

Évaluation de la motivation des patients à pratiquer une autotitration médicamenteuse encadrée associée à l'automesure tensionnelle dans la prise en charge de l'hypertension artérielle : étude quantitative par autoquestionnaire en Auvergne

Nathalie Toulouse

▶ **To cite this version:**

Nathalie Toulouse. Évaluation de la motivation des patients à pratiquer une autotitration médicamenteuse encadrée associée à l'automesure tensionnelle dans la prise en charge de l'hypertension artérielle : étude quantitative par autoquestionnaire en Auvergne. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03249492

HAL Id: dumas-03249492

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03249492

Submitted on 4 Jun 2021

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

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

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

TOULOUSE, Nathalie

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 20 février 2020

Evaluation de la motivation des patients à pratiquer une autotitration médicamenteuse encadrée associée à l'automesure tensionnelle dans la prise en charge de l'hypertension artérielle

Etude quantitative par autoquestionnaire en Auvergne

Directrice de thèse : Madame TREFOND Jérômine, Docteur, Chef de clinique, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur universitaire, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur SOUTEYRAND Géraud, Professeur Universitaire Professeur Hospitalier, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Docteur, Maître de conférences des Universités, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

TOULOUSE, Nathalie

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 20 février 2020

Evaluation de la motivation des patients à pratiquer une autotitration médicamenteuse encadrée associée à l'automesure tensionnelle dans la prise en charge de l'hypertension artérielle

Etude quantitative par autoquestionnaire en Auvergne

Directrice de thèse : Madame TREFOND Jérômine, Docteur, Chef de clinique, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur universitaire, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur SOUTEYRAND Géraud, Professeur Universitaire Professeur Hospitalier, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Docteur, Maître de conférences des Universités, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE D'AUVERGNE	: **JOYON** Louis : **DOLY** Michel : **TURPIN** Dominique : **VEYRE** Annie : **DULBECCO** Philippe : **ESCHALIER** Alain
PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE BLAISE PASCAL	: **CABANES** Pierre : **FONTAINE** Jacques : **BOUTIN** Christian : **MONTEIL** Jean-Marc : **ODOUARD** Albert : **LAVIGNOTTE** Nadine
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	: **WILLIAMS** Benjamin
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
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES	: **PAQUIS** François

✧✧✧✧✧

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. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques – DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges -Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis – M. JACQUETIN Bernard – Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. 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. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DETEIX Patrice – DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - KEMENY Jean-Louis – LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

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
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
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie

PROFESSEURS DE 1ère CLASSE

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
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.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
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
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique

PROFESSEURS DE 2ème CLASSE

Mme	CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme	KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M.	TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M.	CORNELIS François	Génétique
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M.	CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M.	LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M.	BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M.	BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
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
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
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
M.	BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUIEZE Romain	Hématologie
M.	POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M.	SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M.	EVRARD Bertrand	Immunologie
M.	POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

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
M.	TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme	CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme	BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M.	MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
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 Audrey	Bactériologie Virologie
M.	OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle	COSTE Karen	Pédiatrie
Mle	AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme	CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	LEBRETON Aurélien	Hématologie
M.	BUISSON Anthony	Gastroentérologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme	PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M.	JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M.	BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme	SARRET Catherine	Pédiatrie
M.	MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme	NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

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
Mme	MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M.	PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M.	PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M.	BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme	ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme	RICHARD Amélie	Médecine Générale
M.	TESSIERES Frédéric	Médecine Générale

Remerciements

A mon président de jury :

Merci à Monsieur le Professeur Philippe Vorilhon. Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et de juger ce travail. Merci pour votre implication en Médecine Générale pour valoriser cette discipline. J'ai apprécié travailler à vos côtés. Partager les bons soins prodigués à vos patients, vos conseils avisés, vos enseignements m'ont été enrichissants, toujours dans un cadre bienveillant. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

A mes membres de jury :

Merci à Monsieur le Professeur Géraud Souteyrand. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci de votre implication dans la formation des médecins généralistes. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

Merci à Madame le Docteur Hélène Vaillant-Roussel. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci de l'intérêt qu'a suscité cette recherche. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

A ma directrice de thèse :

Merci à Madame le Docteur Jérômine Trefond, d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de m'avoir accompagnée et soutenue dans ce travail de thèse. A AMTITEA et ses suites. Je te souhaite un bel avenir dans la recherche.

A toutes les personnes ayant contribué à cette thèse :

Merci à tous les médecins qui ont accepté l'aventure et m'ont permis d'effectuer ce travail. Votre participation et votre implication ont été essentielles pour permettre de réaliser cette étude. Merci aux 322 patients ayant répondu.

Merci à Céline Lambert pour sa disponibilité et son aide dans l'analyse des données.

A ma famille :

A **mes parents et mon frère** pour leur amour, leur soutien, leur éducation ainsi que l'apprentissage des valeurs du travail à leurs côtés. A mes grands-parents.

A **tata Jojo, tonton François** pour leurs cures vitaminées du grand jardin de Beaumont, à leur soutien moral et bienveillant. Je vous remercie d'avoir été si présents. A mes oncles, tantes, cousins et cousines.

A **Thibaut,** qui illumine ma vie et me comble d'amour, de joies et de tendresse. A ton soutien inconditionnel et ton accompagnement dans ce projet de thèse comme au quotidien. A l'aventure, et à notre chemin, ensemble.

A mes Amis :

Anaïs, Juliette et Maylis, notre amitié m'est précieuse. Vous êtes le gold standard des remèdes. Nos épopées du carré famille jusqu'à la déshydratation restent gravées ! Vous êtes formidables... A **FX** pour la simplicité des moments partagés et ta générosité. A **Andrea** 1er chouchou des tatas et **Alex** papa poule ! A une belote avec vous, bien évidemment !!!

A **Maud et Mélanie** pour cette amitié qui dure avec le temps et les distances. Aux bouffées d'air apportées pendant l'ensemble de mes études. Ô prairies d'altitudes de Lozère ou d'ailleurs. A **Rudy**, ton rire communicatif vaut bien un yam's de 6 ! A Sarah et Stéphane : je ne vous oublie pas ! A ML, Fabien, Élo & Cyril pour les folles soirées passées ensemble. A mes **collocs** Margaux, Bastien et Émilie, partager une tranche de médecine entre une soupe et du fromage c'est la vie ! A **Claribou,** best voisine !

A mes **collègues** d'externat et d'internat : Virginie, Ana et Louise nous avons bien ri avec cette sacrée Brenda. Clem, Céline en d4 ! Elodie pour nos trajets en musique et bonne humeur. A l'année passée dans le Cantal, la plus belle parenthèse. A la PG team et son addiction aux folates. A Audrey, je t'adore, ne change rien !

A tous les médecins ayant contribué à ma formation : Dédicace à Doc Petit pour cette belle découverte de l'externat : la médecine générale si vaste et passionnante. A Maxime, tu as été un chef extra, ton savoir et ta pédagogie m'ont fait progresser. A nos RdV entre Savoie et Auvergne.

