (80.0%)
rarement	14 (28.0%)	11 (52.4%)	2 (20.0%)	2 (10.0%)
souvent	11 (22.0%)	5 (23.8%)	1 (10.0%)	0
toujours	24 (48.0%)	0	5 (50.0%)	2 (10.0%)

Tableau 4 – Connaissance de la cible tensionnelle (CT)

	Global (n=274)	Patients AT+ (n=154)	Patients AT- (n=120)	<i>p= 0,0088 (F)</i>
Ne connaît pas du tout sa CT ¹ (%)	111 (40,5)	49 (31,8)	62 (51,7)	
Donne un objectif trop sévère de CT ² (%)	10 (3,6)	7 (4,5)	3 (2,5)	
Cite uniquement la systolique de sa CT ³ (%)	67 (24,5)	41 (26,6)	26 (21,7)	
Connaît la systolique et la diastolique de sa CT ⁴ (%)	86 (31,4)	57 (37,0)	29 (24,2)	

¹ Dit ne pas connaître sa CT ou bien erreur

² Donne un chiffre de systolique strictement < à 130 mmHg

³ Donne un chiffre de systolique compris entre 130 et 140 mmHg inclus (150 mmHg si plus de 80 ans), sans citer de chiffre de diastolique

⁴ Est capable de citer un chiffre de systolique compris entre 130 et 140 mmHg inclus (150 si plus de 80 ans) ET un chiffre de diastolique compris entre 80 et 90 mmHg inclus

Tableaux 5 à 7 - Respect des conditions de bonne pratique de l'AMT, patients AT+ et AT-

Tab. 5 – Respect du repos de 5 min avant la prise de PA

	Global (n=202)	Patients AT+ (n=160)	Patients AT- (n=42)	<i>p=0,0309 (F)</i>
Jamais (%)	19 (9,4)	15 (9,4)	4 (9,5)	
Rarement (%)	28 (13,9)	22 (13,8)	6 (14,3)	
Souvent (%)	58 (28,7)	53 (33,1)	5 (11,9)	
Toujours (%)	97 (48,0)	70 (43,8)	27 (64,3)	

Tab. 6 – Respect de la prise de PA 3 fois de suite

	Global (n=197)	Patients AT+ (n=159)	Patients AT- (n=38)	<i>p=0,0182 (K)</i>
Jamais (%)	33 (16,8)	30 (18,9)	3 (7,9)	
Rarement (%)	32 (16,2)	29 (18,2)	3 (7,9)	
Souvent (%)	32 (16,2)	28 (17,6)	4 (10,5)	
Toujours (%)	100 (50,8)	72 (45,3)	28 (73,7)	

Tab. 7 – Respect de la prise de PA matin et soir 3 jours de suite

	Global (n=194)	Patients AT+ (n=156)	Patients AT- (n=38)	<i>p < 0.0001 (K)</i>
Jamais (%)	42 (21,6)	39 (25,0)	3 (7,9)	
Rarement (%)	52 (26,8)	51 (32,7)	1 (2,6)	
Souvent (%)	31 (16,0)	25 (16,0)	6 (15,8)	
Toujours (%)	69 (35,6)	41 (26,3)	28 (73,7)	

Tableaux 8 à 10 - Respect des conditions de bonne pratique de l'AMT, patients AT+ ayant et n'ayant pas reçu d'explications sur les conditions d'utilisation de l'appareil par leur médecin

Tab. 8 – Respect du repos de 5 min avant la prise de PA

	Global (n=127)	Patients AT+ ayant reçu des explications (n=101)	Patients AT+ n'ayant pas reçu d'explications (n=26)	<i>p = 0.0901 (F)</i>
Jamais (%)	13 (10,2)	7 (6,9)	6 (23,1)	
Rarement (%)	17 (13,4)	13 (12,9)	4 (15,4)	
Souvent (%)	46 (36,2)	37 (36,6)	9 (34,6)	
Toujours (%)	51 (40,2)	44 (43,6)	7 (26,9)	

Tab. 9 – Respect de la prise de PA 3 fois de suite

	Global (n=127)	Patients AT+ ayant reçu des explications (n=102)	Patients AT+ n'ayant pas reçu d'explications (n=25)	<i>p = 0.0041 (F)</i>
Jamais (%)	24 (18,9)	13 (12,7)	11 (44,0)	
Rarement (%)	20 (15,7)	17 (16,7)	3 (12,0)	
Souvent (%)	24 (18,9)	19 (18,6)	5 (20,0)	
Toujours (%)	59 (46,5)	53 (52,0)	6 (24,0)	

Tab. 10 – Respect de la prise de PA matin et soir 3 jours de suite

	Global (n=123)	Patients AT+ ayant reçu des explications (n=99)	Patients AT+ n'ayant pas reçu d'explications (n=24)	<i>p < 0.0001 (F)</i>
Jamais (%)	32 (26,0)	18 (18,2)	14 (58,3)	
Rarement (%)	37 (30,1)	31 (31,3)	6 (25,0)	
Souvent (%)	21 (17,1)	17 (17,2)	4 (16,7)	
Toujours (%)	33 (26,8)	33 (33,3)	0 (0,0)	

