UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

UNIVERSITÉ DE CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE

THÈSE d'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

DUCROZ (épouse TREFOND) Jérômine, Alizée, Mathilde

Présentée et soutenue publiquement le 21 septembre 2018

Perception des patients et des médecins généralistes à associer automesure tensionnelle et auto titration médicamenteuse dans la prise en charge de l'hypertension artérielle : étude qualitative exploratoire.

Président : Professeur Claude Dubray

Membres du jury :

Professeur Anne-Elizabeth Heng

Professeur Géraud Souteyrand

Professeur Philippe Vorilhon

Docteur Laurent Marty

UNIVERSITÉ DE CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE

THÈSE d'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

DUCROZ (épouse TREFOND) Jérômine, Alizée, Mathilde

Présentée et soutenue publiquement le 21 septembre 2018

Perception des patients et des médecins généralistes à associer automesure tensionnelle et auto titration médicamenteuse dans la prise en charge de l'hypertension artérielle : étude qualitative exploratoire.

Président : Professeur Claude Dubray

Membres du jury :

Professeur Anne-Elizabeth Heng

Professeur Géraud Souteyrand

Professeur Philippe Vorilhon

Docteur Laurent Marty

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

_____

PRESIDENTS HONORAIRES	: **JOYON** Louis
UNIVERSITE D'AUVERGNE	: **DOLY** Michel
	: **TURPIN** Dominique
	: **VEYRE** Annie
	: **DULBECCO** Philippe
	: **ESCHALIER** Alain
PRESIDENTS HONORAIRES	: **CABANES** Pierre
UNIVERSITE BLAISE PASCAL	: **FONTAINE** Jacques
	: **BOUTIN** Christian
	: **MONTEIL** Jean-Marc
	: **ODOUARD** Albert
	: **LAVIGNOTTE** Nadine
	: **BERNARD** Mathias
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et	
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER	: **BERNARD** Mathias
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT	: **DEQUIEDT** Vianney
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	: **GUINALDO** Olivier
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE	: **HENRARD** Pierre
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA	
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE	: **PEYRARD** Françoise
DIRECTRICE GENERALE DES SERVICES	: **ESQUIROL** Myriam

✧✧✧✧✧

UFR DE MEDECINE

ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES	: **DETEIX** Patrice
	: **CHAZAL** Jean
DOYEN	: **CLAVELOU** Pierre
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BEGUE René-Jean - BELIN Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - COULET Maurice - DASTUGUE Bernard - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - Mle RAMPON Simone - MM. RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. BACIN Franck - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DEMEOCQ François - DETEIX Patrice - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - PHILIPPE Pierre - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	ESCHALIER Alain	Pharmacologie Fondamentale Option Biologique
M.	CHAZAL Jean	Anatomie - Neurochirurgie
M.	VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M.	AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M.	LABBE André	Pédiatrie
M.	AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	DURIF Franck	Neurologie
Mme	LAFEUILLE Hélène	Bactériologie, Virologie
M.	LEMERY Didier	Gynécologie et Obstétrique
M.	BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale

		et Technologies de Communication
M.	BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.	POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale

PROFESSEURS DE 1ère CLASSE

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale

M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière

PROFESSEURS DE 2ème CLASSE

Mme	CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
Mme	KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie

M.	TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M.	CORNELIS François	Génétique
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M.	CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M.	BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M.	BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
M.	LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M.	AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme	BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	ESCHALIER Romain	Cardiologie
M.	MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme	TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M.	DURANDO Xavier	Cancérologie
M.	DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme	FANTINI Maria Livia	Neurologie
M.	SAKKA Laurent	Anatomie - Neurochirurgie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M.	CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme	MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M.	VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme	BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M.	CAMBON Benoît	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -

PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES

HORS CLASSE

Mme	CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie

MAITRES DE CONFERENCES DE

1ère CLASSE

M.	MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme	BOUTELOUP Corinne	Nutrition
Mle	GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme	FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle	GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M.	MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme	MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire

M.	ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle	VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M.	DELMAS Julien	Bactériologie
Mle	MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M.	OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle	COSTE Karen	Pédiatrie
M.	EVRARD Bertrand	Immunologie
Mle	AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M.	POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme	PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de l a Reproduction
Mme	CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M.	LEBRETON Aurélien	Hématologie
M.	BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M.	COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme	SARRET Catherine	Pédiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme	VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle	AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire

M.	BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle	GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M.	BIDET Yannick	Oncogénétique
M.	MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M.	DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M.	SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme	VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme	LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M.	LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M.	TANGUY Gilles	Médecine Générale
M.	BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme	ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Claude DUBRAY, vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être le président de mon jury de thèse, mais aussi de m'accueillir au sein de votre laboratoire de recherche pour cette année recherche. Vous nous avez soutenu durant tout le parcours AMTITEA qui nous réserve encore je l'espère de belles surprises. Veuillez recevoir l'expression de mon respect et de mes sincères remerciements.

A mes membres du jury,

Madame le professeur Anne-Elizabeth Heng, vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le professeur Géraud Souteyrand, je suis très honorée que tu participes à mon jury de thèse, merci pour ton amitié, mais aussi pour ta disponibilité et ton soutien lorsque nous en avons eu besoin.

Monsieur Laurent Marty, vous nous faites l'honneur de juger ce travail et votre expertise nous est précieuse. Veuillez recevoir l'expression de mes profonds remerciements.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le professeur Philippe Vorilhon, pour votre enseignement et votre soutien dans ce projet. Merci également pour votre engagement auprès des internes en médecine générale et l'intérêt que vous portez à la recherche clinique. Votre dynamisme est source d'inspiration et je suis très heureuse et enthousiaste à l'idée de travailler avec vous pour les prochaines années au sein du département de médecine générale de Clermont-Ferrand.

A ma famille,

Ludovic, je suis fière d'être devenue ta femme. Ton soutien, ta bienveillance et ta joie de vivre me portent tous les jours. La P2, ses fêtes et ses surprises remontent à 8 ans déjà, et aujourd'hui je t'aime plus que jamais.

Mes parents et mes frères, merci pour votre amour, votre soutien, votre confiance et votre générosité. Vous êtes ma source d'inspiration et un pilier essentiel à mon bonheur. Je vous aime de tout mon cœur.

Mes beaux-parents, merci pour votre optimisme, et votre générosité à toute épreuve.

A mes amis,

Ma loulou qu'est-ce qu'on a pu rire et on en rit encore… Ludo, mon moi au masculin ! Et tous les bonistes d'amour Pinal, Pat, Chaton, Olivia. Si on avait su que le surfactant, la jpanthère, la dame blanche nous mèneraient jusque là… déjà 10 ans d'amitié, des bébés et des mariages ! Ne changeaient rien.

Mon fixou, c'est comme si on s'étaient toujours connus, nos soirées vin- fromage à refaire le monde, les voyages, les fêtes…merci d'avoir toujours était là. Et les Tuches, de 6 à 8 nous sommes maintenant 18 et pas quiiinnzzee à sillonner la France pour faire la fête. Bientôt le dortoir de marmailles. Pourvu que ça dure, vous êtes géniaux.

Natacha, merci pour tout, tu es une amie extraordinaire, je t'admire et je t'aime.

Tous les autres ami(e)s présent(e)s ou non (Clara, Marine, Ellen, Sana, Axelle, Claire, Julie, Lucas, Arnaud, Grégoire…), amitiés anciennes ou découvertes récentes, merci d'être près de moi.

A mes ancien(ne)s co-internes et co-externes, merci d'avoir fait de ces études un parcours rempli de rires, de fête et de joie!

A mes maîtres de stages, pour avoir su me donner le goût de ce métier passionnant et m'avoir aidé à grandir, à me remettre en question, et à devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

Table des matières

1. INTRODUCTION 15
2. MATERIEL ET METHODE 18
   2.1. Critères d'inclusion et de non inclusion 18
   2.2. Population étudiée 18
   2.3. Recueil de données 19
   2.4. Rôle des chercheurs 21
   2.5. Analyse des données 21
   2.6. Ethique 22
3. RESULTATS 22
   3.1. Participants 22
   3.2. Analyse des MG 22
   3.3. Les Patients 32
   3.4. Analyse des profils 37
   Les MG 37
   Les patients 38
4. DISCUSSION 38
   Synthèse 38
   Forces et limites de l'étude 40
   Comparaison avec la littérature actuelle 41
   Implication pour la pratique et la recherche 43
5. CONCLUSION 46
6. BIBLIOGRAPHIE 47

ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN MG 50
ANNEXE II : GRILLE D'ENTRETIEN PATIENTS 51
ANNEXE III : FICHE INFORMATION MG 52
ANNEXE IV : FICHE INFORMATION PATIENTS 53
ANNEXE V : QUESTIONNAIRE SCORE SCORE 54
ANNEXE VI : QUESTIONNAIRE SCORE EPICES 55
ANNEXE VII : QUESTIONNAIRE SCORE STAI-YA 56
ANNEXE VIII : QUESTIONNAIRE SCORE STAI-YB 57
ANNEXE IX : CONSENTEMENT ECLAIRE DE PATIENTS 58

Liste des tableaux et figures

TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques des MG interviewés

Tableau II : Caractéristiques des patients interviewés

Tableau III : Répartition des réponses des MG sur les thèmes rattachés à la perception de l'évolution de la santé, de l'autonomisation des patients et du contrôle tensionnel

Tableau IV : Répartition des différentes réponses des MG aux thèmes rattachés à la perception de l'AMT

Tableau V : Répartition des réponses des MG sur les thèmes rattachés à l'ATT

Tableau VI : Répartition des réponses des patients sur les thèmes rattachés à la perception de l'évolution de la santé et sur le vécu de la maladie hypertensive.

Tableau VII : Répartition des réponses des patients sur les thèmes rattachés à l'ATT

Tableau VIII : Caractéristiques des MG en faveur d'une mise en place du protocole

Tableau IX : Caractéristiques des MG réticents à une mise en place du protocole

Tableau X : Caractéristiques des patients en faveur d'une mise en place du protocole

Tableau XI : Caractéristiques des patients réticents à une mise en place du protocole

Liste des abréviations

AMT : *Automesure Tensionnelle*

ATT : *Autotitration*

CNIL : *Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés*

CPP : *Comité de Protection des Personnes*

CSP : *Catégories Socio-Professionnelles*

EPICES : *Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les centres d'Examens en Santé*

ETP : *Education Thérapeutique*

HTA : *Hypertension artérielle*

MG : *Médecin généraliste*

MSU : *Maître de Stage Universitaire*

SCORE: *Systemic Coronary Risk Estimation*

1. INTRODUCTION

Dans le monde, l'hypertension artérielle (HTA) touche un adulte sur trois, soit un milliard de personnes selon les dernières données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Plus de neuf millions de morts par an semblent imputables à ses complications(1). Elle est responsable de 45 % des décès par maladies cardiaques et 51 % des décès par accidents vasculaires cérébraux (AVC). Les estimations mondiales ont montré que l'HTA était le premier facteurs de risque de morbidité cardio-vasculaire devant tous les autres facteurs.(2)

En France, l'HTA représente près de 7 % des résultats de consultation en médecine générale(3). Sur 10.8 millions de patients hypertendus traités en 2017, 43% ne sont pas contrôlés. Ce chiffre est apparu stable depuis 2007(4). En 2015, plusieurs sociétés savantes françaises (cardiologues, neurologues) s'étaient fixées un objectif de 70 % de patients hypertendus contrôlés (5). Les objectifs tensionnels aujourd'hui sont une Pression Artérielle Systolique (PAS) < 140mmHg et/ou une Pression Artérielle Diastolique (PAD) < 90 mmHg. Ces objectifs passent à PAS <150 mmHg et/ou PAD < 90 mmHg chez les patients de plus de 80 ans et PAS <140mmHg et/ou PAD <85mmHg chez les diabétiques.(6)

Pour améliorer la prise en charge de l'HTA, la Haute autorité de santé (HAS) et la société française d'hypertension artérielle (SFHTA) ont proposé l'automesure tensionnelle (AMT) et la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) comme des compléments à la mesure conventionnelle. L'utilisation de l'automesure est préconisée pour confirmer le diagnostic d'HTA (PAS > 135 mmHg, PAD > 85 mmHg) avant d'instaurer un traitement, pour éliminer un « *effet blouse blanche* » et plus rarement pour diagnostiquer une « *HTA masquée* »(7). Elle permettrait aussi de juger de l'efficacité des traitements introduits. En France, selon l'étude FLAHS de 2017, 40% seulement des hypertendus traités utilisent l'AMT(4).

