

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

2021

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 4 février 2021, à Poitiers,
par **Mme AZERKI Siham Fleur**

**Évaluation du lien entre connaissances théoriques de l'hypertension
artérielle et observance thérapeutique en médecine générale chez les
patients hypertendus du Poitou-Charentes.**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Binder Philippe

Membres :

Mr le Professeur Binder Philippe,

Mme le Docteur Andrieux Marine,

Mme le Docteur Dupuis-dusseau Élise,

Mme le Docteur Jacquot Natacha

Directeur de thèse : Mme le Docteur Andrieux

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

2021

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 4 février 2021, à Poitiers,
par **Mme AZERKI Siham Fleur**

**Évaluation du lien entre connaissances théoriques de l'hypertension
artérielle et observance thérapeutique en médecine générale chez les
patients hypertendus du Poitou-Charentes.**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Binder Philippe.

Membres :

Mr le Professeur Binder Philippe,

Mme le Docteur Andrieux Marine,

Mme le Docteur Dupuis-dusseau Élise,

Mme le Docteur Jacquot Natacha.

Directeur de thèse : Mme le Docteur Andrieux.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2019 - 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie (**absente jusque début mars 2020**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Remy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHAIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Remy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Remy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier le Docteur Andrieux Marine, directrice de thèse qui m'a encadrée tout au long de ce travail. Merci pour sa gentillesse, sa clairvoyance, sa disponibilité permanente ainsi que pour ses nombreux encouragements.

J'adresse aussi mes remerciements au directeur de jury Pr Binder, ainsi qu'aux Dr Andrieux, Dr Dupuis-Dusseau, Dr Jacquot, membres du jury qui m'ont fait l'honneur d'être présents en ce jour.

Merci à mes différents maîtres de stages Dr Dupuis-Dusseau, Dr Boussuge, Dr Rucquois qui m'ont permis de mettre en pratique le fruit de la recherche théorique. Ils resteront pour moi des modèles à suivre de par leurs qualités professionnelles et humaines.

Merci à mes oncles et tantes Armelle, Gérard et Jeannine pour le temps consacré à la relecture de cette thèse. C'est d'ailleurs grâce à eux qu'a germé ce projet de thèse.

Enfin, je suis reconnaissante envers tous les patients ayant pris quelques minutes pour remplir le questionnaire et sans qui rien n'aurait été possible.

J'accorde une attention spéciale à Lucile dont la vie s'est malheureusement trop vite arrêtée, à mes grand-parents ainsi qu'à Mme Kaas et Mme Lucie qui ont contribué à mon éducation et qui, je l'espère, depuis là-haut, sont fiers de la personne que je suis devenue.

J'éprouve évidemment de la gratitude envers le corps professoral de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Cluj-Napoca en Roumanie pour avoir cru en moi et laissé la chance d'atteindre ma vocation de Docteur en médecine générale malgré l'échec de la première année en France. J'ai, grâce à eux, pu bénéficier d'un externat de qualité.

Mes remerciements vont aussi à ma famille et belle famille qui, avec cette question récurrente, « quand est-ce que tu soutiens ta thèse ? », bien qu'angoissante en période de doutes, m'ont permis de ne jamais dévier de mon objectif et ont fait preuve d'une bienveillance sans fin.

J'ai évidemment une pensée pour mes amies d'enfance Harriet, Philippine, Laurie, Lucie, Julie, Pauline et Bénédicte qui n'ont pas hésité à se déplacer jusqu'à l'autre bout de l'Europe afin de me témoigner leur affection. Je leur souhaite à tous et toutes beaucoup de bonheur à venir.

Un merci tout particulier à mes collègues, co-internes, colocataires pour leur joie de vivre : Hélène, Imanol, Natacha, Laetitia, Elodie, Sophie, Marion, Thomas, Benjamin, Xabi, Noémie, Florent, Céline et Arnaud devenus amis qui m'ont permis de m'enrichir et de m'épanouir en stage comme de me divertir durant mon temps libre.

Enfin, je remercie mon compagnon de vie Florian pour son soutien quotidien indéfectible, sa confiance ainsi que sa persévérance. Notre couple a grandi en même temps que mon parcours professionnel à distance pendant de nombreuses années avant d'enfin pouvoir nous retrouver et laisser place à nos projets communs.