Table des matières

Remerciements 8
Liste des abréviations 11
1. Introduction 12
2. Méthodes 15
2.1. Type d'étude et déroulement 15
2.2. Objectif de l'étude 16
2.2.1 Primaire 16
2.2.2 Secondaire 16
2.3. Recueil de données 16
2.4. Critères d'inclusion et de non inclusion 17
2.5. Critères de jugement 18
2.6. Analyse statistique 19
2.7. Ethique 19
3. Résultats 21
3.1. Effectif des médecins investigateurs 21
3.2. Flow chart 22
3.3. Population étudiée et principaux résultats 22
3.4. Critères secondaires 25
4. Discussion 26
4.1. Principaux résultats 26
4.2. Comparaison avec les données de la littérature 27
4.3. Forces et limites 28
4.4. Perspectives pour la recherche et les soins 29
5. Conclusion 30
Références bibliographiques 31
Annexes 35
Serment d'Hippocrate 39

Liste des abréviations

AMT : Automesure tensionnelle

ATT : Autotitration médicamenteuse

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ETP : Education thérapeutique

FDRCV : Facteurs de risque cardiovasculaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

MG : Médecin Généraliste

MSU : Maître de Stage des Universités

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Pression Artérielle

PAD : Pression Artérielle Diastolique

PAS : Pression Artérielle Systolique

1. Introduction

L’hypertension artérielle (HTA) est la maladie chronique la plus fréquente au monde (1). Plus d’un adulte sur trois en est atteint, soit une prévalence mondiale à plus d’un milliard d’individus en 2015 et plus de quinze millions de français (2,3). Son incidence augmente avec l’âge. Au vu du vieillissement de la population, on estime une augmentation de sujets atteints de 15 à 20% d’ici 2025. Cette fréquence la place au premier rang des motifs de consultation en médecine générale (4). L’HTA est asymptomatique. Ses conséquences représentent 13% des décès annuels mondiaux, ce qui érige l’HTA au premier rang mondial en termes de mortalité attribuable (5). La réduction des chiffres tensionnels conduit à une diminution significative de la mortalité, toutes causes confondues (6,7). L’automesure tensionnelle (AMT) est recommandée pour le diagnostic et le suivi de l’HTA (8,9). Elle améliore également l’implication du patient dans la prise en charge de sa maladie chronique au quotidien. Dans l’étude FLASH 2017 (10), seulement la moitié des patients hypertendus traités ont une pression artérielle (PA) dans les objectifs tensionnels au domicile de 2007 à 2017. Ce taux reste stable. Ces résultats nous interrogent sur les méthodes à employer pour mieux contrôler l’HTA.

Dans ce contexte, le self-care ou auto-soins est un concept intéressant pour la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (11). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le self-care comme «la capacité des individus, des familles et des communautés à promouvoir la santé, à prévenir les maladies, à maintenir la santé et à faire face aux maladies et aux incapacités avec ou sans l'aide d'un professionnel de la santé » (12). Le self-care s’intègre dans une démarche

d’empowerment du patient qui le place en véritable acteur de sa santé. Cela suppose un comportement permettant la prise de traitements, l’auto-contrôle, la reconnaissance de symptômes, le suivi régulier adéquat et l’accès à une consultation médicale si nécessaire.

Appliqué à l’HTA, les pays Anglo saxons ont étudié l’impact d’interventions d’éducation thérapeutique (ETP) comme l’autotitration médicamenteuse (ATT) (13) afin de lutter contre l’inertie thérapeutique (14,15). A l’instar de l’insulinothérapie adaptée aux surveillances glycémiques dans le diabète, l’adaptation posologique d’un traitement antihypertenseur selon les PA mesurées via l’AMT et interprétées par le patient paraît intéressante, encadrée et sécurisée par un réseau de soins. L’ATT s’inscrit dans l’avènement d’une décision médicale partagée où l’échange et l’alliance entre MG et patient sont fondamentaux. Mc Manus a retrouvé une baisse plus importante de la PA avec une ATT encadrée comparativement aux méthodes usuelles, avec un gain de 9mmHg sur les chiffres tensionnels systoliques à 12 mois (16).

En France, il existe peu d’études sur le sujet. En 2018, une étude qualitative, AMT et Impact autoTitration médicamenteuse dans la prise en charge de l’hyperTEnsion Artérielle (AMTITEA) (17) auprès de patients et MG a exploré la perception de ceux-ci à associer AMT et ATT. Les patients étaient plutôt prêts à la mise en place de l’ATT si celle-ci s’intégrait dans une relation de confiance avec leur MG. Ils exprimaient les bénéfices attendus ainsi que leurs craintes à l’initiative proposée. Les patients avec une catégorie socio professionnelle favorisée et ceux à haut risque cardiovasculaire étaient majoritairement volontaires à la réaliser.

L’hypothèse de notre étude serait que certains patients traités pour une HTA sont plus aptes que d’autres à pratiquer l’ATT.

L’objectif principal de l’étude était de décrire les patients motivés à réaliser une ATT au sein des patients traités pour une HTA et pratiquant l’AMT de façon courante.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer la part de patients disposés à accepter l’ATT et de rechercher les freins et leviers attendus par la mise en place de l’ATT.

2. Méthodes

2.1. Type d'étude et déroulement

AUTOMATE (AUTOMesure tensionnelle Associée à une Titration Encadrée) est une étude descriptive transversale réalisée du 15/07 au 28/11/2019 en Auvergne. Elle repose sur un auto-questionnaire patient.

Une phase pré-test, conduite sur 25 patients, a analysé la pertinence du questionnaire et sa mise en pratique. Une épuration de son contenu, ainsi qu'un changement de format afin de faciliter la participation des patients ont permis d'obtenir le questionnaire final.

Sa diffusion, en cabinets de médecine générale, a été réalisée suite à un tirage au sort de 100 médecins généralistes (MG) dans le Puy-de-Dôme selon la liste de l'annuaire au 1er janvier 2019 du portail d'accompagnement des professionnels de santé (18). Ce choix était justifié pour s'affranchir au mieux des biais de sélection et obtenir un panel diversifié. Chaque MG a reçu une demande de participation par courrier d'information avec enveloppe retour (cf Annexe 1). Une relance téléphonique a permis d'obtenir un total de 38 MG investigateurs. 20 questionnaires ont été remis à chaque MG à compter du 15 juillet 2019 en définissant une période de recueil de 3 mois correspondant à une phase de renouvellement. Des relances aux MG ont été effectuées chaque mois.

A la fin de cette période avec 183 retours, nous avons sollicité le réseau CARMA (Coopération Auvergnate de Recherche en Médecine Générale) ainsi que les maitres de stage des universités (MSU) membres du DMG local afin de potentialiser le recrutement et ainsi augmenter la puissance de l'étude.

2.2. Objectif de l'étude

2.2.1 Primaire

L'objectif principal de l'étude est de décrire les patients motivés à réaliser une ATT chez des patients hypertendus pratiquants l'AMT de façon courante, selon les données socio-démographiques, le niveau de risque cardiovasculaire et le nombre de traitements antihypertenseurs.

2.2.2 Secondaire

Les objectifs secondaires sont de déterminer la proportion de patients motivés à réaliser une ATT et de rechercher les freins et leviers ou bénéfices escomptés par l'ATT.

Ont été soumis au jugement des patients :

- L'autonomie procurée par l'ATT
- La compréhension de la maladie
- L'adaptation du traitement et de l'état de santé
- Les échanges développés avec le MG
- Le nombre de consultations
- La survenue d'effets indésirables
- La disponibilité du MG
- L'anxiété procurée par l'ATT

2.3. Recueil de données

Le questionnaire (cf Annexe 2) utilisait des questions fermées dichotomiques ou à choix multiple, une question ouverte pour recueillir le traitement ainsi qu'une échelle de likert.

Il comportait 4 parties :

Les **données socio-démographiques** intégraient : âge, sexe, situation familiale, lieu d'habitation, métier et niveau d'études. Les classifications et définitions de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) ont servi de référence pour cette partie.

Deuxièmement une partie dédiée à l'**HTA** avec sa durée d'évolution, les facteurs de risque cardiovasculaire (FDRCV) associés, la recherche de comorbidités et complications, les antécédents et le traitement du patient. Parmi les FDRCV nous avons recherché à définir l'exposition à un surrisque cardiovasculaire lié au tabac chez les fumeurs actifs ou sevrés depuis moins de 3 ans. L'existence d'une dyslipidémie connue par le patient ou la prise d'un traitement hypolipémiant a été recherché car les taux de cholestérol LDL et HDL nous ont paru difficiles à recueillir dans un auto-questionnaire.