L'AMT aide au contrôle de la pression artérielle à 12 mois (-3,2mmHg de PAS comparé à la non intervention) mais cela dépend de l'intensité de l'intervention(8). Cette baisse est cliniquement pertinente quand on sait que -2 à -5mmHg de PAS représente une baisse de 6 à 14% des AVC, de 4 à 9% des coronaropathies et de 3 à 7% de la mortalité toute causes (9). De nombreuses études se sont

intéressées à déterminer la cointervention la plus efficace afin d'améliorer le contrôle tensionnel. L'AMT permettrait d'améliorer l'adhésion au traitement et de changer les comportements pour un bénéfice plus global sur l'ensemble des facteurs cardio-vasculaires(10). La méta-analyse Tucker de 2017 montre que selon la cointervention, l'impact de l'AMT sur la PAS peut variée de -1.0mmHg en l'absence de cointervention jusqu'à -6.1mmHg en cas de cointervention forte. Ainsi, nous avons choisi dans notre étude de s'intéresser à l'auto-titration (ATT) des médicaments anti-hypertenseurs associée à l'AMT, prise en charge appartenant au plus haut niveau d'intervention, et jugé comme le plus efficace(8). Une étude menée par McManus en 2010 qui associe télé monitoring et ATT montre une baisse significative de la PAS de -5,4mmHg à 12 mois(11). Cette intervention apparait également significative chez les patients à haut risque cardio-vasculaire (12), avec un rapport coût-efficacité intéressant (13). Comprendre comment l'AMT associée ou non à une cointervention améliore le contrôle tensionnel est important dans l'objectif de développer des futures interventions efficaces et adaptées aux besoins des patients, applicable sur le long terme et dans la vie pratique quotidienne des soignants.

Cette méthode d'ATT se développe de plus en plus dans la prise en charge des maladies chroniques (14)-(15). Source d'autonomisation du patient, elle s'inscrit dans une démarche de soin appelée le self-care ou auto-soin. Le self-care se définit comme un processus de décision du patient lui permettant de maintenir un état physiologique et d'adopter une réponse adaptée aux symptômes pouvant survenir dans sa vie quotidienne. Il suppose un comportement responsable permettant la prise de traitement, l'auto-contrôle, la reconnaissance de symptômes, le suivi régulier adéquat et la consultation médicale quand nécessaire. (16)

A la suite de son étude portant sur l'autotitration, McManus a réalisé une étude qualitative des patients et des MG afin d'évaluer leur perception de l'intervention. Du côté des MG ceux-ci ont été surpris du profil des patients capables de s'auto-titrer. La plus grosse difficulté étant le temps consacrer à éduquer les patients à s'auto titrer, et le plus complexe finalement la gestion des automesures dans la pratique quotidienne.(17) Du côté des patients, l'expérience d'ATT leur a permis de développer leur

savoir concernant l'HTA et de comprendre la pertinence de l'AMT comparée à la prise de tension en cabinet. Si certains patients ont apprécié être plus investis dans leur prise en charge, certains ont préféré revenir aux prescriptions médicales. Les réticence au changement thérapeutique concernaient notamment les patients aux mesures à la limite haute.(18)

Les méta-analyses portant sur AMT et cointervention éducative aujourd'hui sont confrontées à une hétérogénéité significative des interventions. Nous souhaiterions mettre en place en France un essai porté sur l'AMT et l'ATT afin d'évaluer la transférabilité des résultats anglais de McManus sur notre territoire. Une étude française a montré la faisabilité de cette intervention sur 8 semaines avec une bonne acceptabilité par les patients (80% de satisfaction) et les MG (52%)(19). Ainsi nous avons mené une étude qualitative dans l'objectif de réaliser l'étude exploratoire d'un projet de plus grande ampleur. En effet, nous souhaitons conduire un essai clinique randomisé multicentrique inter-régionale avec les départements de médecine générale (DMG) de Grenoble, Lyon et Saint-Etienne afin d'évaluer l'impact de l'AMT associée à l'ATT dans la prise en charge de l'HTA en France, à l'image des études anglo-saxonnes actuelles. Cependant, devant le caractère novateur de cette intervention, une étude de terrain préalable nous a paru intéressante dans l'objectif de recueillir les besoins actuels de notre population hypertendue ainsi que les craintes éventuelles à mettre en place une telle prise en charge, que ce soit du point de vue des généralistes mais aussi des patients. Nous souhaitons recueillir également les bénéfices qui en seraient attendus et les éléments motivateurs dans ce type de démarche. Nous avons abordé la question par une méthode ethnographique afin de comprendre les représentations des patients et des MG selon leur propre expérience mais aussi leurs caractéristiques socio-démographiques.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les freins et les leviers des patients et des MG à associer AMT et ATT médicamenteuse dans la prise en charge de l'HTA en France. L'objectif secondaire est d'analyser les différents de points de vue des patients et des MG en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques pour évaluer l'influence de certaines données. Cette

évaluation répond à l'hypothèse qu'il existerait un certain profil de patients répondeur à ce type d'intervention d'autonomisation.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Critères d'inclusion et de non inclusion

2.1.1.Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions étaient que les MG soient installés, exerçant dans le Puy de Dôme. Pour les patients, les critères d'inclusion étaient que les patients soient majeurs, traités pour HTA depuis au moins un an, ayant déjà pratiqué l'AMT et ayant été en dehors des objectifs tensionnels adaptés à l'âge à la dernière prise de tension en cabinet (PAS>140mmHg et/ou PAS > 90 mmHg (sauf diabétique PAD>85mmHg)).

2.1.2.Critères de non inclusion

Pour les MG, les critères de non inclusion étaient les MG ayant participé à la rédaction du protocole de l'étude. Pour les patients, les critères de non inclusion étaient les patients ayant une HTA résistante (définie par une pression artérielle non contrôlée en consultation et confirmée par des mesures en dehors du cabinet médical, malgré une stratégie thérapeutique comprenant des règles hygiéno-diététiques adaptées et une trithérapie antihypertensive (diurétique thiazidique, ARA2 ou IEC et inhibiteur calcique), depuis au moins 4 semaines, à dose optimale)(20), les patients ayant des difficultés avec la langue française, jugés atteints de troubles cognitifs par le MG, les femmes enceintes, les patients vivant en institution, ne préparant pas eux même leur traitement et les patients atteints par une maladie avec pronostic vital engagé à court terme.

2.2. Population étudiée

Que ce soit pour les MG ou pour les patients, nous avons fait le choix d'un échantillonnage intentionnel, c'est-à-dire fondé sur le jugement personnel du chercheur principal selon les caractéristiques des intervenants, afin d'obtenir au fur et à mesure des inclusions une diversification des données et de recueillir des représentations relativement différentes concernant la question de

recherche. Nous avons choisi d'interroger à la fois des MG et des patients pour une triangulation des données et obtenir plusieurs sources d'informations.

2.2.1.Les médecins

Après s'assurer que chacun répond aux critères d'inclusion, les MG ont été recrutés d'une part pour les Maîtres de Stage Universitaires (MSU) par courriel en utilisant la mailing liste des différents MG du DMG de Clermont-Ferrand, d'autres parts pour les MG non MSU par le bouche-à-oreille. Nous avons réalisé un échantillonnage de sorte à obtenir des caractéristiques variées concernant l'âge, le sexe, le mode d'exercice, les fonctions universitaires et la formation en ETP.

2.2.2.Les patients

Les patients ont été recrutés pas des MG informés de l'étude et de ses critères d'inclusion via un email envoyé à partir de la mailing liste des MG MSU du DMG de Clermont-Ferrand. Deux patients ont été recrutés par le bouche-à-oreille notamment auprès de paramédicaux et 2 patients ont été recrutés par le biais d'une association d'ETP. Nous avons réalisé un échantillonnage de sorte à obtenir des caractéristiques variées concernant l'âge, le sexe, le lieu de vie, le risque cardio-vasculaire, la CSP et le degré de précarité. Les CSP ont été définie selon la classification INSEE de 2003. La désignation en aire urbaine et rurale a été faite selon les critères de l'INSEE.

2.3. Recueil de données

Dans l'objectif d'une étude de qualité, l'étude a été conçue selon les critères de validité d'une étude qualitative et rédigée selon la grille Côté-Turgeon(21).

La grille d'entretien pour les entretiens de MG a été développée par l'équipe de recherche après plusieurs échanges afin d'aborder chez les MG les différents points de vue concernant le contrôle tensionnel de leurs patients, leur prise en charge actuelle de l'HTA, la perception de l'AMT et de l'autonomisation en santé puis après présentation du protocole d'ATT qui pourrait être envisagé, leur perception de l'ATT (Annexe I). Une deuxième grille d'entretien différente de la première a été créée

toujours par l'équipe de recherche afin d'aborder avec les patients la prise en charge actuelle de leur HTA et leur ressenti par rapport au vécu actuel de la maladie, leurs perceptions de la santé aujourd'hui et les besoins des patients pour une amélioration de leur prise en charge, puis après présentation du protocole d'ATT envisagé, la perception de l'ATT dans la prise en charge de l'HTA et leur expérience personnelle en termes d'ATT (Annexe II).

Les entretiens, construits sur un fonctionnement semi-dirigés, se déroulaient pour les MG à leurs cabinets sauf pour un MG qui a souhaité être rencontré à son domicile. Dans un soucis de respect du code éthique, l'ensemble des entretiens des patients se sont déroulés à leur domicile et de façon individuelle, la présence de membres familiaux était acceptée et sont toutes mentionnées dans les retranscriptions.

L'intégralité des entretiens étaient enregistrés et retranscrits ensuite informatiquement par le chercheur principal.

Afin d'affiner l'échantillonnage au fur et à mesure des entretiens et dans l'intérêt de notre objectif secondaire, une fiche d'information concernant les caractéristiques des différents interviewés était remplies. Celle-ci concernée pour les MG leur âge, sexe, nombre d'années d'installation, le mode d'exercice et le lieu d'exercice, les fonctions universitaires et la formation en ETP en précisant à quel niveau (Annexe III). Pour les patients il leur été demandé de mentionner l'âge, le sexe, le médecin traitant, le lieu de vie, les comorbidités, les antécédents cardio-vasculaires personnels et familiaux, les derniers taux de cholestérol, la tension artérielle à l'inclusion, le nombre de traitements anti-hypertenseurs et la participation antérieure à un programme d'ETP (Annexe IV).

Pour les patients trois questionnaires été demandés afin de répondre aux analyses secondaires de l'étude à savoir le risque SCORE (Systemic Coronary Risk Estimation) permettant d'établir le pourcentage de risque cardio-vasculaire (Annexe V), le questionnaire EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les centres d'Examens en Santé) pour l'évaluation de la précarité (Annexe VI) et le questionnaire d'évaluation de l'anxiété STAI-YA (Annexe VII) pour les 10 premiers

patients et STAI-YA (évaluation de l'anxiété état) et YB (évaluation de l'anxiété trait) pour les 4 derniers patients (Annexe VIII). Ce rajout de questionnaire STAI-YB d'anxiété a été effectué sur les dernières inclusions afin de déterminer si l'utilisation de l'un ou l'autre des tests entrainait une différence sur l'identification de la nature anxieuse du patient.

Nous sommes arrivés à saturation des données dans les deux groupes concernant la question de recherche, c'est -à -dire que nous n'aurions pas obtenu plus d'informations pertinentes concernant notre objectif si nous avions inclus plus de participants.

2.4. Rôle des chercheurs

L'équipe de recherche du CHU de Clermont-Ferrand a rédigé le protocole et a mis au point les grilles d'entretien. Le chercheur principal de l'étude a mené ensuite l'ensemble des entretiens et les a retranscrits. Deux chercheurs ont ensuite analysé les résultats pour une triangulation des méthodes.

Le chercheur principal est inconnu des patients interviewés avec qui il n'a eu qu'un contact téléphonique pour déterminer le rendez-vous. C'est donc sans a priori et dans un terrain inconnu pour le chercheur que les entretiens se sont déroulés. Un protocole de recherche interventionnelle étant en perspective, un long temps de l'entretien était dédié à l'explication du principe d'ATT, tout à fait novateur notamment pour les patients afin que l'intervention soit bien comprise pour être jugée. La difficulté du chercheur a été la prise de recul vis-à-vis de ce protocole afin de recueillir un point de vue le plus neutre possible, la grille d'entretien a donc été créée dans ce sens.

De plus, pour influencer le moins possible l'analyse, cette dernière a été faite par triangulation des méthodes selon une approche thématique.

2.5. Analyse des données

L'intégralité des enregistrements audios ont été retranscrits par le chercheur principal en associant pour chaque entretien le contexte de l'interview. Ces transcriptions ont été relues à plusieurs reprises afin de dégager un avis et un ressenti général de l'entretien. Ce matériel a ensuite été analysé indépendamment par deux chercheurs dont le chercheur principal. La relecture s'est faite selon une

analyse thématique, permettant de ressortir l'ensemble des thèmes généraux des différents entretiens. Après croisement des analyses des deux chercheurs, les grandes catégories de réponses aux questions principales sont ressorties selon des thèmes majeurs et des thèmes mineurs permettant une catégorisation et une classification. Dans un second temps, une analyse des données patients et MG a été réalisées pour répondre à l'objectif secondaire et explorer l'influence éventuelle des caractéristiques des interviewés sur leurs différents points de vue.

2.6. Ethique

Tous les patients ont daté et signé un consentement éclairé après informations concernant le déroulé de l'étude (Annexe IX). L'anonymat a été garanti par l'association pour chaque participant à une lettre et un numéro d'identification « M » pour les médecins et « P » pour les patients. Le protocole a été soumis au Comité de Protection des Personnes (CPP) local Sud-Est VI pour une reconnaissance en recherche n'impliquant par la personne humaine au sens de l'Article L.1121-1 et des Articles R.1121-1 et R.1121-2. Notre étude a ainsi obtenu un accord éthique réglementaire N° référence : 2018 / CE 05. Après reconnaissance, un accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a donc été demandé et reste toujours en attente aujourd'hui.