Ces remerciements ne peuvent s'achever, sans une pensée pour ma première fan : ma maman. Sa présence et ses encouragements sont pour moi les piliers fondateurs de la femme et du médecin que je suis aujourd'hui.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	10
HYPERTENSION ARTÉRIELLE	12
1) Définition de l'hypertension artérielle.....	12
2) Épidémiologie de l'hypertension artérielle mondiale et française.....	12
3) Physiopathologie de l'hypertension artérielle.....	13
4) Valeurs définissant les différentes classes d'hypertension artérielle.....	16
5) Valeurs cibles de la tension artérielle.....	17
6) Étiologies de l'hypertension artérielle.....	17
7) Clinique de l'hypertension artérielle.....	18
8) Diagnostic de l'hypertension artérielle.....	19
9) Bilan de l'hypertension artérielle.....	21
10) Complications de l'hypertension artérielle.....	21
11) Traitement de l'hypertension artérielle.....	23
OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE DANS L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE.....	26
1) Définitions de l'observance, compliance et adhésion thérapeutique.....	26
2) Méthodes de mesure de l'observance thérapeutique.....	27
3) Facteurs influençant l'observance thérapeutique.....	29
4) Complications de l'inobservance thérapeutique.....	33

MATÉRIEL ET MÉTHODE	35
1) Objectifs de l'étude.....	35
2) Type d'étude.....	35
3) Description de l'intervention.....	35
4) Population étudiée.....	36
5) Outil d'évaluation utilisé.....	37
6) Analyse statistique.....	38
RÉSULTATS	39
1) Description de la population étudiée.....	39
2) Connaissances théoriques de l'hypertension artérielle.....	41
3) Observance dans l'hypertension artérielle.....	42
4) Facteurs influençant l'observance.....	42
5) Lien entre connaissances et observance thérapeutique.....	46
DISCUSSION	47
1) Intérêt de l'étude.....	47
2) Comparaison des résultats avec la littérature.....	47
3) Implication pratique de l'étude.....	50
4) Limites et biais de l'étude.....	51
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE	54
ANNEXES	63
SERMENT D'HIPPOCRATE	69
RÉSUMÉS	70

GLOSSAIRE

- HTA : Hypertension Artérielle
- ADH : Hormone Anti-Diurétique
- ECA : Enzyme de Conversion de l'Angiotensine
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- CRIP : Cercle de Réflexion sur l'Industrie Pharmaceutique
- ASALEE : Action de Santé Libérale En Équipe
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle, premier facteur de risque cardio-vasculaire, est un enjeu majeur de santé publique et le premier motif de consultation de médecine générale dans le monde (1). En effet, en France en 2006, 92% des actes concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle avaient lieu en cabinet de médecine générale (2).

Afin de permettre une prise en charge optimale de cette pathologie chronique, la participation du patient au cœur du parcours de soin semble essentielle. Pour cela, le patient doit manifester un certain nombre de connaissances au sujet de sa pathologie. Dans ce cas, le malade doit dans un premier temps, être en mesure de reconnaître qu'il est porteur d'hypertension artérielle (« hypertension awareness ») puis, progressivement, acquérir les notions d'objectifs tensionnels, signes cliniques, complications possibles et mesures de traitements (3,4).

Or, il a été démontré, à travers plusieurs études, que le niveau de connaissances des patients à propos de l'hypertension artérielle demeure globalement insuffisant (5). L'étude MONA-LISA réalisée en France a en effet abouti au fait que seuls 2/3 des Femmes et 54% des Hommes de l'échantillon étudié étaient conscients d'être atteints d'hypertension (6).

Pourtant, en 2017, la France dénombre pas moins de 10,8 millions d'individus traités par au moins un antihypertenseur. Cette pathologie chronique silencieuse présente de nombreuses complications organiques responsables d'environ 10 millions de décès par an dans le monde selon l'Organisation Mondiale de la Santé. C'est pourquoi, l'observance thérapeutique constitue un enjeu majeur de santé publique à tel point que l'organisation mondiale de la santé a suggéré « qu'optimiser

l'observance médicamenteuse aurait plus d'impact en terme de santé mondiale que le développement de nouveaux médicaments » (7).

Malgré cela, l'observance thérapeutique dans les pathologies chroniques reste faible aux alentours des 50% (8) avec une difficulté de prise au delà de la première année de traitement (9) entraînant une augmentation des coûts du système de santé (10).

Ces notions soulèvent ainsi la question suivante : la connaissance des patients hypertendus vis à vis de l'hypertension artérielle influence-t-elle leur observance thérapeutique ?