Troisièmement, une partie sur l'**AMT** comprenait des questions sur l'antériorité de la pratique, le type d'appareil et la fréquence d'utilisation.

La dernière partie explorait l**'ATT** et reprenait certaines notions thématiques ressorties dans l'analyse qualitative AMTITEA qui nous paraissait pertinentes.
La formulation de la question principale de recherche a été réfléchie et rédigée comme une demande directe du MG à la participation à un protocole d'ATT encadrée.

2.4. Critères d'inclusion et de non inclusion

Les critères d'inclusion étaient les patients âgés de plus de 18 ans, traités par médicament pour une hypertension artérielle en prévention primaire et secondaire depuis au moins 6 mois et qui pratiquaient l'AMT à domicile.

Les critères de non inclusion étaient les patients atteints de troubles cognitifs, ayant des difficultés avec la langue française et les personnes ne prenant pas seuls leur traitement.

2.5. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la proportion de patients motivés à réaliser une ATT médicamenteuse associée à l'AMT pour la prise en charge de leur HTA. La proportion des patients motivés est décrite selon :

- Les données socio-démographiques
- Le nombre de traitements anti-hypertenseurs
- Le niveau de risque cardiovasculaire

Concernant la définition du niveau de risque cardiovasculaire, après consultation des recommandations de l'ESC 2018 (8), nous avons choisi d'établir le risque en 4 classes (très haut risque, haut risque, risque modéré et risque faible) selon les FDRCV, la survenue d'un évènement cardiovasculaire majeur et les comorbidités du patient (cf annexe 3). Ce choix s'explique par la limitation actuelle du risque SCORE à évaluer le risque cardiovasculaire chez les hommes de moins de 40 ans et les femmes de moins de 50 ans et chez les patients de plus de 65 ans (19). La pertinence clinique des facteurs dits hors-SCORE nous semblait également essentielle et justifiait leur inclusion dans notre évaluation du risque. De plus, nous ne bénéficions pas du grade de l'HTA au diagnostic des patients inclus et des taux de cholestérol du fait du design de l'étude et de son recueil auto déclaratif par les patients en vie réelle.

Les critères secondaires étaient les freins et leviers et attentes des patients à la pratique de l'ATT et la recherche de facteurs associés à la motivation.

2.6. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 15 ; StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%. La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles, et par la moyenne ± écart-type ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique. Le taux de patients prêts à exécuter une ATT médicamenteuse associée à l'AMT a été exprimé avec un intervalle de confiance à 95%. Les comparaisons entre les deux groupes indépendants (favorable ou non à l'ATT) concernant des paramètres de nature quantitative, ont été réalisées par le test t de Student ou par le test de Mann-Whitney, si conditions du t-test non respectées. Les comparaisons entre groupes concernant des paramètres qualitatifs ont été effectuées par le test du khi-deux ou par le test exact de Fisher. Enfin, en situation multivariée, une régression logistique a été mise en œuvre en considérant les covariables au regard des résultats d'analyse univariée et de leur pertinence clinique (âge, niveau d'études, niveau de risque cardiovasculaire et ancienneté de l'AMT). Les résultats ont été exprimés en termes d'odds-ratio et intervalle de confiance à 95%. Les questionnaires de la phase test ont été intégrés dans le calcul des résultats. L'analyse de sensibilité réalisée sur ces réponses ne montraient aucune différence sur les résultats observés.

2.7. Ethique

Tous les résultats ont été anonymisés une fois informatisés et toute trace d'identité a alors été effacée manuellement. Une demande a été soumise à la Commission

Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Cette étude, basée sur le recueil de données en soins primaires, durant des consultations habituelles de suivi des patients, est classée comme recherche n'impliquant pas la personne humaine au sens de la loi Jardé. Elle ne demande donc pas à ce titre d'avis éthique.

3. Résultats

3.1. Effectif des médecins investigateurs

L'étude a intégré 50 MG investigateurs. Parmi ceux-ci, 12 n'ont pas inclus de patient. Les raisons invoquées ont été le manque de temps, la charge de travail, des questionnaires distribués mais non retournés, ou la pratique par les patients de l'AMT lors du diagnostic et non du suivi de l'HTA. Les caractéristiques des MG sont répertoriées ci-dessous (tableau 1).

Socio-démographiques	
Age moyen, années (min-max)	49 (29-68)
Hommes, n (%)	27 (54%)
Mode d'exercice et formation	
Durée moyenne exercice, années (min-max)	18.6 (1-41)
Urbain, n (%)	27 (54%)
Structure :	
En groupe n (%)	38 (72%)
Maison de santé pluridisciplinaire n (%)	6 (12%)
Seuls n (%)	6 (12%)
MSU, n (%)	22 (44%)

Tableau 1 : Caractéristiques des MG investigateurs

3.2. Flow chart

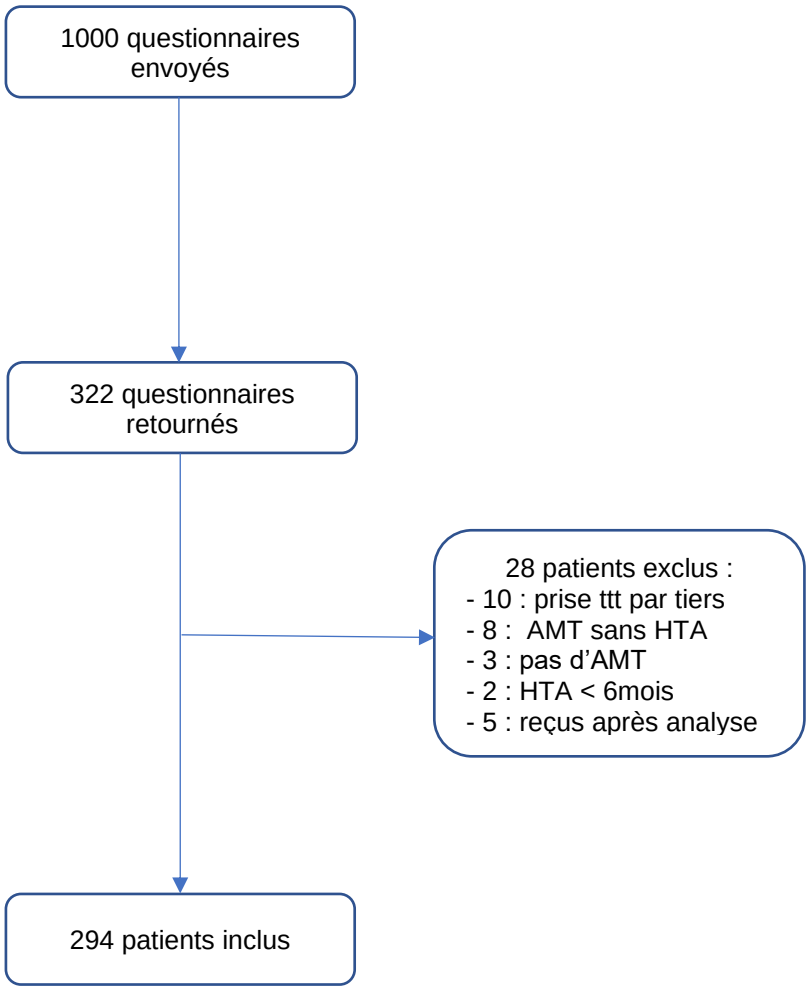


Figure 1 : Flow chart

3.3. Population étudiée et principaux résultats

Au total 294 patients ont été inclus. La moyenne d'âge était de 67.4 ans ± 10.8. L'indice de masse corporelle moyen était de 28.2kg/m² ± 4.6.

Les caractéristiques de la population sont décrites dans le tableau 2.