3. RESULTATS

3.1. Participants

La saturation des données a été obtenue après 7 entretiens de MG et de 10 patients. 2 entretiens complémentaires de MG et 4 entretiens complémentaires de patients ont été réalisés pour confirmer les données. Les 23 entretiens ont été menés par le chercheur principal. Ils ont été menés sur 3 mois d'avril à juin 2018. Les caractéristiques des participants sont données tableaux I et II.

3.2. Analyse des MG

Selon l'analyse thématique, les thèmes majeurs ont été organisés en cinq grandes catégories : l'évolution de la santé et de la prise en charge de l'HTA aujourd'hui, la perception de l'AMT, la

divergence des MG sur la perception de l'ATT, l'autonomisation du patient en santé, le ressenti sur l'ETP et les perspectives d'avenir.

3.2.1.Evolution de la santé et la prise en charge de l'HTA aujourd'hui

De nombreux MG se sont accordés à dire que le médecin était descendu de son piédestal et que les relations médecin- patient avaient changé. Selon eux, la plus importante évolution dans notre système est l'apparition d'un système d'information très complet mais parfois erroné à la portée des patients, avec lequel les soignants devaient s'accorder. (Tableau III)

« Les moyens d'information et de communication ont complètement évolué. Faut que nous aussi on puisse faire évoluer nos moyens de communication parce que sinon on est pas du tout adaptés à la… à la demande en soin parce que c'est une vraie demande. Euh… les patients ont des tonnes de ressources documentaires euh… donc ils arrivent quand même avec une certaine connaissance qui est parfois erronées mais ils arrivent quand même avec une certaine connaissance et donc avec des attentes par rapport à ces connaissances-là. » (M9)

Si certains ressentent ce changement comme une insulte, une destitution de la place du généraliste à qui on a supprimé peu à peu les moyens d'agir, nombreux sont ceux qui voyaient cette évolution comme positive.

« Ce dont on parle c'est une mutation de notre métier et c'est quelque chose de très intéressant et de très passionnant. […] et qui devrait amener à… une médecine de meilleure qualité on est d'accord » (M1)

« Ils comprennent notre nouvelle façon de pratiquer la médecine entre guillemets et euh… à force que on essaye tout le temps de les inclure dans nos soins, ils évoluent eux aussi » (M8)

Pour les MG, l'HTA faisait partie des maladies chroniques qui avaient une forte représentation pour les patients en termes d'importance, de gravité. Souvent le geste de prise de tension au cabinet était vu comme un acte indispensable, central dans la consultation médicale.

« La prise de tension fait partie de la représentation euh… médicale de base. Les gens viennent euh… souvent enfin assez souvent les gens se lèvent une fois que j'ai pris la tension, les gens se lèvent avant que j'aie eu le temps de… le temps de terminer l'examen ! Pour eux la tension c'est l'essentiel, l'acte magique par excellence ! » (M6)

Le fait d'avoir un mauvais contrôle tensionnel pour 50% des hypertendus traités aujourd'hui était en partie expliqué à l'unanimité pour les MG par l'inobservance. (Tableau III)

« Parce que quand même ceux qui sont observants en montant les doses, en cherchant le bon traitement, en leur disant de faire attention, de marcher etc. on …on arrive quand même aux objectifs. Moi je trouve que ceux pour lesquels on n'arrive pas aux objectifs c'est ceux qui… qui ne prennent pas leur traitement. » (M8)

Les autres causes principalement évoquées étaient le caractère silencieux de la pathologie qui rendait difficile la prise de conscience de la pathologie et aussi l'inertie thérapeutique médicale, définie comme l'absence de modification thérapeutique dans le cas d'un déséquilibre tensionnel.

« *Parce que moi je vous avoue y a toujours ce problème de « moi j'ai attendu dans la salle d'attente pendant une heure », « je viens pour renouveler mon traitement mais il m'est arrivé un gros problème au travail, je suis très angoissé etc.», donc la fiabilité en fait de la… de la tension au cabinet moi ça me pose un vrai soucis parce que c'est vrai que je dis des fois… je contrôle deux fois de suite une tension qui est à 15 mais chez des gens qui ont un stress ou un autre contexte et que je laisse couler et je me dis « oui bon c'est excusable ». Donc je pense que y a probablement le médecin aussi.* » (M4)

3.2.2.Perception de l'AMT

Pour la majorité des MG, l'AMT permettait la prise de conscience de la maladie par le patient, apportait une fiabilité dans les mesures tensionnelles, entrainait une implication secondaire du patient dans sa prise en charge et enfin permettait un temps éducatif. (Tableau IV)

« J'ai vraiment l'impression que ça les… enfin ça leur fait prendre conscience que c'est quelque chose qui est important et que notamment l'équilibre de la tension c'est important et c'est pour ça que je les convoque, et c'est pour ça qu'on se voit » (M7 , F, 44 ans)

« C'est tout une éducation du patient. Mise en route par connaissance d'une maladie, on a affaire à des gens qui sont souvent jeunes, qui…qui se sentent en pleine forme et on les met dans la case malade quoi. Donc euh…ça fait partie de l'éducation. L'automesure fait partie de l'éducation thérapeutique. Et…moi c'est le premier doigt dans l'engrenage. » (M2, H, 63 ans).

Un MG a évoqué également le rendu de liberté au patient de dire ou de ne pas dire ses résultats.

Les limites perçues de l'AMT étaient principalement l'absence de remboursement de l'appareil et sa complexité d'utilisation notamment à positionner le brassard et à reporter les chiffres. Etaient évoquées également les mauvaises conditions de prise qui ne peuvent être vérifiées par le soignant et la mauvaise qualité des appareils sur le marché, en particulier les appareils de poignets beaucoup plus répandus du fait de leur coût et de leur praticité.

« Ah oui ils vont pas aller mettre 80 euros dans un tensiomètre qui fonctionne. Alors si, y en a pas mal qui vont chercher des… des espèces de tensiomètres qu'ils mettent au poignet mais ça, vous pouvez être sûr que ça sert strictement à rien. Parce qu'un coup ils le font comme ça, un coup ils le font comme ça, un coup ils le font en marchant, un coup ils le font dans la cuisine (rire), donc de toute façon ça ne sert à rien » (M5, H,53 ans)

Le possible report de faux chiffres sur les relevés et le risque d'altération de l'alliance thérapeutique en cas d'échec ont également été évoqués par des participants. Certains MG ont parlé d'un manque d'envie de quelques patients à réaliser ces mesures, un médecin a expliqué en effet que la santé, principalement dans le chronique, n'était pas une priorité dans la vie quotidienne de certains patients notamment les agriculteurs qui consultaient le plus souvent dans l'urgence.

« Les gens du terroir qui de toute façon sont demandeurs de pas grand-chose mis à part quand ils sont vraiment… dans l'urgence et pas bien. » (M5)

Pour eux, l'AMT ne serait pas adaptée à certains profils de patients notamment les anxieux, les personnes âgées pour qui les objectifs sont plus souples et la complexité de l'appareil empêche la bonne utilisation, et les patients atteints de troubles cognitifs.

« […] les patients très anxieux. Donc en fait ils ont peur de pratiquer ce geste et on a beau les rassurer, on n'arrive pas, ils ont trop peur des résultats, ils ont peur de lire les chiffres, ils ont peur de…bon ben là, y en a pas beaucoup hein. » (M8)

Un seul MG a fait part du manque de validité notamment comparé à la MAPA car elle méconnaissait notamment les éventuelles hypertensions nocturnes.

L'AMT était majoritairement prescrite en cas de déséquilibre tensionnel au cabinet et en cas de suspicion diagnostique ou de nécessité d'introduction de traitement. Un seul MG ne la préconisait qu'en cas de symptômes inhabituels et un seul ne l'utilisait jamais.

3.2.3.L'autonomisation en santé

Certaines limites évoquées à l'ATT étaient en lien avec l'autonomisation du patient dans sa prise en charge en général. La majorité percevaient cette autonomisation comme une volonté des politiques mais pas comme un réel besoin ou une demande des patients en tout cas pas de façon généralisée, certains patients ayant besoin d'être encadrés, rassurés, dans une relation plus paternaliste avec leur MG. (Tableau III)

« *Mais… vous avez des patients qui vous disent des fois « ah mais ça c'est vous le docteur hein » (rire) ça c'est eux qui…bon voilà hein. […] Y a quand même une frange de la population aussi pas forcément âgée mais souvent, mais qui nous dit, me disent, quand on leur pose la question « est-ce que vous êtes prêts à faire ce traitement ou pas ? », « c'est vous le docteur, vous décidez »* » (M2) .

« Ils ont besoin d'avoir des directives, parce que si c'est pas directif ils y arrivent pas. Donc voilà. Y a des gens qui ne supportent pas d'avoir la responsabilité de leur propre traitement. Parce que ça leur fait trop, une charge trop importante donc ils ont besoin du médecin je pense pour avoir une conduite à tenir. » (M4)

Les patients ne voulaient pas d'une médecine invasive.

« Moi mes patients n'aiment pas qu'on interfère dans leur vie. […] Par ici les gens ne sont… n'ont pas envie qu'on fasse les choses à leur place mais ils ne veulent pas non plus qu'on les aide à leur faire eux-mêmes. […] Vous savez… franchement… plus on est entreprenant vis-à-vis d'eux, plus ils se braquent. » (M5)

Un des MG pensait que c'était même cette autonomisation que les patients fuyaient en se tournant vers les médecines parallèles qui relevaient plus selon lui de la croyance que d'une recherche d'autonomisation.

« Je pense qu'on se trompe aujourd'hui en voulant autonomiser tous nos patients. Je le pense d'autant plus que je vois de plus en plus les patients se faire magnétiser, qui vont faire du Ryki qui vont faire des… qui se tournent vers les médecines orientales. […] je crains que la médecine aujourd'hui est oubliée une partie de ce qui faisait son… son aura à une certaine époque le côté un peu magique de notre profession. » (M1)

Deux des MG interrogés percevaient l'autonomisation en santé comme une mise à l'écart de l'activité des MG, une destitution de leur rôle.

« Les patients sont quand même pas des médecins je veux dire, et alors moi je… je passe mon temps à dire que je ne suis pas supérieur aux autres, je suis incapable de faire ce que font les… les patients. Ils ont leur métier, je suis incapable de faire leur métier, mais de plus en plus on leur demande de faire le mien… (silence) ou alors nos 10 ans d'étude n'ont aucune signification. » (M3)

« alors après maintenant euh… comme euh… on est dans une démarche de paupérisation et de destruction de la médecine générale euh… oui bien sûr, encore une bonne idée ! » (M6)

En revanche pour la majorité des MG l'autonomisation supposait un temps éducatif, allant de la simple délivrance d'information à la consultation dédiée qui ne pouvait être que bénéfique pour le patient et sa santé globale.

« C'est important de les renforcer dans leur… dans leur façon d'être acteur. Dire « ben oui, c'est intelligent d'aller regarder les trucs sur internet, d'aller se documenter, d'aller mieux connaître sa pathologie.» par contre moi mon rôle ça va être de pouvoir les guider. » (M9)

Plusieurs d'entre eux ont vu en cette démarche une façon de libérer du temps médical, de quitter une relation paternaliste désuet et de mieux prendre en charge les situations aigues.

« parce que c'est par l'éducation des patients qu'on va arriver à les traiter vraiment et que… et qu'en plus, le fait d'être investis dans le soin, ça nous gagne à nous du temps médical mais aussi ça… c'est beaucoup plus efficace euh…. Le patient il va vraiment se traiter s'il comprend pourquoi il doit se traiter. » (M8)

Par le gain de temps médical et par l'impact secondaire sur le nombre de consultations, deux des MG ont rapporté aussi, la possibilité de palier en partie à la désertification médicale.

Certains médecins ont fait part de leur expérience d'autonomisation via ATT dans la gestion des anticoagulants oraux majoritairement mais aussi pour les antalgiques dans les dosages des libérations lentes et des libérations rapides notamment et puis également chez les diabétiques.

3.2.4.Divergence des MG sur la méthode d'ATT

Les points de vue concernant l'ATT étaient très partagés (Tableau V). Si majoritairement les MG étaient en faveur d'une mise en application de l'ATT dans l'HTA, plusieurs craintes ont tout de même étaient évoquées.

La majorité des MG ont évoqué le manque de temps pour la mise en place de cette intervention.

« Ça demande du temps, de l'investissement dans la consultation, parce que là c'est des consultations pour … pour mettre en place un truc comme ça qui dure facilement une demi-heure… et que nous avons un quart d'heure maximum pour tout faire. » (M1)

Selon plusieurs d'entre eux, les français seraient peu disciplinés et ainsi moins réceptifs à ce type de protocole notamment en comparaison avec nos voisins anglo-saxons.

« Moi je me heurte à la mentalité française. On a une mentalité d'assistés complets. Alors peut-être pas les anglo-saxons, on est en France extraordinairement assistés dans tout ce qu'on fait et ça impliquerait un changement radical de point de vue » (M3)

Le risque d'effets indésirables lié à l'ATT médicamenteuse et la contrainte de la pratique régulière de l'AMT, étaient deux autres arguments qui freinaient les MG à mettre en place l'ATT.