A travers cette thèse, nous chercherons à déterminer l'existence d'un lien entre le niveau de connaissances de l'hypertension artérielle des patients hypertendus et l'observance thérapeutique dans la région Poitou-Charentes.

L'hypertension artérielle sera présentée de façon concise avant d'aborder la notion d'observance thérapeutique dans une première partie théorique. Dans une seconde partie, nous nous attarderons sur la méthodologie accompagnée des résultats de l'étude. Enfin, nous discuterons de la pertinence de ces résultats avant de conclure.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

1) Définition de l'hypertension artérielle.

L'hypertension artérielle est définie par une augmentation pathologique de la pression artérielle (force exercée par le sang sur les parois des vaisseaux) persistante, même au repos(11).

Elle touche environ un cinquième de la population adulte mondiale.

L'hypertension artérielle demeure majoritairement « essentielle » (par opposition à l'hypertension artérielle secondaire à une pathologie représentant seulement 10% des cas) (12).

La tension artérielle est caractérisée par deux valeurs :

- la pression artérielle systolique correspondant à la pression qui va propulser le sang dans l'aorte lors de la contraction cardiaque. C'est la pression sanguine maximale.
- la pression artérielle diastolique : s'apparentant à la pression nécessaire pour accueillir le sang lors de la distension ventriculaire et le remplissage des oreillettes. C'est la pression sanguine minimale (12, 13).

2) Épidémiologie de l'hypertension artérielle mondiale et française

Dans le monde en l'an 2000 : 972 millions soit 26,4% de la population adulte mondiale étaient hypertendus. Selon les prédictions scientifiques, ces données devraient observer une augmentation de 60% pour atteindre les 1,56 milliards d'hypertendus en 2025. Dans la répartition selon le sexe, les hommes semblent plus touchés que les femmes (14).

En France en 2017, un adulte sur trois demeure hypertendu dont un adulte sur deux l'ignore. Seulement un hypertendu sur deux prend un traitement antihypertenseur (15).

En France en 2012, plus de 11 millions de patients étaient traités pour hypertension artérielle (16).

L'hypertension artérielle est rendue mondialement responsable d'un décès prématuré sur huit et devient ainsi, avant même le tabac, le facteur de risque cardiovasculaire modifiable ayant la morbi-mortalité la plus élevée (17).

3) Physiopathologie de l'hypertension artérielle

Un grand nombre de facteurs semblent responsables dans l'apparition de l'hypertension artérielle.

Selon la loi de Poiseuille, la pression artérielle systémique est définie par le produit entre le débit cardiaque sanguin (Q_c) et la résistance périphérique (R_p) :

$$PAs = Qc \times Rp$$

Or, le débit cardiaque sanguin, correspondant à la quantité de sang éjectée par le ventricule gauche en une minute est égal au produit entre le volume d'éjection systolique (VES) et la fréquence cardiaque (FC):

$$Qc = VES \times FC$$

La résistance périphérique, quant à elle, dépend de la volémie, de la viscosité sanguine, du diamètre et de la longueur des vaisseaux.

Ainsi, toute modification de ces paramètres influencera la pression artérielle de manière significative. Pour cela, on dénombre trois principaux mécanismes (16):