La proportion de patients motivés à réaliser une ATT associée à l'AMT était de 81 % [75.9-85.3%] soit 238 patients favorables sur un total de 294.

	Total (n=294)	OUI (n=238)	NON (n=56)	p-value
Age (années)	67.4± 10.8	66.7 ± 10.9	70.8 ± 9.5	**0.01**
Genre féminin	137(46.6)	107(45)	30(53.6)	0.25
En couple	195(66.3)	162(68.1)	33(58.9)	0.19
Urbains	161(54.8)	131(55.0)	30(53.6)	0.84
Niveau d'études ≤ Baccalauréat	202/293(68.9)	156(65.8)	46(82.1)	**0.02**
Actifs	74(25.2)	95(27.3)	9(16.1)	0.08
Métier 262/294				
Cadres, profession intellectuelle	64/262(24.4)	54(25.1)	10(21.3)	
Employés	60/262 (22.9)	51(23.7)	9(19.2)	
Ouvriers	41/262 (15.7)	32(14.9)	9(19.2)	
Sans activité professionnelle	37/262 (14.1)	26(12.1)	11(23.4)	0.53
Profession intermédiaire	26/262 (9.9)	23(10.7)	3(6.4)	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	22/262 (8.4)	19(8.8)	3(6.4)	
Agriculteurs	12/262 (4.6)	10(4.7)	2(4.3)	
Indice de masse corporelle (kg/m²)	28.2± 4.6	28.12±4.7	28.73±4.3	0.38
Tabagisme	37(12.6)	30 (12.6)	7(12.5)	0.98
Diabète	56(19.1)	43 (18.1)	13(23.2)	0.38
Dyslipidémie ou TTT hypolipémiant	111(37.8)	94 (39.5)	17(30.4)	0.20
Antécédents familiaux cardiovasculaires	42(14.5)	36(15.3)	6(10.9)	0.40
Ancienneté HTA 293/294				
6 Mois à 2 ans	44(15)	38(16)	6(10.7)	
2 à 10 ans	105(35.8)	81(34.2)	24(42.9)	0.39
>10 ans	144(49.2)	118(50)	26(46.4)	
Risque cardiovasculaire				
Très haut risque	72(24.5)	60(25.2)	12(21.4)	
Haut risque	70(23.8)	59(24.8)	11(19.6)	0.10
Risque modéré	138(46.9)	105(44.1)	33(58.9)	
Risque Faible	14(4.8)	14(5.9)	0(0)	
Haut et très haut risque	142(48.3)	119(50)	23(41.1)	0.23
Prévention primaire HTA	258 (87.8)	206(86.6)	52(92.9)	0.20
Accident Vasculaire Cérébral	15(5.1)	13(5.5)	2(3.6)	0.74
Infarctus Du Myocarde	23(7.8)	20(8.4)	3(5.4)	0.59
Insuffisance Rénale Chronique	21(7.1)	16(6.7)	5(9)	0.57
TTT Inhibiteur de l'enzyme de conversion	109(37.1)	91(38.2)	18(32.1)	0.40
TTT Sartans	111(37.6)	89(37.4)	22(39.3)	0.79
TTT Bétabloquants	114(38.8)	91(38.2)	23(41.1)	0.70
TTT Inhibiteurs calciques	96(32.7)	77(32.4)	19(33.9)	0.82
TTT Diurétiques	103(35.0)	80(33.6)	23(41.1)	0.29
TTT Centraux	14(4.8)	10 (4.2)	4(7.1)	0.32
Nombre TTT antihypertenseurs < 3	232(78.9)	189(79.4)	43(76.8)	0.67
AMT <1 an	68(23.1)	49(20.6)	19(33.9)	
AMT 1-3ans	80(7.2)	70(29.4)	10(17.9)	0.06
AMT >3ans	146(49.7)	119(50.0)	27(48.2)	
Brassard	192(65.3)	153(64.3)	39(69.6)	0.45
Fréquence AMT rare	168(57.1)	135(56.7)	33(58.9)	
Fréquence AMT parfois	98(33.3)	83(34.9)	15(26.8)	0.27
Fréquence AMT toujours	28(9.5)	20(8.4)	8(14.3)	
Auto-adaptation	82(27.9)	71(28.8)	11(19.6)	0.13

Tableau 2 : Caractéristiques de la population selon la motivation à réaliser l'ATT.

AMT : automesure tensionnelle ; HTA : Hypertension artérielle ; TTT : traitement

Les patients favorables à une ATT avaient une moyenne d'âge plus faible de 66.7 ans ± 10.9 contre 70.8 ans ± 9.5 pour ceux réticents (p=0.01). Parmi les patients favorables à notre proposition, 65.8% avaient un niveau inférieur au baccalauréat. Chez les réticents, 82.1 % avaient un niveau inférieur au baccalauréat (p=0.02).

Parmi les patients favorables à une ATT, 50% possédaient un risque cardiovasculaire haut ou très haut. 41 % des refus d'ATT étaient classés à risque haut ou très haut selon notre algorithme (p=0.23).

Enfin, 70 patients sur les 238 favorables à l'ATT soit 29.4% effectuaient des AMT depuis 1 à 3 ans alors que 10 personnes sur les 56 non favorables soit 17.9% effectuaient l'AMT depuis 1 à 3 ans eux aussi (p=0.06).

Nous avons réalisé une analyse multivariée afin d'évaluer, chez les patients favorables à l'ATT, l'indépendance des facteurs associés (Figure 2).

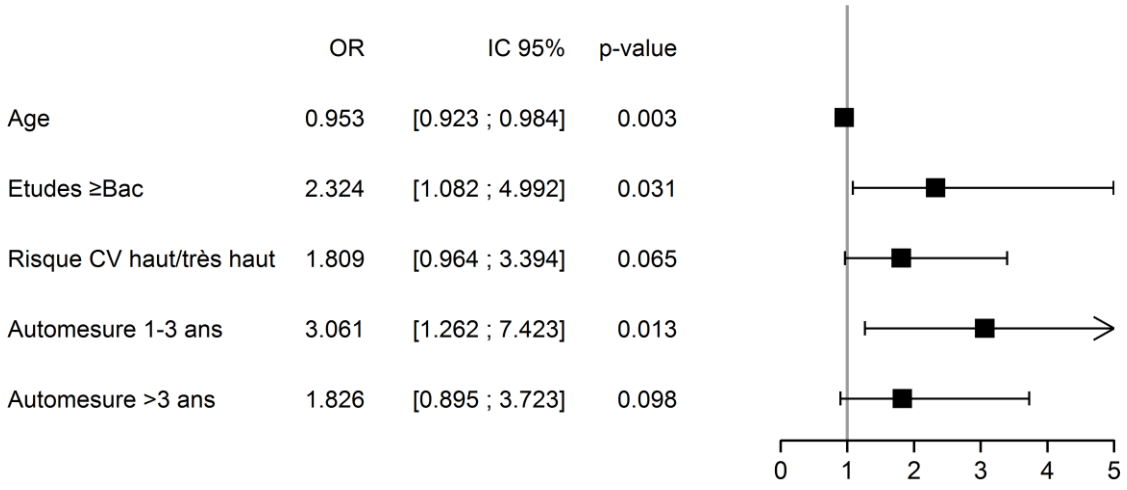


Figure 2 : Facteurs associés à l'ATT en analyse multivariée

Plus on avance en âge, moins on accepte une ATT (OR 0.95 ; p=0.003). De même un niveau d'études équivalent ou supérieur au baccalauréat est associé à une meilleure acceptation de l'ATT (OR 2.32 ; p = 0.03).

Concernant le risque cardiovasculaire, malgré l'absence de significativité, l'analyse univariée montrait que parmi les patients à très haut risque et haut risque cardiovasculaire, 84% étaient en faveur de l'ATT, ce qui semble cohérent avec l'analyse multivariée (OR : 1.809 ; 3.394).