« De finalement médicaliser un problème qui est déjà pénible parce qu'il faut prendre un cachet tous les matins donc là c'est un peu se focaliser sur la tension, on part en vacances, il faut avoir le tensiomètre, enfin moi je trouve ça compliqué. » (M4)

« ben les craintes c'est que les patients se trompent. On a les mêmes avec l'insuline » (M8)

Un des MG a parlé du problème de focalisation thérapeutique sur la tension qui entrainerait une mise à l'écart de la prise en charge des autres facteurs de variabilité tensionnelle.

Les MG ont dressé un profil de patients plutôt jeunes. Ce critère se rapportait à la fois à l'attachement des patients plus âgés à leur relation verticale, paternaliste avec leur MG mais aussi aux réflexes et aux capacités plus limités à se prendre en charge à partir d'un certain âge.

« c'est effectivement réservé à un certain profil, des gens actifs, éduqués, qui ont l'habitude de se prendre en charge ». (M6)

« il faut quand même à mon avis un… un niveau éducatif relativement élevé parce que… ouais parce que c'est… ben par exemple sur les titrations antalgiques je me rends compte, y en a qu'ont rien compris quoi » (M9)

Les patients socialement favorisés seraient plus à même d'adhérer à ce protocole, les MG ont fait notamment référence à l'illettrisme et à une situation de grande précarité qui rendraient compliquée son application. Enfin et surtout, les MG voyaient la nécessité de faire appel à des patients aux capacités intellectuelles suffisantes pour mettre en place le protocole. Un médecin fait part de la nécessité d'avoir au préalable une bonne alliance thérapeutique avec le patient.

« les patients quand même qui sont en grande précarité , illettrés par exemple, ou avec un niveau scolaire très très bas euh… pour qui on a du mal déjà à faire reformuler en fin de consultation, ce qui s'est dit juste sur le moment, si on donne une feuille avec des consignes c'est pas la peine. » (M7)

De façon spécifique pour le suivi de l'HTA, l'ATT permettrait selon les MG une meilleure compréhension de la maladie notamment en rendant les patients acteurs de leur santé. Plusieurs MG ont vu également le bénéfice de cette autonomisation dans les situations aigües comme les poussées tensionnelles ou les infections exposant à un risque d'hypotension. Dans ces situations les patients pourraient adapter les posologies dans l'attente d'une consultation médicale. Certains d'entre eux ont également évoqué le bénéfice sur l'observance, sur la meilleure adaptation à la variabilité tensionnelle et la baisse du coût en santé lié aux complications cardio-vasculaires. Les MG ont soulevé la bonne réponse de l'ATT au caractère dynamique de la tension qui serait à la fois variable mais aussi évolutive dans le temps.

« ils comprennent ce qui nous inquiète, ils sont actifs dans leur prise en charge […] on va avoir des personnes qui vont avoir bien compris le principe du coup l'observance ne peut être que meilleure. » (M7)

« parce que ça correspond à la réalité de l'hypertension. L'hypertension est une pathologie extrêmement variable." (M6)

3.2.5.Education thérapeutique et aide à l'éducation des patients

La majorité des MG a vu dans l'ETP un moyen incontournable de prendre en charge les maladies chroniques notamment par le biais de supports éducatifs paramédicaux.

« je suis pour que par exemple on… on se fasse aider par les infirmières […] Que l'idée pour la sécuriser passe par des gens qui sont plus proches des patients que nous » (M1)

Selon les MG ces systèmes de soin permettaient une prise en charge globale des facteurs de risques cardio-vasculaires mais aussi la possibilité d'avoir un temps dédié consacré à l'éducation des patients et de pouvoir réaxer les informations trouvées par les patients dans les médias. L'aspect démédicalisé des programmes est vu comme l'atout de ces supports éducatifs. La relation aurait un impact bénéfique pour la santé des patients du fait notamment d'une relation de proximité avec les paramédicaux, avec une perception différente des discours donnés, libérant d'avantage la parole du patient.

« voilà les patients se motivaient les uns les autres et alors c'était destiné aux diabétiques aux hypertendus enfin tous les problèmes métaboliques on va dire et l'adhésion était assez importante et voilà, je pense que c'est … c'est vraiment des programmes un peu autres et un peu démédicalisés qui je pense peuvent être un appui euh… purement au traitement non médicamenteux » (M9)

« Quand ils font des réunions de groupe entre patients où la parole des patients circulent entre eux, etc. ils sont là encore différents, on les voit encore différemment donc euh… tout ça doit être pris en compte par notre trappe pour…pour bien y prendre en charge ces maladies chroniques » (M1)

Enfin les MG ont perçu ces systèmes comme des mouvements permettant la dynamisation globale des cabinets.

Deux limites ont été évoquées notamment la nécessité de financement de ces programmes. Pour certains MG, les actions de prévention n'auraient un impact sur les patients que si elles étaient entièrement financées. L'autre limite était l'importance d'une prise en charge individuelle possible.

Les programmes d'ETP collectifs seraient selon un MG, peu orientés vers les patients jeunes actifs du fait des horaires.

3.3. Les Patients

Selon l'analyse thématique, les thèmes majeurs ont été organisés en trois grandes catégories : le vécu actuel de l'HTA, la perception de l'ATT, la perception de la santé actuelle et besoins exprimés.

3.3.1.Vécu actuel de la maladie

L'annonce diagnostique de l'HTA n'a pas été source d'inquiétude ou de surprise de façon générale. Les patients n'étaient majoritairement pas inquiets par l'HTA mais nombreux étaient ceux qui parlaient d'une pathologie importante à prendre en charge, et qui souhaitaient améliorer leur état de santé de façon générale. Malgré le traitement plusieurs d'entre eux ressentaient encore des symptômes tels que des céphalées, de l'asthénie, des palpitations, des acouphènes, en cas de poussées tensionnelles.

Le plus difficile à accepter dans l'HTA restait la prise de médicaments pour la plupart des patients. Cette contrainte pouvait être liée aux effets secondaires, au nombre, mais aussi à la représentation psychologique qu'ils s'en faisaient. Nombreux sont ceux qui percevaient cette prise comme nocive, chimique apparentée à une drogue, d'autant plus que plusieurs d'entre eux avaient expérimenté des effets secondaires (Tableau VI).

« Je suis pas fan des médicaments. Là enfin je veux dire c'est pas un calvaire de prendre un caché tous les jours mais… c'est une contrainte […] c'est pas normal de prendre un caché […] pour moi c'est de la drogue enfin ça amène des mauvaises choses. » (P13)

« Je suis anti c'est vrai que c'est une corvée pour moi […] d'avaler un médicament » (P5)

Pour certains cela ramenait à la notion de l'âge, de la vieillesse et à des expériences de vie douloureuses, les patients citant volontiers les expériences familiales.

« Genre ma petite maman qui prenait plein de choses comme ça et… dépressive. […] des fois on a l'impression qu'elle n'est plus elle […] je me dis sans médicaments elle ne serait peut-être pas comme ça » (P13)

« je me vois comme un ancien en train de prendre un caché le matin. […] C'est le rapport que j'ai avec le cacheton quoi. Maman elle prenait des médicaments. […] Moi ça… ça me prend la tête quoi. On n'a pas été habitué à vivre comme ça, on n'a pas été…il a… on a franchi un pas entre la jeunesse… » (P12)

Onze des patients interrogés avaient leur propre appareil d'AMT. Pour les patients qui n'en avaient pas à disposition, l'appareil était prêté par le MG ou par la pharmacie.

Plusieurs patients utilisaient l'AMT de façon régulière. D'autres l'utilisaient de temps en temps, si la mesure est demandée par le MG et également certains la pratiquaient qu' en cas de symptômes inhabituels.

3.3.2.Perception de l'ATT pour le traitement de leur HTA

Beaucoup de patients voyaient dans l'ATT un moyen de baisser le nombre de consultations médicales nécessaires. Plusieurs également ont vu un intérêt dans l'amélioration de leur état de santé par l'amélioration du contrôle tensionnel, et ont évoqué une meilleure visibilité sur leur tension quotidienne. (Tableau VII)

« Ben déjà ça évite d'aller trop souvent chez le docteur… et puis ça oblige la personne à se prendre en main un peu » (P4)

« C'est vrai que je le sais moi-même toute façon, je le sens moi-même les prises de tension que je peux faire, reflètent pas exactement la vérité puisqu'effectivement ce serait pas au moment où…quand je sens que je suis hypertendus, je le sens. Je le sens mieux qu'avant. Je sens très bien même d'ailleurs. Je pense que ma tension n'est pas à 14 comme quand je peux le faire sur l'automesure sur trois jours donc euh…voilà. Dans la démarche je suis favorable oui, y a pas de soucis » (P7)

Certains parlaient également d'une meilleure stabilisation des chiffres, d'une baisse éventuelle des thérapeutiques, une meilleure implication et une réassurance sur leur santé.

« suivi plus long et plus pertinent "on est plus sur […] des périodes données pour le rendez-vous avec le médecin, on est vraiment sur un suivi linéaire de soin de sa maladie. » (P7)

« Ben la motivation c'est bien parce que bon… si y a de… de … de prendre moins de médicaments c'est pas… c'est pas plus mal » (P8)

Le facteur majeur qui inciterait les patients, serait une demande directe de leur MG à participer au protocole en qui ils ont toute confiance, le laissant seul juge de l'intérêt pour leur santé de mettre en place ou non cette intervention.

« Tant qu'il me dit rien moi… […] moi j'aime bien que quelqu'un me dise « tu fais çi, tu fais ça ». » (P3)

« si vous marquez sur l'ordonnance qu'il faut faire ça ben je sais pas moi, je vais faire confiance à… au toubib ! » (P12

D'autres facteurs étaient également motivants comme l'assurance d'un contrôle médical régulier, la participation à une étude de recherche novatrice, et la possibilité de prévenir le risque cardio-vasculaire notamment l'AVC. Certains patients ont évoqué aussi l'envie de pouvoir lutter et identifier des symptômes en aigü comme les céphalées et l'asthénie.

« Y a des matins où je… j'ai la tête bizarre quoi hein. Quand je … ça m'arrive parfois hein. Donc y a bien quelque chose qui est pas… c'est pour ça, je me demande si le dosage est bien suffisant. » (P5)

La compagne d'un patient a également évoqué la possibilité de lutter contre l'inertie thérapeutique par ce moyen, permettant une prise en charge plus rapide.

« Oui parce que bon aller chez le médecin de temps en temps il vous prend la tension, et la tension qu'il vous prend elle sera peut être bonne au moment donné mais euh… le lendemain elle y sera plus quoi donc ça peut occasionner des retards dans le… la prise du … traitement » (femme de P14)

Les différents freins et craintes évoqués par les patients à pratiquer l'ATT étaient leur méconnaissance médicale. Pour quelques patients, c'était le MG qui décidait ce qui était bon pour leur santé et ils lui déléguaient la responsabilité de gérer le traitement. D'autres rapportaient le risque lié à la prise médicamenteuse, c'est-à-dire la possibilité de se tromper dans la prise ou d'avoir des effets indésirables. Cette crainte était souvent en lien avec une expérience personnelle antérieure.

« on est pas qualifiés quand même comme le médecin », (P5)

« Y a tellement d'interférences dans tous les symptômes, tous les effets indésirables que j'ai, c'est tous les traitement qui se recoupent » (P1)

« j'ai repris une autre moitié derrière. Mais… alors que je croyais que je ne l'avais aps pris » (P11)

« C'est à l'initiative du médecin normalement » (P10)

Etaient également évoqués mais dans une moindre mesure la contrainte de pratiquer l'AMT régulièrement et les limites de l'âge en lien avec de potentiels troubles cognitifs. Le manque de temps, la gestion des ordonnances et l'interprétation des relevés semblaient difficiles à plusieurs patients. La méthode leur apparaissait parfois comme une possible source d'angoisse.

« Le tout c'est d'y penser quoi. […] parce que y a des périodes avec le travail ça court un peu » (P14),

« il faut que j'aille les amener chez le toubib voilà donc moi je ne peux pas lui balancer sur son ordi » (P12),

En dehors de l'HTA, de nombreux patients ont fait de l'ATT majoritairement dans le cas de syndromes douloureux. L'automédication leur était moins difficile dans ce cas du fait de la nécessité avant tout de se soulager, le critère urgent de se prendre en charge. L'autre raison était aussi le fait que les médicaments anti-douloureux étaient mieux connus des patients que des traitements comme les anti-hypertenseurs, et la crainte d'effets indésirables était alors plus faible.

« On peut très bien effectivement sur … sur des petits problèmes le régler peut-être par nous-même hein parce que y a plein de médicaments qu'on connait maintenant pour les petites douleurs ou … quoi que ce soit. Mais les maladies plus longues ou les maladies chroniques je vois pas comment euh… enfin je me sens incapable, même par rapport à tout ce que j'ai pu lire, ou… incapable de pouvoir m'autotraiter par rapport à ce type de … de problèmes. Ça c'est clair. » (P7)

La phytothérapie et l'homéopathie étaient d'autres thérapeutiques utilisées par les patients en automédication, revendiquées notamment pour leur côté « naturel » en opposition avec la représentation chimique et donc nocive qu'ils pouvaient se faire des traitements comme les anti-hypertenseurs. L'autre raison avancée de leur utilisation était la situation de symptômes aigus, en urgence, lorsque le MG ne pouvait répondre rapidement au besoin du patient.