- Nerveux
- Chimique et hormonal
- Rénal

1) Mécanisme nerveux

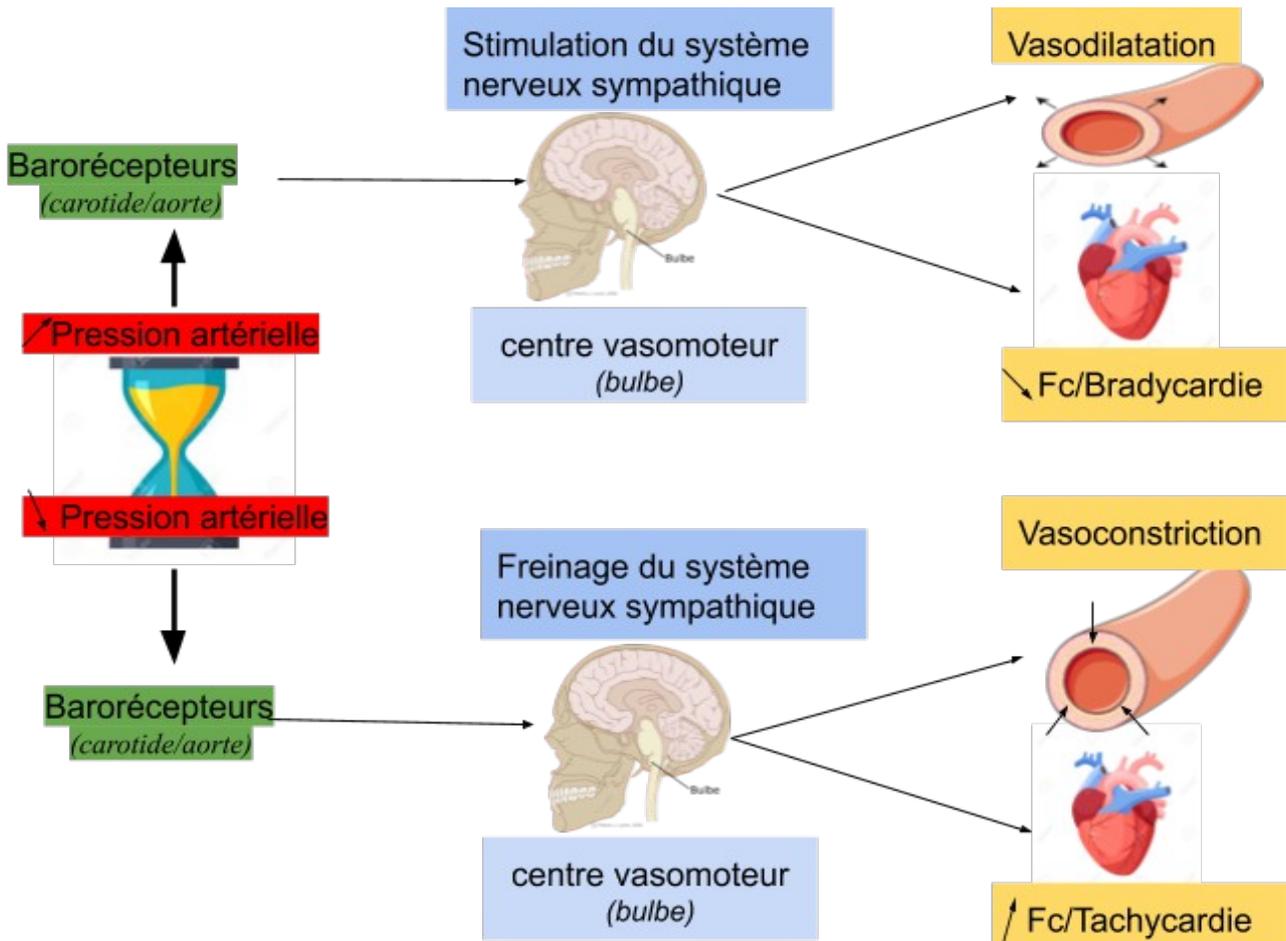


Schéma 1: Mécanisme de régulation physiologique de la pression artérielle systémique.

2) Mécanismes chimique et hormonal

Certaines substances chimiques sont synthétisées au niveau de l'endothélium vasculaire et vont stimuler diverses réactions (16). C'est le cas de la noradrénaline par exemple qui va entraîner une dilatation de la paroi des vaisseaux et ainsi abaisser la pression artérielle.

A l'inverse, l'endothéline amène une vasoconstriction (réduction du calibre vasculaire) qui va, par ce biais, accroître la résistance périphérique et donc élever la pression artérielle systémique.

D'autres substances, telles que le tabac via la nicotine, vont stimuler une vasoconstriction contrairement à l'alcool qui va favoriser une vasodilatation par inhibition de l'hormone anti-diurétique. L'inflammation permet également la libération de kinine et histamine responsables d'une vasodilatation.

D'un point de vu hormonal, le facteur natriurétique situé au niveau des oreillettes favorise l'excrétion de sodium et d'eau permettant la baisse de la pression artérielle, contrairement à l'adrénaline (synthétisée par les glandes surrénales) ainsi que l'hormone anti-diurétique (produite par la neurohypophyse) qui provoquent leurs rétentions et augmentent la pression artérielle (cf schéma suivant).