3.4. Critères secondaires

Les patients acceptant l'ATT attendaient un équilibre thérapeutique rapide, et un gain d'autonomie dans la gestion de leur HTA. L'ATT permettrait de favoriser les échanges avec le MG et d'acquérir une meilleure compréhension de leur maladie. Ils exprimaient la confiance dans leur MG et sa disponibilité. La diminution du nombre de consultation n'est pas clairement mise en évidence. La crainte d'effets indésirables était rapportée par la plupart des patients, et d'autant plus chez les réfractaires à l'ATT (Figure 3).

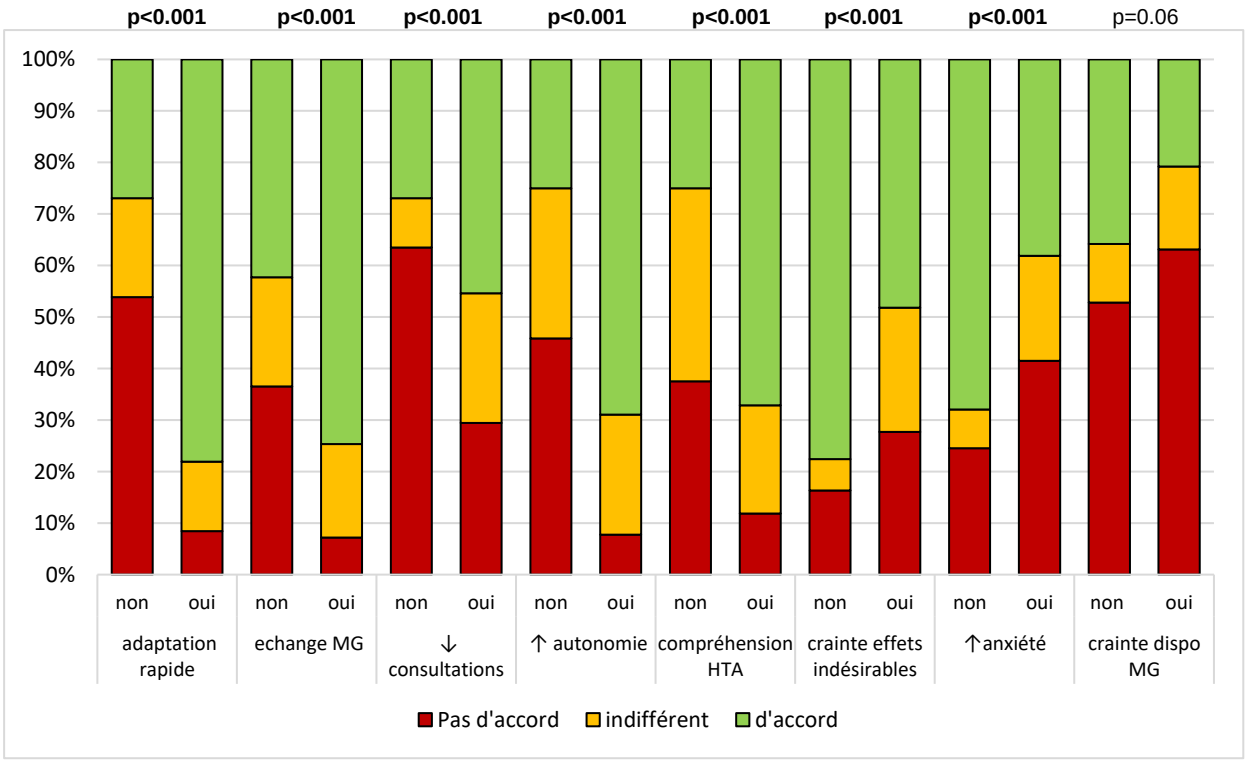


Figure 3 : Avis des patients sur les effets attendus par une ATT associée à l'AMT

4. Discussion

4.1. Principaux résultats

Avec 81 % de patients favorables, l'ATT paraît tout à fait réalisable par les patients hypertendus de l'étude qui pratiquent l'AMT. L'âge et le niveau d'instruction sont des facteurs positifs associés à la mise en place d'une ATT. Elle est mieux perçue par les patients réalisant l'AMT depuis 1 à 3 ans que par ceux les plus initiés, eux même plus motivés que les néo-pratiquants. La maitrise de la technique d'AMT et l'acquisition de logiques d'interprétation des PA permettraient donc au patient une autogestion plus importante dans cet intervalle. Ce moment paraît opportun pour proposer une ATT par le professionnel de santé. Les patients à plus haut risque cardiovasculaire sont aussi plus proactifs car possiblement plus sensibilisés par leur MG. C'est également le cas chez les patients traités en prévention secondaire de l'HTA. Quant au nombre de traitements antihypertenseurs, il n'est pas contributif. Nous pourrions discuter la recherche d'un effet du nombre total de médicaments tout confondu plutôt que de se concentrer sur les seuls antihypertenseurs. Un effet pourrait apparaitre.

Le patient malade prend part aux décisions, à la prise en charge de sa pathologie. Il est prêt à entreprendre, apprendre et comprendre sa maladie. L'auto soin est une voie dans cette démarche. L'ATT répond à un phénomène d'évolution naturelle vers un self management et 27% des patients déclarent avoir déjà adapté leur traitement. Le caractère encadré de la démarche avec proposition et accompagnement par le MG et le système de soins reste la condition au maintien d'une bonne alliance de la relation médecin malade. L'ATT demeure une action collaborative entre patients et MG. Le rôle paternaliste du MG qui choisirait le meilleur traitement à proposer à son patient pourrait intervenir.

4.2. Comparaison avec les données de la littérature

L'étude FLASH 2019 menée en juillet 2019 en France métropolitaine dans la population âgée de 35 ans et plus confirme les chiffres inquiétants de la dernière enquête du même nom, réalisée en 2017. L'HTA demeure insuffisamment dépistée, et traitée (20). Entre 2009 et 2019 la proportion de personnes se disant hypertendues est passée de 30.6 à 27.6 % (21). Le contrôle de la pathologie régresse lui aussi. Une PA mesurée par AMT est aux objectifs tensionnels chez seulement 49,6 % des hypertendus traités. Alors que 50% des sondés déclarent posséder un appareil d'AMT (soit 9.4 millions à l'échelle de la France) nous ne pouvons plus ignorer cet outil, d'autant plus que l'on sait qu'il favorise l'observance thérapeutique.
La comparaison de notre population à celle des hypertendus traités dans l'étude FLASH s'est avérée assez homogène dans sa répartition et dans la prévalence de certaines comorbidités (22).

Dans l'étude Autoprov, publiée en 2009, 62,4 % des sujets hypertendus ont déclaré vouloir autosurveiller leur PA. Une large majorité des patients (72,5 %) s'estimaient capables de juger eux-mêmes si leur hypertension artérielle était contrôlée ou pas, avec un avis de leur MG concordant dans 76,6 % des cas. (23)
Notre étude confirme l'acceptation des patients à une mise en place d'ATT. Celle-ci s'était révélée sure et efficace sur les PA chez 111 français recrutés en soins primaires dans l'étude SEHTI (24). Un taux de 80 % des patients étaient satisfaits du programme mis en place.

L’ATT a montré son bénéfice sur la baisse de la PAS dans les pays anglo-saxon. Dans l’étude TASMINH2(13) en 2010, après 12 mois, 71 % des 234 patients du groupe d'intervention ont déclaré préférer l'autosurveillance et l’autogestion comme méthode de surveillance de la pression artérielle contre 43 % des 242 patients dans le groupe témoin. Alors que celle-ci avait retrouvé une différence significative de 5.4 mmHg de PAS à 12 mois par rapport aux méthodes classiques. En 2014 TASMINH-SR (16) retrouvait une diminution de 9.2 mmHg de PAS et 3.4 de PAD chez des patients avec un risque cardiovasculaire plus élevé que dans TASMINH2.