« C'est tombé le week-end donc j'ai rien fait par contre j'ai regardé un peu sur internet j'ai fait des petits remèdes comme ça de grand-mère […] que je pouvais faire donc j'ai un petit olivier. J'ai pris l'olivier ils disaient de mettre vingt feuilles d'olivier de les faire macérer pour faire… faire… bon je l'ai pris […] Non parce que les plantes, qu'est-ce que ça peut faire ? J'ai pas de craintes sur une plante, c'est naturel ! » (P11)

3.3.3.Perception de la santé aujourd'hui et besoins exprimés

L'évolution de la santé aujourd'hui a permis aux patients de garder une relative confiance en leur MG bien que le manque de disponibilité de ces derniers et donc le manque d'écoute étaient difficiles pour eux. Ce manque de disponibilité était en partie lié selon quelques patients à trop de sollicitations des MG pas toujours justifiées, une patiente a même parlé d'infantilisation des patients qui n'étaient pas assez encouragés à se prendre en charge et à se responsabiliser (Tableau VI).

« Moi je pense que…à la limite, les gens vont trop souvent chez le médecin. On les infantilise. Il faut qu'ils se prennent en main. Parce que je vois des gens aller aux urgences, soupir… pour un bobo d'1 cm au petit doigt ! moi ça me révolutionne ! moi ça serait presque le contraire… mais euh… voilà y a un traitement il faut le renouveler tous les 3 mois d'accord mais à la limite euh… moi je sais pas si y avait

une autre formule pour que ce soit … aller chez le médecin bon si on a vraiment autre chose, si on se sent pas bien, si y a un gros problème, mais…quand on est… avec un traitement comme j'ai si ça marche si j'ai pas autre chose moi j'irai pas, si c'est pas pour renouveler l'ordonnance ! » (P6)

Il a été constaté par plusieurs d'entre eux une sur-médication qui n'était pas forcément demandée par les patients et qui serait la résultante de pressions médiatiques et des firmes pharmaceutiques.

« Oui on est… on est submergés par les médicaments, vous voulez que je vous fasse voir ? on va dans la boîte là ? la brune (en parlant de sa femme) elle m'en ramasse elle en a mis partout des anti-inflammatoires, des dolipranes, de la pommade, du Diclofénac®… ! y en a partout ici. Ya des médicaments partout » (P12)

Majoritairement les patients ont exprimé le besoin d'être écoutés et surtout informés. Ils ressentaient le besoin de connaître plus d'éléments concernant les pathologies, les thérapeutiques et la physiopathologie.

« Ce qu'il y a c'est qu'il aurait dû m'expliquer […] il me donne ça comme ça (en parlant du méthotrexate pour sa polyarthrite rhumatoïde) […] j'ai dit « il va me faire mourir ! » » (P9)

« Parce que la tension c'est quoi ? Le cœur il pousse dans des tuyauteries […] je tombe dénue. Vous me dites des trucs que je ne connaissais pas quoi" (P12)

3.4. Analyse des profils

Les MG

Les caractéristiques des MG ayant affirmé leur volonté de participer au protocole sont données dans le tableau VIII. La majorité des MG était des femmes de jeune génération. Le mode d'exercice, la localité, la fonction universitaire et la formation en ETP étaient répartis de façon proportionnelle dans ce groupe.

Les caractéristiques des MG montrant une réticence à la mise en place du protocole sont présentées dans le tableau IX. L'ensemble des MG était des hommes, avec une durée d'exercice plus ancienne. La

localité, le mode d'exercice, la fonction universitaire et la formation ETP étaient également répartis de façon proportionnelle dans ce groupe.

Les patients

La majorité des patients s'est montrée volontaire pour le protocole. Les caractéristiques de ces patients sont rapportées dans le tableau X. La moyenne d'âge était de 66.3 ans. Le sexe était réparti de façon proportionnelle entre les patients. Les patients étaient majoritairement à haut risque cardio-vasculaire et loin de leur cible tensionnelle. La moyenne du score EPICES étaient de 12.27, 3/5 des patients de nature anxieuse étaient présents dans ce groupe. Un de ces patients a été le seul à basculer en anxiété trait quand son anxiété état était faible. Les CSP favorisées étaient majoritairement représentées chez ces patients.

Six patients au contraire ont montré une réticence à mener cette intervention. La moyenne d'âge de ces patients était de 70 ans. Le sexe était réparti de façon proportionnelle. Ces patients présentaient majoritairement un faible risque cardio vasculaire et une HTA de grade 1. La moyenne des scores EPICES dans ce groupe était de 27.45. Les caractéristiques de ces patients sont présentées dans le tableau XI.

4. DISCUSSION

Synthèse

Les patients (57%) et les MG (56%) étaient très partagés quant au souhait de une mise en application du protocole.

Les MG rapportaient le problème du contrôle tensionnel principalement au défaut d'observance. En effet, l'HTA était une maladie silencieuse et la prise de conscience de la maladie et de ses risques était de ce fait plus difficile. Les autres facteurs pointés du doigt étaient l'inertie thérapeutique et le problème de fiabilité des mesures tensionnelles. Pour y répondre, la majorité des MG s'accordaient à dire que l'AMT était une solution d'auto-contrôle permettant de répondre à ces difficultés tout en permettant un temps éducatif avec le patient et un investissement de sa part dans sa prise en charge

qui ne pouvait être que bénéfique pour sa santé et pour la relation médecin-patient. Les difficultés avec ce dispositif étaient l'absence de remboursement des appareils, la gestion des relevés d'AMT dans la vie pratique quotidienne et le temps dédié pour l'éducation à l'utilisation de l'appareil que la plupart déléguait aux infirmières d'ETP. Les MG étaient partagés sur l'intérêt de la mise en place d'une ATT. Certains, majoritairement des femmes de jeune génération, voyaient dans cette intervention une réponse à la variabilité tensionnelle et un réel bénéfice sur la santé des patients dans la mesure où le patient était investi dans sa prise en charge. Ils l'envisageaient comme une suite logique à l'AMT pouvant s'inclure dans un projet éducatif plus large. D'autres MG pointaient une trop grande complexité de mise en pratique quotidienne, nécessitant un recrutement restreint de patients à la fois jeunes, volontaires, aux capacités intellectuelles suffisantes, et maitrisant parfaitement l'AMT, ce qui limiterait rapidement l'inclusion et la généralisation de l'ATT.

Les patients avaient une représentation de l'HTA comme une pathologie importante pouvant être grave. Le plus difficile pour eux dans le vécu de la maladie était la prise médicamenteuse du fait parfois d'une quantité importante de médicaments à prendre quotidiennement mais aussi pour certains des effets secondaires et enfin de la représentation chimique, nocive qu'ils s'en faisaient, les renvoyant systématiquement à leur place de malade et de corps vieillissant. Du côté des patients, les points de vue sur l'association de l'AMT avec l'ATT sont partagés. Certains voyaient dans l'ATT le moyen de renforcer leurs connaissances dans la pathologie, de pouvoir identifier les facteurs de variabilité tensionnelle, de pouvoir adopter une attitude adaptée en cas de symptômes identifiés en lien avec la tension et de se simplifier le quotidien notamment en diminuant le nombre de consultation nécessaires. A travers l'ATT, l'objectif principal pour les patients était la possibilité de diminuer les traitements si besoin, de comprendre un peu plus la pathologie et de s'investir dans leur prise en charge. Ils se sentaient majoritairement capables de mettre en place l'ATT dans une relation de confiance avec leur MG si ce dernier le jugeait pertinent et utile pour leur santé. L'analyse secondaire a montré que ce profil de patient correspondait davantage à des patients jeunes, de CSP moyenne à favorisée, à haut risque cardio-vasculaire et aux mesures tensionnelles actuelles bien au-dessus des

objectifs. D'autres n'étaient pas demandeurs d'une autonomisation dans le sens d'une auto-gestion des médicaments. Ils affirmaient ne pas vouloir prendre une responsabilité qu'ils ne pensaient pas être en mesure d'assurer du fait d'un manque de connaissance médicale et donc d'un risque d'évènements indésirables en lien avec la prise médicamenteuse.

Forces et limites de l'étude

Il n'existe pas à notre connaissance d'étude sur la perception des patients et des médecins généralistes français à associer AMT et ATT dans la prise en charge de l'HTA. Dans un souci d'objectivité, une triangulation des données et des chercheurs a été réalisée et un échantillonnage diversifié a permis le recueil de point de vue divergents jusqu'à saturation des données. C'est une étude exploratoire en vue d'une intervention interrégionale dans l'objectif d'une amélioration du contrôle tensionnel. Cette étape nous permettra par la suite de mettre en place des actions ciblées sur les besoins des patients et des acteurs de santé sur notre territoire.

Les limites de cette étude sont l'implication du chercheur principal qui du fait de sa place dans le projet et de ses entretiens en tête à tête a pu orienter involontairement son discours en faveur du protocole. L'impact de ces éléments ont été atténué en partie par la création d'une grille d'entretien collaborative, par l'entretien de patients et de MG inconnus du chercheur et par la triangulation des chercheurs pour l'analyse des données. L'enregistrement audio et la retranscription complète des entretiens permettent de juger de la valeur de ses propos. Pour des questions éthiques nous n'avons pu mener de focus groupe, cette méthode encouragée selon le type de recherche qualitative aurait permis un enrichissement des débats et facilité les interactions(21), de plus faute de temps nous n'avons pas proposé la relecture des résultats aux participants. Il aurait été intéressant au préalable que les MG à l'inclusion des patients présentent le protocole d'ATT car un long temps durant l'entretien était dédié à son explication et selon la qualité des informations délivrées, les patients ont dû juger rapidement le protocole sans se l'approprier. Cette présentation brutale a pu renforcer le

sentiment de complexité et de crainte des patients à le mettre en place du fait d'une mauvaise compréhension de son organisation.

Comparaison avec la littérature actuelle

Plusieurs MG ont relevé la différence de la mentalité française avec nos voisins européens, pointant notamment du doigt notre manque d'éducation à la santé et à la prévention, cause possible des difficultés actuelles des patients à se prendre en charge et à prendre conscience de leur maladie. En effet, la réticence de la mentalité française à la prévention est historique. Dans son étude comparant la Suède et la France sur leur politique de santé et leur impact, Sandblom nous précise que ceci est le résultat de choix historiques vers une médecine suédoise plutôt préventive avec la ferme conviction de pouvoir changer les habitudes des gens versus la médecine curative française poussée par un certain libéralisme et une demande de soin ne pouvant parfois se limiter qu'à la guérison de symptômes.(22)

Nos résultats quant à la perception de l'ATT sont cohérents avec les résultats de l'étude qualitative TASMINH2. A la suite de son étude portant sur l'ATT, McManus a réalisé une étude qualitative des patients et des MG afin d'évaluer leur perception de l'intervention. Du côté des MG ceux-ci ont été surpris du profil des patients capables de s'auto-titrer. La plus grosse difficulté étant le temps consacré à éduquer les patients à s'auto titrer, et le plus complexe finalement la gestion des automesures dans la pratique quotidienne.(17) Du côté des patients, l'expérience d'ATT leur a permis de développer leur savoir concernant l'HTA et de comprendre la pertinence de l'AMT comparée à la prise de tension en cabinet. Si certains patients ont apprécié être plus investis dans leur prise en charge, certains ont préféré revenir aux prescriptions médicales. Les réticences au changement thérapeutique concernaient notamment les patients aux mesures borderline.(18)

La problématique de l'observance est un sujet largement étudié qui intrigue les praticiens. Et bien que la question soit majeure, il est important de s'interroger sur les facteurs qui influencent la prise médicamenteuse des patients. Plusieurs patients nous ont parlé de la symbolique du traitement, du

caractère silencieux de la maladie, du trop-plein de médicaments ou tout simplement l'oubli. Ces éléments ont d'ailleurs été décrits par Sarradon dans son étude anthropologique de 2008. En effet il décrit l'observance comme le résultat d'une intrication de facteurs sociaux ou culturels et de l'expérience que le malade se fait de son traitement, cette composante pouvant moduler dans le temps. (23) L'étude FLASH 2017 nous indique que l'observance dans l'HTA est insuffisante (1.7%) mais celle-ci semble tout de même être moindre que pour d'autres maladies chroniques comme le diabète (2.3%) et la dyslipidémie (5.9%).(4) Beaucoup d'études associant l' AMT à une cointervention ont montré que le contrôle tensionnel était le résultat de plusieurs facteurs à commencer par la lutte contre l'inertie thérapeutique. En effet, la plupart des études montrent une augmentation globale des traitement anti hypertenseurs tout au long des études, à commencer par l'étude de McManus qui montre une augmentation de 0.46 (0.34-0.58) traitements antihypertenseurs dans le groupe intervention à 12 mois. (11) L'ATT permettrait d'aller plus rapidement dans le sens d'une augmentation thérapeutique, luttant ainsi en partie contre l'inertie thérapeutique pour une posologie adaptée aux besoins du patient.