3) Mécanisme rénal

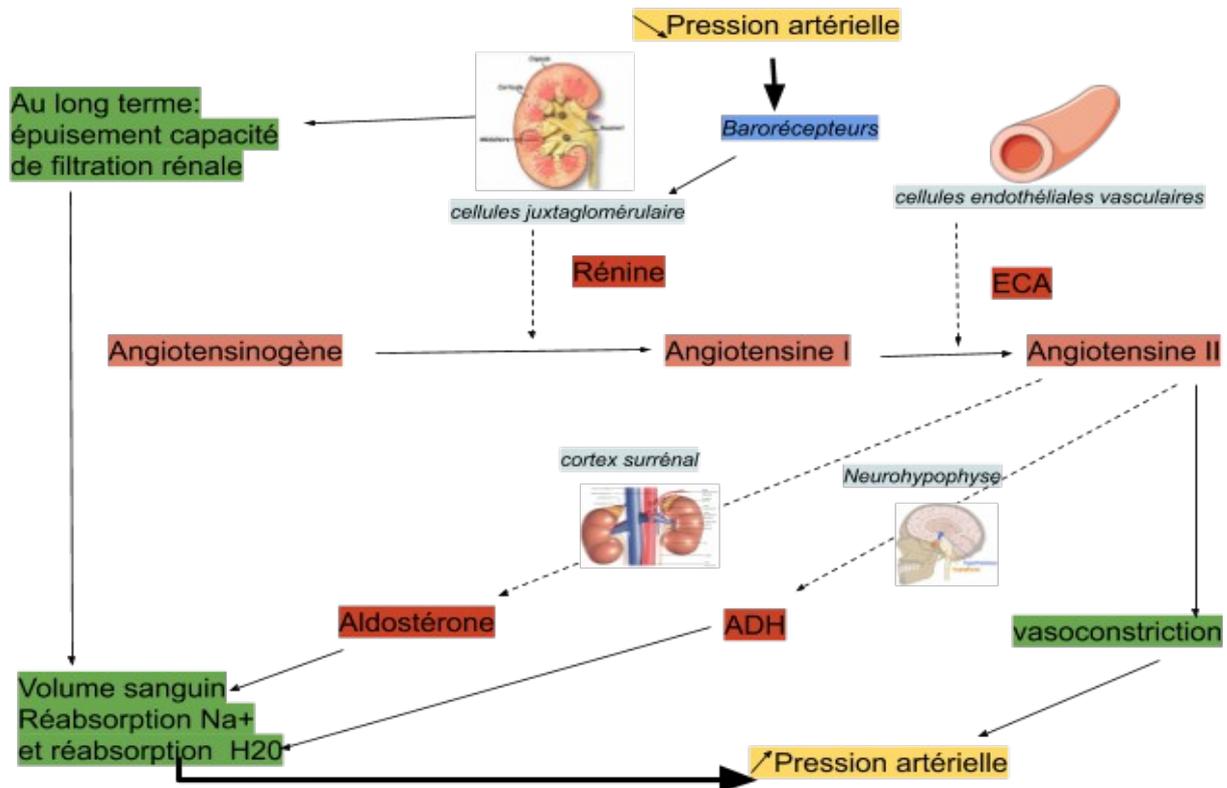


Schéma 2 : Mécanisme de régulation physiologique de la pression artérielle au niveau rénal (18)

4) Valeurs définissant les différentes classes d'hypertension artérielle.

Les mesures doivent être prises lors de trois consultations différentes établies sur une durée de trois à six mois (à l'exception de l'hypertension artérielle sévère où le délai est habituellement raccourci).

La classification de la pression artérielle selon l'European Society Hypertension/European Society of Cardiology (ESH/ESC) est la suivante (19):

Classification de la TA	TA systolique (mmHg)	TA diastolique (mmHg)
Optimale	< 120 mmHg Et	< 80 mmHg
Normale	120-129 mmHg Et/ou	80-84 mmHg
Normale haute	130-139 mmHg Et/ou	85-89 mmHg
HTA systolique isolée	≥ 140 mmHg Et	< 90 mmHg
HTA de grade I	140-159 mmHg Et/ou	90-99 mmHg
HTA de grade II	160-179 mmHg Et/ou	100-109 mmHg
HTA de grade III	≥ 180 mmHg Et/ou	≥ 110 mmHg

Tableau 1 : Classification de la PA selon l'ESH/ESC

Plusieurs facteurs peuvent influencer la valeur de la pression artérielle au moment de la mesure (1):

- L'environnement : cabinet médical vs domicile ;
- Moment de la journée : à distance de l'activité physique ;
- L'alimentation : éviter l'administration de thé, café ou tabac dans les 15 à 30 minutes qui peuvent élever la tension ;
- Le matériel : sphygmomanomètre homologué, utiliser un périmètre de brassard adapté, positionnement du brassard par rapport à l'artère brachiale, latéralisation.
- La position du patient (patient allongé ou demi-assis, jambes décroisées)

Il est donc essentiel de prendre en compte tous ces paramètres afin d'être le plus fiable possible et ainsi éviter le sous ou sur diagnostic.