En regard de ces résultats, une première étude de mise en application de l’ATT pourrait concerner cette population dont le bénéfice d’un meilleur contrôle tensionnel est essentiel et qui semble majoritairement favorables à l’application de l’ATT.

4.3. Forces et limites

Une estimation du nombre de sujet initialement souhaité a permis de calculer que l’inclusion des 294 patients permet d’obtenir une précision de ± 4% pour le critère de jugement principal. Le déroulement ambulatoire de l’étude à travers les patientèles de 50 MG investigateurs et le recueil de données ont permis d’obtenir un large panel des hypertendus auvergnats représentatif de la population hypertendue française (3,10,22). Un biais de sélection est possible du fait que le MG a pu sélectionner les patients les plus aptes et volontaires pour répondre au questionnaire. Il existe également une surreprésentation de MG MSU dont on connaît l’implication pour la recherche.

L'utilisation de l'auto questionnaire peut modérer les résultats obtenus. Les données recueillies sont fondées sur les déclarations du patient avec une possible inexactitude entre les demandes de l'investigateur et les réponses de l'enquêté. Ce caractère déclaratif constitue des limites du travail. Il est également possible de penser que seuls les patients motivés ont retourné le questionnaire, constituant un biais d'échantillonnage. Une autre limite est représentée par le choix de formulation des questions qui pouvaient être mal comprises par les patients. Cependant, avec un taux de retour de 32%, l'acceptation est satisfaisante.

4.4. Perspectives pour la recherche et les soins

La télésurveillance, branche de la télémédecine, permet à un professionnel médical d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient (25,26). C'est l'objet de nombreuses applications reliées à des tensiomètres connectés et autres technologies développées en e-santé (27). L'utilisation d'outils connectés s'intègre dans une démarche globale d'éducation, en rendant le patient plus autonome. Un bon usage de l'automesure favorise l'alliance thérapeutique (28). La connexion entre patient et MG par les relevés d'AMT partagés permettrait de sécuriser le cadre d'ATT (29).

La mise en place d'une étude pilote répondrait donc à l'évolution et la mutation vers un système de soin interactif, pluriprofessionnel qui pourrait réduire l'inertie actuelle de la prise en charge de l'HTA.

5. Conclusion

Plus de 4 patients sur 5 expriment leur motivation à réaliser une ATT encadrée si celle-ci était proposée par leur MG. L'hypothèse que certains patients sont plus enclins à réaliser l'ATT est vérifiée. Les patients les plus jeunes et ceux les plus instruits sont significativement plus favorables. Un risque cardiovasculaire plus élevé et la réalisation d'AMT depuis 1 à 3 ans favorisent également l'intérêt des patients pour l'ATT. Nos résultats semblent expliqués par une autonomisation progressive et la compréhension des patients de leur maladie afin de mieux la gérer au quotidien. La crainte d'effets indésirables induits par l'ATT est à l'inverse leur principal frein. En application à la pratique courante, le développement des auto-soins dans les maladies chroniques sont des perspectives pour obtenir un meilleur contrôle des pathologies. Les patients ne sont pas opposés à gagner en responsabilité et autonomie si leur MG et le réseau de soins restent disponibles.

Pierre CLAVELOU
Doyen-Directeur

le 15/01/2020

Pr P VORILHON



Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Panorama mondial de l'hypertension : Un «tueur silencieux» responsable d'une crise de santé publique mondiale [Internet]. WHO. 2013 [cité 05 février 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/fr/

2. Haute autorité de santé (HAS). Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. has-sante.fr. 2016 [cité 05 février 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_hta_mel.pdf

3. Perrine AL, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. Bull Epidemiol Hebd [Internet]. 2018 [cité 05 février 2019];(10):170-9. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/186617/2319561

4. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale. Exercer. 2014;25(114):148–57.

5. 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;380(9859):2224–60.

6. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016;387(10022):957-67.

7. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet. 2002;360(9349):1903-13.

8. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J [Internet]. 2018 [cité 01 mars 2019];39(33):3021-104. Disponible sur: https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119

9. Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA). Mesure de la pression artérielle : recommandation [Internet]. sfhtra.eu. 2018 [cité 01 mars 2019]. Disponible sur : http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2018/12/Recommandation_Mesure_de_la_PA_VF.pdf

10. Girerd X. Etude HTA FLAHS 2017 : traitements de l'hypertension [Internet]. comitehta.org. 2017 [cité 05 février 2019]. Disponible sur : http://www.comitehta.org/wp-content/uploads/2017/12/FLAHS2017_CFLHTA.pdf

11. Riegel B, Jaarsma T, Lee CS, Strömberg A. Integrating Symptoms Into the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. ANS Adv Nurs Sci [Internet]. 2019 [cité 21 juin 2019];42(3):206-15. Disponible sur : http://dx.doi.org/10.1097/ANS.0000000000000237

12. World Health Organization (WHO). What do we mean by self-care? [Internet]. WHO. [cité 10 janvier 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/self-care-interventions/definitions/en/

13. McManus RJ, Mant J, Bray E, Holder R, Jones MI, Greenfield S, et al. Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. Lancet. 2010; 376(9736):163-72.

14. Lebeau JP, Cadwallader JS, Vaillant-Roussel H, Pouchain D, Yaouanc V, Aubin-Auger I, et al. General practitioners' justifications for therapeutic inertia in cardiovascular prevention: an empirically grounded typology. BMJ Open [Internet]. 2016 [cité 06 juin 2019];6(5):1-10. Disponible sur : http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010639

15. Lebeau JP, Biogeau J, Carré M, Mercier A, Aubin-Auger I, Rusch E, et al. Consensus study to define appropriate inaction and inappropriate inertia in the management of patients with hypertension in primary care. BMJ Open [Internet]. 2018 [cité 06 juin 2019];8(7):1-11. Disponible sur : http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020599

16. 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 [Internet]. 2014 [cité 01 Mars 2019];312(8):799–808. Disponible sur : http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.10057

17. Ducroz J. 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 [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Clermont-Ferrand] : Université Clermont Auvergne ; 2018 [cité 01 mars 2019]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02129655/document

18. Agences régionales de santé (ARS). Annuaire des professionnels de santé [Internet]. paps.sante.fr. 2019 [cité 12 avril 2019]. Disponible sur: http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/annuaire-des-professionnels-de-sante

19. HAS. Evaluation du risque cardio-vasculaire du patient. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé. [cité 11 janvier 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_chapitre_2_evaluation_du_niveau_de_risque_cardiovasculaire.pdf

20. Denolle T, Asmar R, Boivin J-M, Girerd X, Le Jeune S, Vaisse B, et al. Recommandations sur la mesure de la pression artérielle : consensus d'experts de la Société française d'hypertension artérielle, filiale de la Société française de cardiologie. Presse Med [Internet]. 2019 [cité 01 mars 2019];48(11, Part 1):1319-28. Disponible sur : https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.09.060

21. Girerd X, Toublou C, Pathak A, Vaisse B, Silhol F, Hanon O. Auto-dépistage de la tension selon le protocole depistht a® dans la population de l'enquête flahs 2019. In: 39es Journées de l'Hypertension Artérielle. Paris; 2019.

22. Girerd X. Etude HTA FLAHS 2019 : auto-dépistage de l'hypertension en France en 2019 [Internet]. comitehta.org. 2019 [cité 21 janvier 2020]. Disponible sur: http://www.comitehta.org/wp-content/uploads/2020/01/FLAHS2019_R%C3%A9sultats_Total.pdf

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

24. Bobrie G, Postelvinay N, Delonca J, Corvol P. Self-measurement and self-titration in hypertension : a pilot telemedicine study. Am J Hypertens. 2007;20(12):1314–20.