D'après notre analyse les patients les moins en faveur d'une auto-gestion de leur traitement sont des patients aux mesures tensionnelles dites « borderline », à la limite de leurs objectifs. Cette tendance est en accord avec les résultats de l'étude TASMINH2 (10) mais aussi plus récemment la méta-analyse de Brünstrom publiée dans le JAMA (10,24). Cette méta-analyse de 74 essais cliniques randomisés a évalué l'impact des traitements anti-hypertenseurs sur la survenue d'évènements cardio-vasculaires en fonction de la PAS à l'inclusion chez les patients hypertendus en prévention primaire. Au terme de l'étude, les PAS >160mmHg à l'inclusion étaient associées une diminution du risque relatif de d'évènements cardio-vasculaires majeurs (RR 0.78 ; 95% CI, 0.70-0.87), cet effet étant moins prononcé chez les patients avec une PAS d'inclusion entre 140 et 160mmHg (RR 0.88; 95% CI, 0.80-0.96), et les patients à PAS < 140mmHg (RR0.97 ; 95% CI, 0.90-1.04). Ce constat peut être le fait d'une meilleure perception du risque chez les patients à haut risque cardio-vasculaire. La tolérance du chiffre tensionnel au-dessus des objectifs peut venir également d'une méconnaissance des objectifs

tensionnels ou encore de la peur d'effets indésirables secondaires à une majoration thérapeutique. Cela montre l'importance d'être actifs auprès des patients hypertendus notamment en prévention primaire, dont le gain en termes de risque cardio-vasculaire croit proportionnellement au déséquilibre tensionnel.

De plus en en plus les études s'intéressent à la variabilité tensionnelle qui est vue à présent comme un facteur de risque cardio-vasculaire à part entière (25). A cette réponse l'AMT et l'ATT serait un bon moyen de la contrôler et de s'y adapter comme le soulignent notamment plusieurs praticiens de l'étude.

Implication pour la pratique et la recherche

L'autogestion (ou self-care) semble être le prochain pas dans la prise en charge des maladies chronique dans une dynamique de prise du pouvoir du patient (empowerment). Conscients des problématiques de contrôles tensionnel, et soucieux d'entretenir l'alliance thérapeutique développée au fur et à mesure des années de suivi avec leurs patients, les MG sont prêts à renforcer les stratégies d'autonomisation des patients, adaptées au cas par cas selon les capacités, en intensifiant les actions d'ETP. Les MG sont demandeurs d'une fiabilité de mesure et d'outils d'aides à la décision médicale. Du côté des patients, ils attendent majoritairement une diminution des thérapeutiques et un allégement du suivi médical en diminuant les prescriptions médicamenteuses si possible et en espaçant les consultations médicales. On comprend par les résultats de cette étude que si l'ATT est envisageable , une étude a d'ailleurs déjà montré la faisabilité de l'ATT dans la prise en charge de l'HTA en France(25), mais elle semble complexe, la voie de l'ETP et de la prise en charge médicale dématérialisée est ouverte.

En France en 2017, 88% des français sont connectés à internet et 73% des français âgés de plus de 12 ans possèdent un smartphone.(26) En 2015, 1 malade chronique sur 10 a un objet de santé connecté dont 13.6% d'appareils d'AMT. L'auto-tensiomètre est le troisième appareil connecté désiré par les patients dépourvus d'objet connecté.(27) Ainsi, l'auto-tensiomètre, qui permet une visualisation

directe des paramètres de l'HTA par le patient, est plébiscité par les patients hypertendus demandeurs de ces nouvelles technologies.

Depuis 2014, la politique nationale de santé finance un plan expérimental pour le développement de la télémédecine, le programme ETAPES (Expérimentation de la Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé). Cette nouvelle activité en santé comprend la téléconsultation, la télé-expertise, la téléassistance, la télésurveillance et la régulation.(28) Son objectif est de répondre en partie aux problématiques actuelles du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques, de l'inégale répartition des professionnels de santé et des contraintes budgétaires.(29) Elle permet par l'utilisation d'internet et de plateformes sécurisées de mettre en communication les professionnels de santé soit avec un patient, soit avec un autre professionnel de santé. La télésurveillance est la transmission de données cliniques médicales par le biais de plateformes directement au professionnel de santé. Elle permet d'effectuer une surveillance à distance des paramètres du patient utiles à l'intervention du praticien. Dans le cadre de l'HTA, l'AMT associée à l'ATT que ce soit par le biais de la télésurveillance ou non entraine une baisse de la PAS sans différences significatives entre les deux interventions. (30) Cela suppose que la télésurveillance est aussi efficace que l'AMT seule dans l'amélioration du contrôle tensionnel. Le bénéfice majeur est sa praticité et sa fiabilité de mesure mettant directement en communication les deux protagonistes. Cependant son dispositif reste en France encore expérimental et couteux.

Le code couleur est une technique pédagogique qui associe les valeurs chiffrées à un dégradé de couleur. Il permet de renforcer le sentiment d'auto-efficacité du patient en plaçant ses résultats dans une fourchette définie, facilitant l'interprétation et la prise de conscience. Cette technique utilisait par McManus en 2010 associant AMT, ATT médicamenteuse, télémonitonring et code couleur a montré un très bon résultat sur le contrôle tensionnel. L'étude Coco Trial de 2014 a comparé un groupe intervention de patient hypertendus utilisant un code couleur pour reporter ses chiffres d'AMT avec un report classique. Bien qu'à 12 mois il n'y est pas de différence significative entre les deux groupes

du fait probablement d'un manque de puissance, le nombre de patients à l'objectif tensionnel était significativement plus élevé dans le groupe interventionnel que dans le groupe contrôle, avec une tendance à une meilleur observance avec l'utilisation du code couleur. Ce résultat suppose que le support permet aux patients une meilleure interprétation du risque et aide à changer les comportements.(31)

Ainsi, il pourrait être intéressant de mener une étude associant l'auto-tensiomètre avec différents niveaux de cointerventions, pouvant être éducatives et connectées en associant l'utilisation de plateforme internet pour faciliter la transmission des relevés. Il serait enrichissant d'étudier par exemple l'impact d'une cointervention employant le logiciel Hy-result qui associe relevé d'AMT, code couleur et algorithme d'aide à la décision médicale, ce système validé pouvant être couplé à des tensiomètres connectés. (32)

5. CONCLUSION

Cette étude qualitative avec analyse thématique de neufs entretiens semi-dirigés de MG et de quatorze patients nous a permis d'aborder la perception des patients et des MG à associer AMT et ATT médicamenteuse dans la prise en charge de l'HTA. Les patients seraient prêts à mettre en place cette intervention dans le cadre d'une relation de confiance avec leur MG, dans un objectif d'amélioration de leur état de santé et de diminution du nombre de consultations médicales nécessaires, leur manque de connaissances dans le domaine et le risque d'erreur dans la manipulation des médicaments, étant leurs principales craintes. Les MG en revanche, s'ils n'y sont pas opposés, visualisent difficilement son application dans leur pratique quotidienne. Bien qu'elle encouragerait la responsabilisation du patient, permettrait une prise de conscience de la maladie et les rendrait actifs de leur santé, l'autonomisation n'est pas perçue par les MG comme une demande majoritaire des patients et l'intervention ciblerait un profil restreint de patients. Toujours dans une démarche d'amélioration du contrôle tensionnel, et au vu des différents résultats de l'étude, il semblerait plus adapté, afin de généraliser l'utilisation de l'AMT toute en renforçant l'autonomisation des patients, de réaliser un travail associant AMT et actions éducatives, comme par exemple par l'utilisation d'une plateforme connectée permettant le relevé d'automesure associée à un code couleur indicatif d'une conduite à tenir.

Clermont-Ferrand, le 18.7.2018

Pierre CLAVELOU

Doyen - Directeur

U.F.R. DE MÉDECINE Clermont-Ferrand

Clermont-Ferrand, le 16/07/2018

Le Président du Jury

6. BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Questions-réponses l'hypertension artérielle [Internet]. WHO. [cited 2018 Jul 30]. Available from: http://www.who.int/features/qa/82/fr/index.html

2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012 Dec 15;380(9859):2224–60.

3. Letrilliart L. ECOGEN: étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale. Exercer. 2014;25(114):148–57.

4. Girerd X. Etude HTA FLAHS 2017, Traitement de l'Hypertension [Internet]. 2017. Available from: http://www.comitehta.org/wp-content/uploads/2017/12/FLAHS2017_CFLHTA.pdf

5. Mourad J, Zuber M, Girerd X. Objectif 2015: 70% des hypertendus contrôlés: livret d'information. CFLHTA, SFHTA, SFNV; 2012.

6. HAS. Fiche mémo. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Angéiologie. 2016 Sep;68(3).

7. Blacher J, Halimi J-M, Hanon O, Mourad J-J, Pathak A, Schnebert B, et al. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Recommandations SFHTA. SFHTA; 2013.

8. Tucker KL, Sheppard JP, Stevens R, Bosworth HB, Bove A, Bray EP, et al. Self-monitoring of blood pressure in hypertension: A systematic review and individual patient data meta-analysis. PLoS Med [Internet]. 2017 Sep 19 [cited 2017 Dec 19];14(9). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5604965/

9. Uhlig K, Patel K, Ip S, Kitsios GD, Balk EM. Self-measured blood pressure monitoring in the management of hypertensiona systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2013;159(3):185–194.

10. McCartney DE, McManus RJ. Self-monitoring and self-management: new interventions to improve blood pressure control. Curr Opin Nephrol Hypertens. 2016 Nov;25(6):502.

11. McManus RJ, Mant J, Bray EP, Holder R, Jones MI, Greenfield S, et al. Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. The Lancet. 2010;376(9736):163–172.

12. McManus RJ, Mant J, Haque MS, Bray EP, Bryan S, Greenfield SM, et al. Effect of Self-monitoring and Medication Self-titration on Systolic Blood Pressure in Hypertensive Patients at High Risk of Cardiovascular Disease: The TASMIN-SR Randomized Clinical Trial. JAMA. 2014;312(8):799.

13. Kaambwa B, Bryan S, Jowett S, Mant J, Bray EP, Hobbs FR, et al. Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a cost-effectiveness analysis. Eur J Prev Cardiol. 2014 Dec 1;21(12):1517–30.

14. McAndrew L, Schneider SH, Burns E, Leventhal H. Does Patient Blood Glucose Monitoring Improve Diabetes Control? Diabetes Educ. 2007 Nov;33(6):991–1011.

15. Levi M. Self-management of anticoagulation. Expert Rev Cardiovasc Ther. 2008;7(33):979–85.

16. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al. State of the Science: Promoting Self-Care in Persons With Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2009 Sep;120(12):1141–63.

17. Jones MI, Greenfield SM, Bray EP, Hobbs FR, Holder R, Little P, et al. Patient self-monitoring of blood pressure and self-titration of medication in primary care: the TASMINH2 trial qualitative study of health professionals' experiences. Br J Gen Pract. 2013 Jun;63(611):e378–85.

18. Jones MI, Greenfield SM, Bray EP, Baral-Grant S, Hobbs FR, Holder R, et al. Patients' experiences of self-monitoring blood pressure and self-titration of medication: the TASMINH2 trial qualitative study. Br J Gen Pr. 2012;62(595):e135–e142.

19. Bobrie G, Postelvinay N, Delonca J, Corvol P. Self-Measurement and Self-Titration in HypertensionA Pilot Telemedicine Study. Am J Hypertens. 2007 Dec;20(12):1314–20.

20. Denolle T, Chamontin B, Doll G, Fauvel J-P, Girerd X, Herpin D, et al. Prise en charge de l'hypertension artérielle résistante. Consensus d'experts de la Société française d'hypertension artérielle, filiale de la Société française de cardiologie. Presse Médicale. 2014 Dec;43(12):1325–31.

21. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. pmed. 2002;3(2):81–90.

22. Sandblom M. L'impact culturel sur la politique de santé publique:-une comparaison entre la Suède et la France. 2008.

23. Sarradon A, Egrot M, Blanc M-A, Faure M. Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. Prat Organ Soins. 2008;39(1):3–12.

24. Brunström M, Carlberg B. Association of Blood Pressure Lowering With Mortality and Cardiovascular Disease Across Blood Pressure Levels: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2018 Jan 1;178(1):28.

25. Rothwell PM. Limitations of the usual blood-pressure hypothesis and importance of variability, instability, and episodic hypertension. The Lancet. 2010;375(9718):938–948.

26. CREDOC (Centre de Recherche pour l'EtuDe et l'Observation des Conditions de vie). Baromètre du Numérique 2017 [Internet]. Credoc. 2016 [cited 2018 Aug 30]. Available from: http://www.credoc.fr

27. e-Santé PLL. Santé mobile et connectée : usages, attitudes et attentes des malades chroniques [Internet]. Le Lab e-Santé. 2015 [cited 2018 Jul 31]. Available from: http://lelabesante.com/sante-mobile-et-connectee-usages-attitudes-et-attentes-des-malades-chroniques-%e2%80%a2-enquete-le-lab-e-sante-juin-2015/

28. DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). ÉTAPES : Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé [Internet]. solidarites-santé.gouv.fr. 2017 [cited 2018 Aug 30]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/etapes-experimentations-de-telemedecine-pour-l-amelioration-des-parcours-en

29. ARS (Agence Régionale de Santé). La télémédecine [Internet]. ars.sante.fr. 2018 [cited 2018 Aug 30]. Available from: http://www.ars.sante.fr/la-telemedecine

30. McManus RJ, Mant J, Franssen M, Nickless A, Schwartz C, Hodgkinson J, et al. Efficacy of self-monitored blood pressure, with or without telemonitoring, for titration of antihypertensive medication (TASMINH4): an unmasked randomised controlled trial. The Lancet. 2018 Mar;391(10124):949–59.