5) Valeurs cibles de la tension artérielle.

Il est important de prendre en compte les comorbidités du patient car ces dernières permettent d'établir des valeurs tensionnelles cibles à atteindre (20, 21) :

Type de patient	Valeur cible de tension artérielle
Patient hypertendu sans comorbidité	TA : <140/90 mmHg
Patient hypertendu âgé de > 80 ans	TA:<150/90 mmhg
Patient diabétique et hypertendu	TA:<130/80 mmHg
Patient insuffisant rénal et hypertendu	TA:<130/80 mmHg si protéinurie <0,5g/24h
	TA :<125/75 mmHg si protéinurie>1g/24h

Tableau 2. Recommandations des valeurs tensionnelles cibles selon les comorbidités d'après la Société Française d'hypertension artérielle et Haute autorité de santé.

6)Étiologies de l'hypertension artérielle

a) L'hypertension artérielle essentielle

L'Hypertension artérielle essentielle ne présente généralement pas de cause précise. Néanmoins ; il existe plusieurs facteurs de risques pouvant précipiter son apparition (22) :

L'hygiène de vie est susceptible d'agir sur la tension artérielle. En effet, une alimentation excessivement salée et pauvre en fibres aussi bien qu'une consommation importante d'alcool, de tabac ou de réglisse, peuvent favoriser l'hypertension artérielle.

Une activité physique trop rare, une obésité ou un surpoids contribuent également au développement de l'hypertension. Il a été démontré que perdre entre 5 et 10 kg permet de réduire la pression artérielle systolique entre 2 et 10 mmHg.

De plus, un environnement stressant peut faire naître une hypertension (23).

Il ne faut pas non plus oublier l'âge de l'individu (40% de risque d'hypertension artérielle à 65 ans contre 90% à 85 ans).

Les antécédents familiaux d'hypertension artérielle au premier degré sont aussi à prendre en compte.

Enfin, l'origine ethnique : en effet, les personnes d'Asie du Sud comme les Antillais sont plus à même de développer une hypertension.

Il a volontairement été choisi ici de ne pas développer les causes d'hypertension artérielle secondaire, entrant peu en rapport avec le thème.

7) Clinique de l'hypertension artérielle

Souvent, l'hypertension artérielle passe inaperçue ou est détectée de façon fortuite lors d'une consultation pour un autre motif.

Cependant, il est possible de ressentir les symptômes suivants (24) :

- céphalées occipitales ne cédant pas aux antalgiques
- asthénie
- nervosité
- palpitations
- sueurs
- insomnie
- épistaxis
- acouphènes
- vertiges
- troubles visuels (« mouches volantes »)

Remarque : L'hypertension artérielle peut également être détectée grâce à une de ses complications.

8) Diagnostic de l'hypertension artérielle.

a) Mesure de la pression artérielle en cabinet médical.

La tension artérielle doit être mesurée deux fois au cours de la consultation, à chaque bras, à l'aide d'un brassard de taille adaptée. Le chiffre tensionnel final doit être défini par la moyenne des deux prises. Le sphygmomanomètre doit faire partie des appareils homologués et validés référencés sur le site: « <http://www.dableducational.org> »

Le patient doit être au repos depuis plusieurs minutes, en position allongée ou semi-assise. Il est recommandé de ne pas consommer de café ou fumer dans les 15 minutes précédant la prise tensionnelle (25, 26). On parle d'hypertension artérielle lorsque la tension artérielle $>$ à 140/90 mmHg (confirmée après trois consultations étalées sur trois à six mois).

Remarque: Ne pas oublier de mesurer la tension artérielle debout afin de détecter une hypotension orthostatique (chute de la pression artérielle systolique de ≥ 20 mmHg et/ ou de la pression artérielle diastolique de ≥ 10 mmHg dans les 3 minutes suivant le passage du clinostatisme à l'orthostatisme) (27, 28)

b) Auto-mesure de la pression artérielle à domicile

Afin d'éviter le phénomène « blouse blanche » en cabinet médical, le patient mesure lui-même sa tension dans son environnement habituel au domicile. Selon la Haute autorité de santé, les mesures doivent être prises au repos en position assise matin, midi et soir avant le coucher pendant trois jours consécutifs (20, 21).