25. HAS. Télémédecine [Internet]. has-sante.fr. [cité 21 janvier 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2673715/fr/telemedecine

26. Richeux V. Télétransmission des données d'automesure tensionnelle : quelle utilité ? [Internet]. Medscape. 2016. [cité 21 janvier 2020]. Disponible sur : https://francais.medscape.com/voirarticle/3602084

27. Postel-Vinay N, Bobrie G, Amar L, Azizi M. Hypertension artérielle, télémédecine et e-santé : que retenir en pratique ? Rev Prat. 2019;69(10):1080-2.

28. Blacher J, Halimi JM, Hanon O, Mourad JJ, Pathak A, Schnebert B et al. Management of hypertension in adults: the 2013 French Society of Hypertension guidelines. Fundam Clin Pharmacol [Internet]. 2014 [cité 01 mars 2019];28(1):1-9. Disponible sur : https://doi.org/10.1111/fcp.12044

29. Steurer-Stey C, Zoller M, Chmiel Moshinsky C, Senn O, Rosemann T et al., Does a colour-coded blood pressure diary improve blood pressure control for patients in general practice: The CoCo trial. Trials [Internet]. 2010 [cité 23 janvier 2020];11:1-6. Disponible sur : http://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-11-38

ÉTUDE AUTOMATE

Etude AUTOMesure tensionnelle Associée à une Titration Encadrée

chez les patients hypertendus pratiquant l'AMT

NOTE D'INFORMATION AUX MÉDECINS

Cher Confrère, Chère Consœur,

Je prépare actuellement une thèse de Médecine Générale sur un sujet d'avenir : l'autotitration médicamenteuse des patients dans la prise en charge de l'HTA.

Plus précisément, l'objectif de cette étude est de déterminer la proportion de patients motivés à réaliser l'autotitration.

La littérature internationale a montré l'efficacité de l'autotitratration dans les maladies chroniques. Cette démarche s'inclue dans une dans un processus d'éducation thérapeutique pour aboutir à une capacité d'auto soins du patient.
De plus, l'autotitration, pourrait être un moyen d'accéder aux objectifs tensionnels sous traitement.

La littérature anglosaxone a testé l'impact de l'autotitration sur la pathologie hypertensive et a retrouvé un effet bénéfique sur les chiffres tensionnels.

Or, à notre connaissance, il existe peu de données quantitatives en France sur le sujet.

Notre étude descriptive transversale a pour objectif d'évaluer, au sein des patients pratiquant l' AMT, la proportion des patients motivés à réaliser une autotitration médicamenteuse.
Les résultats nous permettront de cerner et d'évaluer la problématique ; un préliminaire à la mise en place d'un projet de plus grande envergure testant l'intervention sur les patients.

Pour cette étude, nous avons besoin de votre accord avant d'inclure vos patients, ainsi que de quelques données supplémentaires sociodémographiques. Merci de bien vouloir nous renvoyer la fiche ci-jointe préalablement complétée

Vous serez tenus informés des résultats de cette étude.
Nous vous remercions de votre participation et restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Veuillez agréer, cher confrère, chère consœur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Toulouse Nathalie
Interne de Médecine Générale
Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

DMG DÉPARTEMENT de MÉDECINE GÉNÉRALE CLERMONT-FERRAND

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES UNIVERSITÉ Clermont Auvergne

MERCI DE COMPLÉTER CETTE PARTIE ET DE NOUS LA RENVOYER POUR CELA, UTILISEZ L'ENVELOPPE PRÉ-AFFRANCHIE.

NOM :

1, Quel est votre âge ? :

..... ans

2, Quel est votre sexe ? :

◯ Masculin ◯ Féminin

3, Quel est le nombre d'habitants de votre commune ?

.....

4, Depuis combien de temps exercez-vous ?

..... années

5, Êtes-vous Maître de Stage des Universités ?

◯ Oui ◯ Non

6, Quel est votre mode d'exercice professionnel ?

◯ Seul
◯ En cabinet de groupe
◯ En Maison de Santé Pluri-professionnelle
◯ Autre (précisez) : .....

INTÉRESSONS-NOUS À L'AUTOTITRATION

E1. Avez-vous déjà adapté la dose de votre traitement ?

-suite à des symptômes ◯Oui ◯Non

-suite à des chiffres tensionnels hauts ◯Oui ◯Non

-suite à des chiffres tensionels bas ◯Oui ◯Non

E2. Si vous n'avez pas modifié votre traitement, est-ce parce que :

◯Vous n'en avez pas ressenti le besoin

◯Vous ne vous sentez pas capable de le faire

◯Vous considérez que seul l'avis du médecin vous le permet

E3. Si votre médecin généraliste vous remettais un mode d'emploi pour adapter la dose de votre traitement selon les chiffres tensionnels, seriez-vous partant pour le suivre ?

Une seule case peut être cochée

◯Oui ◯Non

E4. Dans le cadre de ces adaptations de dose (que l'on appelle autotitration) Quel est votre avis sur :

Une seule case doit être cochée par proposition

	tout à fait d'accord	d'accord	indifférent	pas d'accord	pas du tout d'accord
Cela me rendrai plus autonome	◯	◯	◯	◯	◯
Je comprendrai mieux ma maladie	◯	◯	◯	◯	◯
J'adapterai plus rapidement mon traitement et donc mon état de santé	◯	◯	◯	◯	◯
J'améliorerai les échanges avec mon médecin à ce sujet	◯	◯	◯	◯	◯
Je diminuerai le nombre de consultation	◯	◯	◯	◯	◯
Je crains que des effets indésirables apparaissent	◯	◯	◯	◯	◯
J'ai peur que mon médecin ne soit pas disponible pour répondre à mes questions	◯	◯	◯	◯	◯
Adapter mon traitement seul m'angoisse	◯	◯	◯	◯	◯

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION A CETTE ETUDE

Une fois le questionnaire rempli, merci de le déposer dans l'urne mise à votre disposition au secrétariat.

ÉTUDE AUTOMATE

AUTOMesure tensionnelle Associée à une Titration Encadrée

Chez les patients hypertendus

Si vous êtes traités depuis au moins 6 mois, et que vous contrôlez vos chiffres tensionnels à domicile, merci de bien vouloir prendre 10 minutes pour répondre à ce questionnaire anonyme. Les personnes participantes au questionnaire devront répondre à toutes les questions.

NOTE D'INFORMATION AUX PATIENTS

Madame, Monsieur,

Future médecin généraliste,
je réalise une thèse de fin d'étude chez des patients traités pour hypertension artérielle qui utilisent l'automesure tensionnelle.

Le principal objectif de cette enquête est de connaître la part de patient qui serait motivés à exécuter une autotitration médicamenteuse associée à l'automesure (adaptation du traitement, selon les chiffres tensionnels mesurés).

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
UNIVERSITÉ Clermont Auvergne

DMG DÉPARTEMENT de MÉDECINE GÉNÉRALE CLERMONT-FERRAND

Sachez que nous avons obtenu, au préalable, l'accord de votre médecin généraliste pour votre participation à cette étude.

Une fois votre questionnaire complété, vous pourrez le déposer dans l'urne mise à votre disposition au cabinet.

Votre médecin traitant n'aura pas accès aux réponses de votre questionnaire anonyme.

Toute information recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. Les questionnaires sont anonymes et la publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.
Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Vous pourrez donc demander les résultats de ce travail de recherche auprès du secrétariat ou de votre médecin traitant dans quelques mois, conformément à l'article L1122-1 du Code de la Santé Publique.

Je vous remercie par avance de votre participation.