31. Chmiel C, Senn O, Rosemann T, Del Prete V, Steurer-Stey C. CoCo trial: Color-coded blood pressure Control, a randomized controlled study. Patient Prefer Adherence. 2014 Oct;1383.

32. Oufkir M. Le logiciel Hy-Result®: la e-santé appliquée à l'éducation thérapeutique du patient hypertendu [Internet]. [Paris]: Paris-Descartes; 2017. Available from: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01769166

ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN MG

A propos de l'HTA

1) Que pensez-vous de l'équilibre tensionnel de vos patients ? quelles peuvent être selon vous à l'origine de leur déséquilibre ou de leur inobservance ?

2) Proposez-vous l'automesure tensionnelle pour la prise en charge des patients hypertendus ? si oui à quel moment et selon quels critères ?

3) Que pensez-vous de l'automesure tensionnelle ? Quels sont ses avantages et ses inconvénients pour vous ?

A propos du self-care

4) Avez-vous déjà entendu parler du self-care ou du self-management ? Que pensez-vous de cette nouvelle approche du soin ?

5) Savez-vous si certains de vos patients ont déjà participé à des programmes d'ETP ? si oui ou sinon pourquoi ?

A propos de l'autotitration

6) Pensez-vous que nous pourrions aller plus loin dans la prise en charge de l'HTA en proposant au patient de s'auto titrer selon ses résultats d'AMT ?

7) Qu'est-ce qui vous encouragerait à le faire ou au contraire quelles seraient vos craintes ?

8) Avez-vous identifié des patients qui pourraient être intéressés par cette nouvelle approche ? Pourriez-vous décrire en quelques mots leur profil ?

ANNEXE II : GRILLE D'ENTRETIEN PATIENTS

Question générale sur l'HTA

1) A quand remonte votre diagnostic d'hypertension artérielle et comment l'avez-vous vécu ? Qu'est-ce que cela a changé dans votre vie ?

2) Comment votre tension artérielle est actuellement prise en charge ? Qu'est-ce que l'automesure vous a apporté? Racontez votre dernière consultation avec votre MG à ce sujet.

Perception à s'auto-titrer

3) Suite aux explications apportées, qu'est-ce que vous évoque l'auto-titration ?

4) D'après vous, à quoi pourrait-elle servir ? (Confiance en vous, interaction médecin, auto-contrôle, modification des traitements ?

5) Quelles seraient vos craintes et/ou vos motivations à le faire ?

Expérience

6) Avez-vous déjà fait l'expérience de l'auto-titration pour une autre maladie (diabète, asthme…) ? Si oui, racontez-moi.

7) Votre tension artérielle est-elle labile ?

8) Avez-vous déjà identifié des situations avec l'automesure durant lesquelles vous auriez aimé pouvoir agir rapidement ou par vous-même ?

Sécurité à s'auto titrer – mode d'intervention

9) De quoi auriez-vous besoin pour vous lancer dans l'auto-titration ?

10) De quoi auriez vous besoin pour être rassuré et vous sentir en sécurité ?

11) Comment pourrions-nous la mettre en œuvre ? Expliquez-moi comment vous imaginez la façon de communiquer avec votre MG Et par quel mode de communication (Mail, SMS, Consultation…) ?

ANNEXE III : FICHE INFORMATION MG

Fiche d'informations personnelles

Médecin Généraliste

Votre fiche d'informations sera anonymisée pour le traitement des données.

Nom, prénom :

Sexe : □ H □ F

Âge :

Nombre d'années d'installation :

□ <10 ans, □ 10- 20 ans, □ > 20 ans

Milieu d'exercice : □ Rural, □ Semi-rural, □ Urbain

Cabinet : □ seul □ en groupe □ MSP

Maître de stage universitaire : □ oui □ non

Terrain de stage interne : □ oui □ non

Formé à l'éducation thérapeutique : □ oui □ non

ANNEXE IV : FICHE INFORMATION PATIENTS

Fiche d'informations personnelles

Patient

Votre fiche d'informations est anonymisée pour le traitement des données.

Initiales du Nom et du Prénom :

Sexe :

Âge :

Médecin Traitant :

Profession :

Milieu de vie : □ Rural (<2000 hab) □ Urbain (> 2000 hab)

□ Seul □ Entouré

J'ai déjà participé à un programme d'Education Thérapeutique : □ oui □ non

Concernant vos antécédents médicaux

Comorbidités :

□ Tabac □ diabète Cholestérol (g/l) :…….. HDL cholestérol (g/L)…….

Antécédents cardio-vasculaires familiaux :

Antécédents cardio-vasculaires personnels :

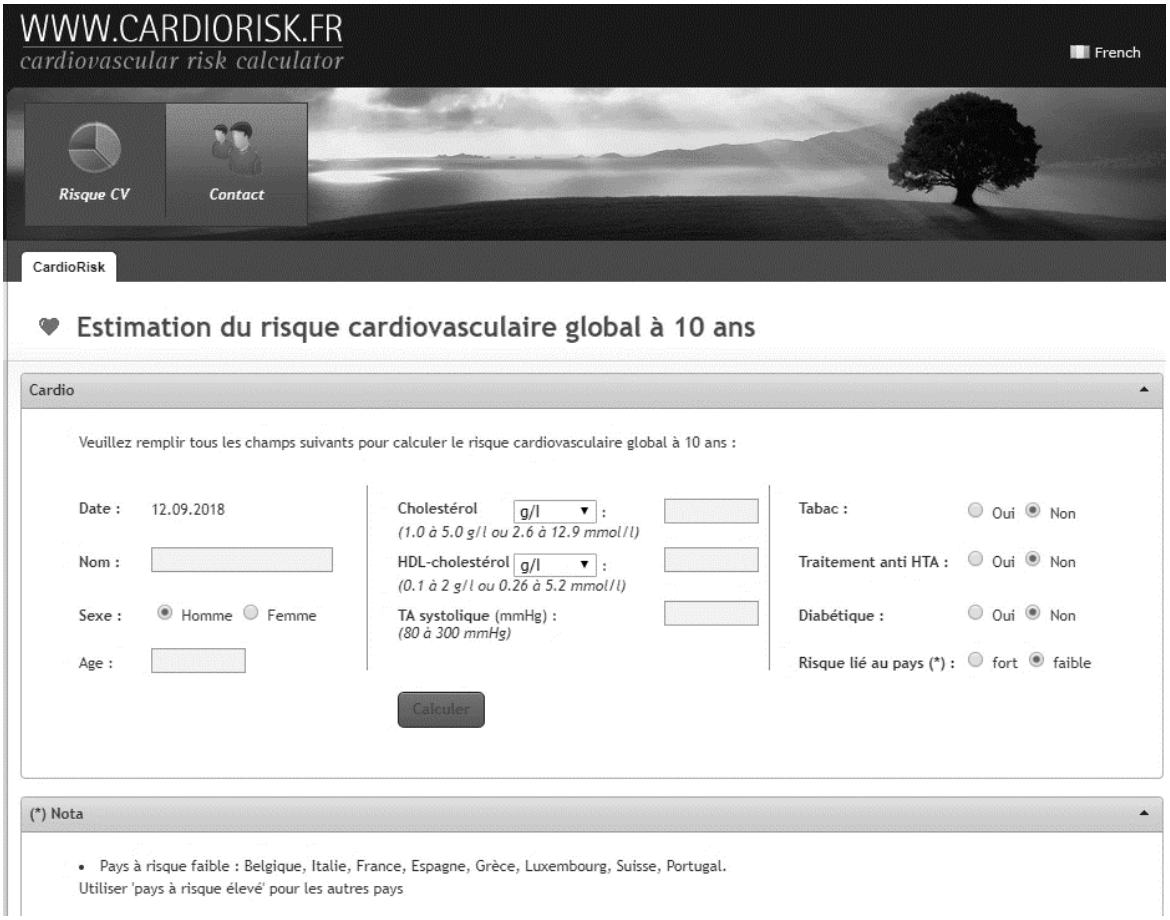
Concernant votre tension :

Nb de traitement pour la tension :

HTA diagnostiquée depuis : □ < 5 ans □ 5-10 ans □ > 10 ans

Pression Artérielle à l'inclusion :

ANNEXE V : QUESTIONNAIRE SCORE SCORE



ANNEXE VI : QUESTIONNAIRE SCORE EPICES

Calcul du score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	☐	☐
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	☐	☐
3	Vivez-vous en couple ?	☐	☐
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	☐	☐
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF…) ?	☐	☐
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	☐	☐
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	☐	☐
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	☐	☐
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	☐	☐
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	☐	☐
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	☐	☐
Constante			

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**

ANNEXE VII : QUESTIONNAIRE SCORE STAI-YA

		Non	Plutôt oui	Plutôt non	Oui
1	Je me sens calme.	☐	☐	☐	☐
2	Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.	☐	☐	☐	☐
3	Je suis tendu, crispé.	☐	☐	☐	☐
4	Je me sens surmené.	☐	☐	☐	☐
5	Je me sens tranquille, bien dans ma peau.	☐	☐	☐	☐
6	Je me sens ému, bouleversé, contrarié.	☐	☐	☐	☐
7	L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.	☐	☐	☐	☐
8	Je me sens content.	☐	☐	☐	☐
9	Je me sens effrayé.	☐	☐	☐	☐
10	Je me sens à mon aise.	☐	☐	☐	☐
11	Je sens que j'ai confiance en moi.	☐	☐	☐	☐
12	Je me sens nerveux, irritable.	☐	☐	☐	☐
13	J'ai la frousse, la trouille j'ai peur.	☐	☐	☐	☐
14	Je me sens indécis.	☐	☐	☐	☐
15	Je suis décontracté, détendu.	☐	☐	☐	☐
16	Je suis satisfait.	☐	☐	☐	☐
17	Je suis inquiet, soucieux.	☐	☐	☐	☐
18	Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté, dérouté.	☐	☐	☐	☐
19	Je me sens solide, posé, pondéré, réfléchi.	☐	☐	☐	☐
20	Je me sens de bonne humeur, aimable.	☐	☐	☐	☐

ANNEXE VIII : QUESTIONNAIRE SCORE STAI-YB

		Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21	Je me sens de bonne humeur, aimable.				
22	Je me sens nerveux (nerveuse) et agité(e)				
23	Je me sens content(e) de moi.				
24	Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres semblent l'être.				
25	J'ai un sentiment d'échec.				
26	Je me sens reposé(e).				
27	J'ai tout mon sang-froid.				
28	J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je peux plus les surmonter.				
29	Je m'inquiète à propos de choses sans importance.				
30	Je suis heureux(se).				
31	J'ai des pensées qui me pertubent.				
32	Je manque de confiance en moi.				
33	Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.				
34	Je prends facilement des décisions.				
35	Je me sens incompétent(e), pas à la hauteur.				
36	Je suis satisfait(e).				
37	Des idées sans importance trottent dans ma tête, me dérangent.				
38	Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement.				
39	Je suis une personne posée, solide, stable.				
40	Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.				

ANNEXE IX : CONSENTEMENT ECLAIRE DE PATIENTS

Formulaire d'information et de consentement du patient.

Etude de la perception des patients et des médecins généralistes à coupler automesure tensionnelle et auto titration médicamenteuse dans la prise en charge de l'hypertension artérielle.

Madame, Monsieur,

⬧ L'objectif de cette étude qualitative est d'évaluer vos interrogations, vos craintes ou au contraire les éléments de motivation qui vous encourageraient demain à adapter votre traitement pour la tension, seul à domicile, selon un protocole établit au préalable avec votre médecin, en fonction des résultats de votre appareil d'auto mesure tensionnelle.
Votre participation à l'étude consistera à répondre à des questions posées lors d'un entretien individuel ou lors d'un groupe de parole. Les réponses obtenues sont enregistrées (dictaphone) afin de retranscrire par écrit l'exactitude de celles-ci. Une fiche d'information personnelle à compléter par écrit vous sera également remise afin de mieux vous définir, dans un objectif d'évaluation statistique.

⬧ Cette étude ne modifie en rien votre prise en charge par le médecin généraliste. Elle n'impose aucun examen, ni aucun traitement supplémentaire. Si vous ne souhaitez pas y participer, cela n'affectera en rien la qualité des soins auxquels vous avez droit ni votre relation avec votre médecin. Cependant, en participant, vous contribuerez à améliorer la prise en charge des patients.

⬧ Vous autorisez la consultation des données vous concernant. Les données seront donc traitées de façon anonyme et uniquement utilisées dans le but fixé par cette étude. Le fichier informatique restera strictement confidentiel. Vous pouvez à tout moment exercer un droit d'accès et de rectification auprès des responsables de l'étude ; ce droit pouvant être exercé directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix pour les données médicales vous concernant, en application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⬧ Vous pouvez à tout moment décider, sans justification d'arrêter votre participation à cette étude.

❑ J'accepte de participer à l'étude

❑ Je m'y oppose

Date et signature

Tableau I : Caractéristiques des MG interviewés

Caractéristiques	
Âge moyen, années (intervalle)	49,3 (29-64)
Hommes, n (%)	5 (55,5)
Mode d'exercice	
Exercice urbain n (%)	7 (77,7)
Exercice seul n (%)	4 (44)
Exercice en MSP n (%)	3 (33)
Formation	
MSU n (%)	4 (44,4)
Formation ETP [a] n (%)	4 (44,4)

[a] *Participation à une formation ETP dans le cadre au moins de la formation médicale continue*

Tableau II : Caractéristiques des patients interviewés.