Tableau 11 – Observance du traitement antihypertenseur

Vous arrive-t-il d'oublier votre traitement antihypertenseur ?				
	Global (n=282)	Patients AT+ (n=165)	Patients AT- (n=117)	<i>p = 0.6993 (F)</i>
Jamais (%)	198 (70,2)	120 (72,7)	78 (66,7)	
Très rarement (%)	62 (22,0)	33 (20,0)	29 (24,8)	
De temps en temps (%)	19 (6,7)	10 (6,1)	9 (7,7)	
Souvent (%)	3 (1,1)	2 (1,2)	1 (0,9)	

Tableau 12 – Compréhension des enjeux de la prise en charge de l'HTA

Comprenez-vous l'intérêt de traiter votre HTA ?				
	Global (n=276)	Patients AT+ (n=164)	Patients AT- (n=112)	<i>p= 0,0172 (K)</i>
Oui, complètement (%)	166 (60,1)	111 (67,7)	55 (49,1)	
Oui, en partie (%)	73 (26,4)	36 (22,0)	37 (33,0)	
Oui, vous avez une vague idée (%)	24 (8,7)	12 (7,3)	12 (10,7)	
Non, pas vraiment (%)	13 (4,7)	5 (3,0)	8 (7,1)	

Tableau 13 – Equilibre tensionnel

Votre PA est-elle équilibrée ?				
	Global (n=281)	Patients AT+ (n=164)	Patients AT- (n=117)	<i>p= 0,0967 (K)</i>
Non (%)	52 (18,5)	27 (16,5)	25 (21,4)	
Oui (%)	207 (73,7)	128 (78,0)	79 (67,5)	
Je ne sais pas (%)	22 (7,8)	9 (5,5)	13 (11,1)	

Tableau 14 - Anxiété face aux résultats de PA

Vos résultats de PA vous préoccupent-ils ?				
	Global (n=282)	Patients AT+ (n=167)	Patients AT- (n=115)	<i>p= 0,0221 (K)</i>
Jamais ou très rarement (%)	91 (32,3)	42 (25,1)	49 (42,6)	
Parfois (%)	128 (45,4)	80 (47,9)	48 (41,7)	
Souvent ou très souvent (%)	63 (22,3)	45 (27,0)	18 (15,7)	

Tableau 15 – Automédication

Vous arrive-t-il d'ajuster vous-même votre traitement antihypertenseur ?				
	Global (n=280)	Patients AT+ (n=166)	Patients AT- (n=114)	<i>p= 0,5845 (F)</i>
Non (%)	263 (93,9)	154 (92,8)	109 (95,6)	
Oui très rarement (%)	9 (3,2)	7 (4,2)	2 (1,8)	
Parfois (%)	8 (2,9)	5 (3,0)	3 (2,6)	

CIOLKOVITCH, Sophie. Les patients hypertendus possédant et ne possédant pas d'autotensiomètre ont-ils des comportements différents ? Enquête chez le généraliste en Ille-et-Vilaine.

Do hypertensive patients having and not having a blood pressure monitor at home have different behaviors ? A general practice survey in Ille-et-Vilaine.

35 feuilles, 3 figures, 15 tableaux. 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2016 ; N°

Résumé

Objectif: Il est recommandé aux patients hypertendus de pratiquer l'automesure tensionnelle (AMT). Aucune recommandation ne préconise à ces patients de posséder un autotensiomètre. Notre étude descriptive a analysé les comportements des patients hypertendus selon qu'ils possèdent ou non un autotensiomètre afin d'orienter le généraliste dans leur prise en charge.

Méthode : Des autoquestionnaires ont été remis à des patients hypertendus d'Ille-et-Vilaine.

Résultats : 300 patients ont répondu. 37,0% des patients possédant un autotensiomètre connaissent leur cible tensionnelle contre 24,2% des patients sans ($p=0,0088$). Les patients sans appareil respectent mieux les bonnes pratiques de l'AMT que les patients en possédant un. Les patients possédant un autotensiomètre respectent mieux les bonnes pratiques de l'AMT s'ils ont reçu des explications sur l'utilisation de l'appareil. Les patients possédant un autotensiomètre déclarent mieux comprendre les enjeux de la prise en charge de l'hypertension artérielle ($p=0,0172$) et se déclarent plus anxieux face à leurs résultats tensionnels ($p=0,0221$).

Conclusion : On note quelques différences de comportements entre les patients hypertendus possédant et ne possédant pas leur autotensiomètre. Dans tous les cas, l'éducation du patient est primordiale.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Hypertension artérielle
Automesure tensionnelle
Autotensiomètre

Mots-clés anglais MeSH : Hypertension
Home blood pressure measurement
Blood pressure monitor

Président : Professeur Cécile Vigneau

JURY :
Assesseurs : Docteur Caroline Dourmap [directeur de thèse]
Docteur Françoise Tattevin [membre du jury]
Docteur Guillaume Mahé [membre du jury]

QUESTIONNAIRE :

À l'attention des patients suivis pour hypertension artérielle

Dans le cadre de ma thèse de doctorat en Médecine, je réalise une étude auprès des patients hypertendus du département d'Ille-et-Vilaine. Le but est d'étudier l'intérêt ou non de l'acquisition de son propre appareil d'automesure tensionnelle, pour savoir s'il faut conseiller à nos patients d'en acheter un.