La moyenne des valeurs est ensuite comparée en cabinet aux valeurs normales devant être inférieures à 135/85 mmHg.

Cette méthode a ainsi l'avantage d'être plus fiable et reproductible tout en favorisant l'observance thérapeutique du patient qui se sent alors intégré dans la démarche de soins (29, 30).

Cependant, cette technique peut également conduire à augmenter en excès l'anxiété de certains patients déjà anxieux auto-mesurant leur tension de manière compulsive (31, 32).

Remarque : L'effet « blouse blanche » étant défini par des mesures répétées de la pression artérielle en cabinet médical élevées en comparaison d'une MAPA ou automesure au domicile normale chez des patients généralement stressés ou émotifs. Cette notion s'oppose à celle « d'hypertension artérielle masquée » où la tension au domicile s'avère élevée bien que celle en cabinet demeure dans les normes acceptables (33).

c) La mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA)

C'est une mesure de la tension artérielle effectuée sur 24 heures d'activité normale du patient. L'appareil prend une mesure toutes les 15 minutes le jour et toutes les 30 minutes la nuit. Cette technique semble s'avérer la méthode de référence, mais reste cependant difficilement réalisable en ambulatoire, puisqu'elle nécessite l'intervention d'un cardiologue ou du milieu hospitalier (27, 29).

Méthode de mesure tensionnelle	Valeurs tensionnelles cibles
Automesure tensionnelle	TA:<135/85 mmHg
MAPA éveil	TA:<135/85 mmHg
MAPA sommeil	TA:<120/70 mmHg
MAPA 24 heures	TA:<130/80 mmHg

Tableau 3. Récapitulatif des valeurs normales en fonction de la méthode de mesure de tension artérielle selon les recommandations de la Société Française de l'hypertension artérielle et la Haute autorité de santé.

9) Bilan de l'hypertension artérielle

Une fois l'hypertension artérielle diagnostiquée, il est essentiel de réaliser un bilan exhaustif afin d'évaluer les conséquences néfastes sur les organes cibles (le cœur, les yeux, les reins, ou les vaisseaux) et dépister les facteurs de risques cardiovasculaires (34, 35, 36). Ce bilan comprend :

- ionogramme, urémie, créatininémie
- microalbuminurie
- glycémie veineuse
- bilan lipidique
- fond d'oeil
- échographie doppler cardiaque et électrocardiogramme
- échographie doppler des vaisseaux artériels(carotidiens notamment) +/- vitesse de l'onde de -pouls (rigidité artérielle)

En pratique, en médecine générale, hormis les examens imagistiques, seuls la glycémie, le ionogramme, la créatinémie et le bilan lipidique sont dosés chez 85% des patients, la protéinurie n'est réalisée que dans 30% des cas, et enfin l'électrocardiogramme dans 2/3 des cas (37).

10) Complications de l'hypertension artérielle

a) L'hypertrophie ventriculaire gauche et l'insuffisance cardiaque

En cas d'hypertension, le cœur doit fournir un travail supplémentaire afin de propulser le sang dans le système artériel. Pour cela, le cœur s'adapte en épaississant la paroi de son ventricule gauche.

Avec le temps, la contraction du cœur s'épuise : c'est l'apparition de l'insuffisance cardiaque. L'hypertension artérielle augmente en plus le risque d'apparition d'un anévrisme de l'aorte de 30 à 40% (38, 39, 40).

b) L'Angine de poitrine et infarctus du myocarde

L'angine de poitrine est due à une obstruction partielle des artères coronaires dont l'apport en oxygène est insuffisant. Ceci se manifeste au niveau clinique par une dyspnée associée à une douleur thoracique accentuée lors du froid ou de l'effort physique (lorsque les demandes en oxygène s'intensifient).