Caractéristiques	
Âge moyen, années (intervalle)	62,9 (41-84)
Hommes, n (%)	8 (57,1)
Haut risque cardio-vasculaire [a], n (%)	6 (42,8)
Patient traité HTA en prévention secondaire, n (%)	2 (14.2)
Anxieux [b], n (%)	5 (35,7)
Précaires [c], n (%)	2 (14,2)
Nombre moyen de médicaments anti-hypertenseurs, n (intervalle)	1.8 (1 -3)
Pression artérielle moyenne à l'inclusion, mmHg (intervalle)	
PAS	153,7 (138-180)
PAD	81,8 (70-100)
Catégorie socio professionnelle [d], n (%)	
Actifs	5 (35,7)
Cadre, Profession intermédiaire, chefs d'entreprise	5 (35,7)
Agriculteurs, employés	6 (42,8)
Ouvriers	3 (21,4)

[a] *Haut risque cardio vasculaire si score ≥ 5% au risque SCORE*
[b] *Anxiété si score ≥ à 45 au STAI-YA ou au STAI-YB*
[c] *Précarité si score ≥ à 30 au score EPICES*
[d] *Catégorie socio-professionnelle selon la classification INSEE 2004*

Tableau III : Répartition des réponses des MG sur les thèmes rattachés à la perception de l'évolution de la santé, de l'autonomisation des patients et du contrôle tensionnel

Evolution de la santé selon les MG	n=x/9	Autonomisation en santé	n=x/9	Causes Mauvais Contrôle Tensionnel	n=x/9
Perte du piédestal du MG	3	Manque d'éducation à la santé	3	Inobservance	9
Informations par internet et média	3	Patients pas demandeurs	3	maladie silencieuse	3
Financement insuffisant du soin	2	Destruction de la MG	2	Inertie thérapeutique	2
Recours aux médecines parallèles	1	Gain de temps médical	2	Mauvais contrôle des autres FRCV	2
Besoin de contact	1	Diminue le contact humain	2	traitement insuffisant	1
Patients sont éducables	1	Améliore l'observance	1	Mauvais traitement	1
				Contrainte de la prise médicamenteuse	1
				Changement d'objectifs trop fréquents	1
				Saisons	1
				Faux relevés d'AMT	1
				Difficulté à changer les habitudes	1
				Tension artérielle nocturne méconnue	1
				Manque d'offre de soin	1

Tableau IV : Répartition des différentes réponses des MG aux thèmes rattachés à la perception de l'AMT

Bénéfices de AMT	n=x /9	Inconvénients à l'AMT	n= x/9	Contexte de prescription de l'AMT	n=x /9
Fiabilité des mesures	7	Compliqué	4	Si déséquilibre au cabinet	3
Prise de conscience de la maladie	5	Utilisation non généralisable, profil patient	4	Au diagnostic ou modification de Traitement	3
Implication des patients	4	Absence de remboursement	3	Si blouse blanche	2
Lutte contre effet Blouse Blanche	4	Mauvaise qualité des appareils	2	Chaque renouvellement	2
Participe à l'éducation	3	Mauvaises conditions de prises	2	Si symptômes	1
Améliore les relations MG-patient	2	Pas d'envie ou de volonté de la part des patients	2	Au feeling	1
Améliore l'observance	1	Possibilité de report de faux chiffres	1	Pas d'utilisation	1
MG ne peut pas mentir sur les chiffres	1	Contrainte de la mesure	1		
Aide à la compréhension	1	Risque d'altération de l'alliance thérapeutique	1		
Indication diagnostique en situation aigue	1	Problème de validité comparé à la MAPA	1		
Renforce le sentiment de liberté du patient	1				

Tableau V : Répartition des réponses des MG sur les thèmes rattachés à l'ATT

Bénéfices ATT	n=x/9	Limites de l'ATT	n=x/9	Profil des patients répondeurs ATT	n=x/9
Prise de conscience maladie	2	Profil de patients	8	Capacités intellectuelles suffisantes	8
Rapidité de prise en charge en aïgu	2	Manque de temps des MG	4	Jeunes	3
Actif de leur prise en charge	2	Mentalité très assistée	4	Socialement favorisés	3
Meilleure observance	1	Financement appareil	3	Obsessionnels	2
Revalorisation du patient	1	Risque médicamenteux	3	Peu anxieux	2
Meilleur équilibe tensionnel	1	Contraignant	3	Responsables	2
Meilleur contrôle des FRCV	1	Générateur de stress	3	Maîtrisant déjà l'AMT	2
Diminution des côuts en santé	1	Ne dure pas dans le temps	1	Absence de troubles cognitifs	2
Meilleur visibilité tensionnelle	1	Patients vivent dans l'urgence	1	Vivant en milieu urbain	2
Adaptataion à la variabilité tensionnelle	1	Centré médicament, oubli des autres facteurs	1	Bonne alliance thérapeutique	1
		Aucune urgence à modifier un traitement anti HTA	1	Hyperanxieux	1

Tableau VI : Répartition des réponses des patients sur les thèmes rattachés à la perception de l'évolution de la santé et sur le vécu de la maladie hypertensive.

Evolution de la santé perçue par les patients	n=x/14	Ressenti actuel de la maladie HTA	n=x/14
Confiance dans le MG	4	Difficulté avec la prise des médicaments	**6**
Manque de disponibilité	4	Symptômes de poussées tensionnelles ressentis	**4**
Manque d'ecoute	3	HTA pathologie très importante	**4**
Trop de sollicitation des MG	2	Pas d'inquiétude, acceptation	**2**
Sur-médication qui n'est pas demandée	2	Sensation d'en avoir toujours eu	**2**
Satisfaisante	2	Compliqué	**2**
Informations sur internet, médiatisation	2	Culpabilité	**1**
Absence de soins dans l'urgence	1		
Infantilisation de la patientèle	1		
Générateur d'angoisse	1		
Doute sur les propos des MG	1		

Tableau VII : Répartition des réponses des patients sur les thèmes rattachés à l'ATT

Freins à l'ATT vus par le patient	n=x/14	Bénéfices de l'ATT vus par les patients	n=x/14	Facteurs motivants la participation au protocole	n=x/14
Méconnaissances médicales	5	Diminution du nombre de consultations	**5**	Si demandé par le MT	6
Attachement au paternalisme médical	4	Amélioration de son état de santé	**4**	Contrôle médical régulier assuré	4
Risque iatrogène	4	Meilleure visibilité tensionnelle	**3**	Participer à une étude de recherche	3
Trop âgé	3	Diminuer le nombre de médicaments	**3**	Prévenir l'AVC	3
Aucune	3	Implication dans sa prise en charge	**2**	Amélioration des symptomes de poussées tensionnelles	2
Ne veut pas être responsable	2	Responsabilisation	**2**	Si le protocole est très clair	2
Augmenter le nombre d'AMT	2	Diminution des coûts de santé	**2**	Progressif	1
Manque de temps	2	Rassurer	**2**	A déjà montré son efficacité ailleurs	1
Générateur de stress	2	Solution des déserts médicaux	**1**		
Logistique des ordonnances	2	Diminuer la distribution de médicaments	**1**		
Atteint d'une maladie très grave	1	Identifier les situations à risque de poussées	**1**		
Prise en chage ambulatoire	1	Lutter contre l'automedication anarchique	**1**		
Entourage non favorable	1	Simplifier la prise en charge	**1**		
Peur de gérer tout seul	1	Lutter contre l'inertie thérapeutique	**1**		
Augmenter le nombre de consultations	1				
Législation par rapport délivrance ordonnance	1				
Absence de financement des médecins	1				
Banalisation de la pathologie	1				
Logistique des relevés d'AMT	1				
Risque d'inobservance	1				

Tableau VIII : Caractéristiques des MG en faveur d'une mise en place du protocole

Caractéristiques	
Âge moyen, années (intervalle)	42,2 (29-64)
Hommes, n (%)	1 (20)
Mode d'exercice	
Urbains[a], n (%)	4(80)
Mode exercice MSP, n (%)	3 (60)
Non MSU, n (%)	3 (60)
Formé à l'ETP [b], n (%)	2 (40)

[a] *Défini selon la classification de l'INSEE.*

[b] *Ayant une formation minimum en formation médicale continue*

Tableau IX: Caractéristiques des MG réticents à la mise en place du protocole

Caractéristiques	
Âge moyen, années (intervalle)	58,2 (53-63)
Hommes, n (%)	4 (100)
Mode d'exercice	
Urbain[a], (%)	3 (75)
Groupe (%)	2 (50)
Non MSU, n (%)	2 (50)
Formé à l'ETP, n (%)	2 (50)

[a] *Défini selon la classification de l'INSEE.*

[b] *Ayant une formation minimum en formation médicale continue*

Tableau X : Caractéristiques des patients en faveur d'une mise en place du protocole

Caractéristiques	
Age moyen, années (intervalle)	66,37 (52-78)
Hommes, n (%)	5 (62,5)
Précaire [c] n, (%)	1 (12,5)
Anxieux, [b] n (%)	3 (37,5)
Patients à Haut risque cardio- vasculaire [a]	5 (62,5)
Pression artérielle moyenne à l'inclusion en mmHg (intervalle)	
PAS	159,6 (142-180)
PAD	83,2 (65-100)
Catégorie socio professionnelle [d] n (%)	
Actifs	3 (37,5)
Cadre, chefs d'entreprises, profession intermédiaire	5 (62.5)
Employé, agriculteur	2 (25%)
Ouvrier	1 (12.5)

[a] *Haut risque cardio vasculaire si score ≥ 5% au risque SCORE*

[b] *Anxiété si score ≥ à 45 au STAI-YA ou au STAI-YB*

[c] *Précarité si score ≥ à 30 au score EPICES*

[d] *Catégorie socio-professionnelle selon la classification INSEE 2004*

Tableau XI : Caractéristiques des patients réticents à la mise en place du protocole

Caractéristiques	
Age moyen, années (intervalle)	70 (41-84)
Hommes, n (%)	3 (50)
Précaire [c] n, (%)	1 (16.6)
Anxieux, [b] n (%)	2 (33.3)
Patients à Haut risque cardio- vasculaire [a]	1 (16.6)
Pression artérielle moyenne à l'inclusion en mmHg (intervalle)	
PAS	151.4 (140-163)
PAD	75.8 (60-82)
Catégorie socio professionnelle [d] n (%)	
Actifs	2 (33.3)
Cadre, chefs d'entreprises, profession intermédiaire	0 (0)
Employé, agriculteur	4 (66.6%)
Ouvrier	2 (33.3)

[a] *Haut risque cardio vasculaire si score ≥ 5% au risque SCORE*

[b] *Anxiété si score ≥ à 45 au STAI-YA ou au STAI-YB*

[c] *Précarité si score ≥ à 30 au score EPICES*

[d] *Catégorie socio-professionnelle selon la classification INSEE 2004*

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE *version longue*

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

SERMENT D'HIPPOCRATE *version courte*

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

Résumé

Contexte
Par l'autonomisation du patient, l'association automesure tensionnelle (AMT) et autotitration (ATT) médicamenteuse, améliore le contrôle tensionnel. Encore peu utilisée en France, nous ignorons actuellement le point de vue des patients et des médecins généralistes (MG) français sur cette intervention.

Objectif
Explorer la perception des patients et des MG à associer AMT et ATT médicamenteuse dans la prise en charge de l'HTA.

Méthodes
Etude qualitative, par entretiens semi-dirigés, de MG et de patients hypertendus pratiquant l'AMT en Auvergne. Une analyse thématique a été pratiquée avec triangulation des chercheurs.

Résultats
La saturation des données a été obtenue après 7 entretiens de MG et de 10 patients. Quelques entretiens complémentaires ont été réalisés pour confirmer les données. Pour les patients, les freins à l'ATT médicamenteuse étaient leur manque de connaissances médicales et le risque d'erreur dans la manipulation des médicaments. Les bénéfices attendus étaient la diminution du nombre de consultations médicales et une meilleure visibilité tensionnelle quotidienne. Les catégories socio-professionnelles favorisées et les patients à haut risque cardiovasculaire étaient principalement volontaires pour la mise en place de l'ATT. Pour les MG, les freins étaient le manque de temps à dédier à cette éducation, et le besoin d'encadrement des patients. L'autonomisation ne serait pas, selon eux, une demande majoritaire des patients et l'intervention ciblerait un profil restreint de patients aux capacités intellectuelles suffisantes, jeunes et en dehors d'une grande précarité. Les MG intéressés par la mise en place du protocole étaient majoritairement représentés par des femmes de jeunes générations.

Conclusion
Patients comme MG ont des avis partagés concernant l'ATT médicamenteuse. Les patients l'accepteraient dans une relation de confiance avec leur MG mais les MG s'ils ne sont pas opposés, se représentent difficilement son aspect pratique. Un protocole associant AMT et actions éducatives, comme une plateforme d'aide connectée, serait intéressant.

Mot clés :

- Automesure Tensionnelle
- Auto-titration
- Hypertension artérielle
- Médecine générale