Merci de prendre quelques instants, que vous ayez un appareil d'automesure ou non, pour répondre à ce court questionnaire (moins de 5 min), totalement anonyme.

En vous remerciant pour votre contribution,

Sophie Ciolkovitch (interne de Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Rennes).

1ère Partie :

1- Quel est votre âge : _ _ _ _ _

2- Êtes-vous : un homme ☐ une femme ☐

3- Quelle est/était votre profession : _ _ _ _ _

4- Depuis combien de temps avez-vous un traitement contre l'hypertension artérielle :
moins de 2 ans ☐ entre 2 et 5 ans ☐ entre 5 et 10 ans ☐ plus de 10 ans ☐

5- Avez-vous déjà eu ou présentez-vous un ou plusieurs des problèmes de santé suivants :
diabète ☐ infarctus du myocarde/angine de poitrine ☐ tabagisme actuel ☐
surpoids actuel ☐ problème de cholestérol ☐

6- Combien de médicaments contre la tension prenez-vous ?
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ je ne sais pas ☐

7- Êtes-vous suivi par un cardiologue ? oui ☐ non ☐
si oui, le voyez-vous : tous les ans ☐ tous les 2-3 ans ☐ moins souvent ☐

8- Êtes-vous suivi régulièrement par un autre médecin spécialiste : oui ☐ non ☐
si oui, quelle spécialité ? _ _ _ _ _

9- Savez-vous quels chiffres de tension artérielle vous ne devez pas dépasser pour avoir une tension correcte (équilibrée) ? _ _ _ _ _ (je ne sais pas ☐)

2ème Partie :

1- Possédez-vous un appareil d'automesure de tension artérielle chez vous ? oui ☐ non ☐

Si non passez directement à la 3ème partie.

2- Qui vous a conseillé cet achat ?

votre généraliste ☐ votre cardiologue ☐ votre pharmacien ☐ vous-même ☐
quelqu'un de votre entourage ☐ une publicité/un catalogue ☐ autre (détaillez) : ☐

3- Est-ce un appareil qui prend la tension : au bras ☐ au poignet ☐

4- Quand prenez-vous votre tension au domicile ?

tous les jours ☐

plusieurs fois par semaine ☐

plusieurs fois par mois ☐

tous les 2-3 mois ☐

environ une fois par an ☐

moins souvent ☐

5- Votre médecin sait-il que vous avez un appareil d'automesure à la maison : oui ☐ non ☐

si oui, vous a-t-il expliqué dans quelles conditions prendre votre tension ? oui ☐ non ☐

6- Vous arrive-t-il de prendre votre tension quand vous ne vous sentez pas bien ? oui ☐ non ☐

si oui, cela arrive-t-il :

tous les jours ☐

plusieurs fois par semaine ☐

plusieurs fois par mois ☐

tous les 2-3 mois ☐

environ une fois par an ☐

moins souvent ☐

3ème partie

1- Lorsque vous prenez votre tension à la maison (avec votre appareil ou celui prêté par votre médecin si vous ne possédez pas le vôtre) :

- respectez-vous le repos de 5 min avant la prise : toujours ☐ souvent ☐ rarement ☐ jamais ☐

- êtes-vous assis au moment de la prise : toujours ☐ souvent ☐ rarement ☐ jamais ☐

- la prenez-vous 3 fois de suite : toujours ☐ souvent ☐ rarement ☐ jamais ☐

- la prenez-vous matin et soir 3 jours de suite : toujours ☐ souvent ☐ rarement ☐ jamais ☐

2- Vous arrive-t-il d'oublier vos médicaments contre la tension :

souvent ☐ de temps en temps ☐ très rarement ☐ jamais ☐

3- Savez-vous pour quelles raisons il faut traiter votre hypertension artérielle :

oui, tout à fait ☐ oui, en partie ☐ vous avez une vague idée ☐ non, pas vraiment ☐

4- Votre tension artérielle est-elle équilibrée actuellement (c'est-à-dire : dans la cible fixée par votre médecin traitant ou votre cardiologue) ? oui ☐ non ☐ je ne sais pas ☐

5- Vous diriez que vos résultats de tension (quels qu'ils soient) vous préoccupent :

très souvent ☐ souvent ☐ parfois ☐ très rarement ☐ jamais ☐

6- Vous arrive-t-il d'ajuster vous-même votre traitement contre la tension (en diminuant ou en augmentant les doses sans demander à votre médecin) ?

oui, souvent ☐ oui, parfois ☐ oui, très rarement ☐ non ☐

Je vous remercie de votre participation. Merci de remettre ce questionnaire à votre médecin ou à sa secrétaire.