Nathalie Toulouse
Interne de Médecine Générale
Faculté de Médécine de Clermont-Ferrand
[redacted]

QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX PATIENTS TRAITÉS POUR UNE HYPERTENSION ARTERIELLE ET PRENNANT LEUR TENSION A LA MAISON

Merci de cocher la case correspondante ☑ et de compléter les pointillés lorsque cela est nécessaire.

Ce questionnaire est anonymisé. Seul l'enquêteur connaitra votre nom.

Votre médecin traitant n'aura pas accès à vos réponses. Vous devez répondre à toutes les questions pour que le questionnaire soit validé et les réponses exploitées.
Une fois le questionnaire complété, merci de le plier en deux et de le mettre dans l'urne mise à votre disposition au cabinet.

Nom et Prénom :

.....

Toutes les données sont ensuite anonymisées

INTÉRESSONS-NOUS À VOUS

A1. Ma situation familiale ?

◯ Célibataire ◯ Concubinage
◯ Marié(e) ◯ Pacsé(e)
◯ Divorcé(e), séparé(e), veuf(ve)

A2. Mon âge ?

..... ans

A3. Je suis ?

◯ Une femme ◯ Un homme

A4 Actuellement, je suis :

◯ Retraité
◯ Actif

A5 Mon Métier ? :

◯ Agriculteurs exploitants
◯ Artisans, commerçants, chef d'entreprise
◯ Cadres et professions intellectuelles
◯ Professions intermédiaires
◯ Employés
◯ Ouvriers
◯ Autres personnes sans activité professionnelle

A6. Mon niveau d'étude ?

◯ Brevet (avec ou sans obtention)
◯ CAP / BEP
◯ Enseignement secondaire (terminale avec ou sans obtention du bac)
◯ Diplôme de niveau Bac +2
◯ Diplôme supérieur à Bac +2

A7. Le code postal de mon lieu d'habitation ?

.....

A8. Fumeur ?

◯ Oui ◯ Non

A9. Pour les anciens fumeurs, merci de préciser depuis quand avez-vous stoppé :

◯ moins de 3 ans
◯ plus de 3 ans

A10. Mes mensurations ?

Poids : ..... kg Taille : ..... m

INTÉRESSONS-NOUS À VOS ANTECEDENTS

B1. Depuis combien de temps prenez-vous un traitement pour l'hypertension artérielle ?

◯ entre 6 mois et 2 ans
◯ entre 2 ans et 10 ans
◯ plus de 10 ans

B2. Etes-vous diabétique ?

◯ Oui ◯ Non

B3. Avez-vous un excès de cholestérol, ou un traitement hypocholestémiant ?

◯ Oui ◯ Non

B4. Avez-vous des antécédents familiaux d'AVC ou d'infarctus chez votre père avant ses 50 ans?

◯ Oui ◯ Non

chez votre mère avant ses 60 ans?

◯ Oui ◯ Non

B5. Avez-vous déjà eu une des maladies suivantes ?

◯ AVC (accident vasculaire cérébral)
◯ Infarctus du myocarde
◯ Insuffisance rénale

◯ Autres :

.....
.....
.....
.....

INTÉRESSONS-NOUS À VOTRE TRAITEMENT

C1. Quel est votre traitement ?
Si cela est trop contraignant, vous avez la possibilité de nous laisser le double de vos ordonnances.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pouvez-vous nous laisser les coordonnées de votre pharmacie ?
.....

C2.Qui gère votre traitement à la maison?

◯ vous même
◯ une infirmière
◯ votre conjoint(e)

INTÉRESSONS-NOUS À VOS MESURES DE TENSION A LA MAISON

D1. Depuis quand réalisez-vous des mesures ?

Une seule case doit être cochée

◯ Moins d'un an
◯ Entre 1 et 3 ans
◯ Plus de 3 ans

D2. Quel type d'appareil possédez-vous ?

◯ Mesure de la tension au poignet
◯ Mesure de la tension au bras

D3. A quelle fréquence mesurez-vous la tension à domicile ?

Une seule case peut être cochée

◯ Jamais
◯ Rarement (1 à 2 fois par mois)
◯ Parfois (1 à 3 fois par semaine)
◯ Toujours (Tous les jours)

Annexe 3 – Algorithme décisionnel du risque cardiovasculaire chez les patients hypertendus

Risque CV **très élevé**	ATCD d'AVC, AIT, IDM ou angioplastie, AOMI, AAA Ou IRC Ou diabète + dyslipidémie
Risque CV **élevé**	Dyslipidémie Ou diabète sans IRC
Risque CV **modéré**	Tabagisme actif ou sevré < 3 ans Ou ATCD familiaux CV Ou sexe masculin et âge supérieur ou égal à 50 ans Ou sexe féminin et âge supérieur ou égal à 60 ans
Risque CV **faible**	HTA sans autre facteur de risque associé

Gradation du risque cardiovasculaire (CV) selon notre algorithme

AAA anévrysme de l'aorte abdominale ; ATCD : antécédant ;AOMI artérite oblitérante des membres inférieurs ;AIT accident ischémique transitoire ; AVC : accident vasculaire cérébral ; IDM infarctus du myocarde ; IRC insuffisance rénale chronique

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.

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.

Evaluation de la motivation des patients à pratiquer une autotitration médicamenteuse encadrée associée à l'automesure tensionnelle dans la prise en charge de l'hypertension artérielle

Résumé :

CONTEXTE : L'autotitration (ATT) médicamenteuse associée à l'automesure tensionnelle (AMT) est une méthode permettant par l'autonomisation du patient un meilleur contrôle tensionnel. Déjà appliquée en Europe, l'ATT soulève des interrogations chez les médecins généralistes (MG) français.

OBJECTIFS : Déterminer et décrire la proportion de patients hypertendus français pratiquant l'AMT motivés à réaliser une ATT médicamenteuse pour la prise en charge de leur hypertension artérielle (HTA). L'hypothèse de notre étude serait que certains patients sont plus susceptibles que d'autres de la pratiquer.

METHODE : Etude transversale descriptive par auto-questionnaire auprès de patients suivis en médecine générale en Auvergne menée de juillet à novembre 2019. Les patients majeurs hypertendus pratiquant l'AMT et traités par antihypertenseurs depuis plus de 6 mois étaient inclus. Le critère de jugement principal était la proportion de patients motivés à réaliser une ATT médicamenteuse associée à l'AMT pour la prise en charge de leur HTA.

RESULTATS : 294 patients ont été inclus. Si celle-ci leur était proposée par leur médecin généraliste, 81% des patients interrogés (IC 95% : 75.9 à 85.3%) seraient favorables à une ATT médicamenteuse couplée à l'AMT. Les patients avec un niveau d'études au moins égal au baccalauréat étaient plus favorables à l'ATT (OR [IC 95%] : 2.32 [1.08 ; 4.99], p=0.03), tout comme les patients avec un risque cardiovasculaire élevé ou très élevé (OR [IC 95%] : 1.81 [0.96 ; 3.39], p=0.07). Les patients qui pratiquaient l'AMT depuis 1 à 3 ans étaient également plus favorables à l'ATT que ceux qui la pratiquaient depuis moins d'un an (OR [IC 95%] : 3.06 [1.26 ; 7.42], p=0.01). L'âge était négativement associé au fait d'être favorable à l'ATT (OR [IC 95%] : 0.95 [0.92 ; 0.98], p=0.003).

CONCLUSION : L'ATT associée à l'AMT dans la prise en charge de l'HTA est majoritairement acceptée par les patients interrogés. Les patients semblent progresser vers un self management tout en conservant l'alliance avec le MG. L'application de l'ATT par essai randomisé permettrait d'évaluer l'amélioration du contrôle tensionnel en France.

Mots-clés :

- Hypertension artérielle
- Automesure tensionnelle
- Autotitration
- Médecine Générale
- self-care