L'infarctus du myocarde est provoqué par une sténose complète d'une coronaire qui bloque son oxygénation (part attribuable de l'hypertension dans la population en France de 17,9%) (41).

c) L'accident vasculaire cérébral

Au long cours, l'hypertension artérielle entraîne des lésions artérielles qui favorisent l'obstruction d'une artère cérébrale ou une hémorragie (20).

d) L'artériopathie oblitérante chronique des membres inférieurs

Sous l'action du tabac et de l'hypertension artérielle, les parois des vaisseaux se rigidifient et leurs calibres diminuent, aboutissant à une circulation du sang ainsi qu'une oxygénation musculaire plus difficiles. En clinique, selon les stades, on peut observer le phénomène de claudication intermittente (42, 43)

e) L'atteinte oculaire

C'est la rétinopathie hypertensive qui peut évoluer vers une cécité.

f) L'atteinte rénale

Au long terme, l'hypertension artérielle provoque une néphropathie hypertensive (la fonction de filtration du rein s'avère altérée et entraîne le passage de l'albumine dans les urines) évoluant progressivement vers l'insuffisance rénale. En France, l'hypertension artérielle demeure ainsi la première cause d'insuffisance rénale terminale (42, 43)

11) Traitement de l'hypertension artérielle

Les objectifs sont fixés par le médecin généraliste ou le cardiologue dans le but de normaliser la tension artérielle, mais aussi de prévenir les facteurs de risques cardiovasculaires.

a) Mesures hygiéno-diététiques

Elles doivent comprendre une alimentation équilibrée, pauvre en sel (5 à 6 g/jour maximum), la pratique d'une activité physique (30 minutes par jour 5 fois/ semaine minimum), stopper si possible la consommation de tabac, diminuer l'alcool dans le but de régulariser le poids du patient et prévenir ses complications (21).

Si ces mesures ne suffisent pas à obtenir une baisse satisfaisante de la tension artérielle au-delà de 3 à 6 mois, on optera alors pour un traitement médicamenteux.

b) Traitements médicamenteux

Différentes classes de médicaments existent et peuvent être associées entre elles (21) :

- Les diurétiques de l'anse et thiazidiques favorisent l'élimination urinaire d'eau et de sodium par les reins.
- Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les antagonistes de l'angiotensine II agissent sur le système rénine-angiotensine-aldostérone qui régule la tension artérielle en diminuant la vasoconstriction.

- Les inhibiteurs calciques entraînent une vasodilatation
- Les bêtabloquants provoquent une bradycardie et réduisent la force de la pression sanguine exercée sur les artères.

Chez les patients diabétiques ou insuffisants rénaux, la prescription d'un IEC ou d'un ARA II figure en première intention. Chez les patients atteints de coronaropathie ou d'insuffisance cardiaque, l'utilisation des IEC, ARA II, diurétiques et B-bloquants présenteront une double indication traitant à la fois l'hypertension et la pathologie associée.

Enfin, concernant les personnes âgées, les diurétiques thiazidiques comme les inhibiteurs calciques sont les plus fréquemment introduits compte tenu de la forte prévalence de comorbidités.

Remarque : Nous commençons généralement par une monothérapie via un diurétique ou un inhibiteur de l'enzyme de conversion à faible posologie. En cas de réponse insuffisante après 4 semaines de traitement, on propose une bithérapie voire une trithérapie en cas d'hypertension artérielle sévère (IEC + diurétique + inhibiteur calcique ou ARA II + diurétique + inhibiteur calcique ou bêtabloquant + diurétique + inhibiteur calcique) (21, 19).

Le traitement est à prendre par les patients durant toute la vie.

c) Nouveaux traitements en cours d'étude

c.1) L'inhibiteur de la NEPRILYSINE

La NEPRILYSINE constitue une enzyme qui accélère la dégradation des peptides natriurétiques synthétisés par le cœur qui favorise normalement l'élimination du sel dans les urines ainsi que la vasodilatation. Par ce biais, l'inhibition de la NEPRILYSINE aide à ce que l'action des peptides dure plus longtemps et donc lutte contre l'hypertension (44).

Le SACUBITRIL reste pour l'instant le seul représentant de cette classe.

c.2) L'inhibiteur de l'AMINOPEPTIDASE A

L'aminopeptidase A semble impliquée dans l'action du système rénine angiotensine aldostérone au niveau cérébral. Son inhibition centrale permettrait donc de mieux réguler la tension artérielle (44).

c.3) Système immunitaire

Certaines données ont soulevé l'existence possible, dans le cadre de l'hypertension artérielle, d'une inflammation chronique sous-jacente médiée par la surexpression de marqueurs tels que les cytokines. Des recherches sont en cours afin de créer une molécule capable de cibler ces cytokines et ainsi agir sur l'hypertension (44).

c.4) Dénervation rénale

La dénervation rénale est une des techniques les plus avancées qui pourrait par la suite être couplée avec l'implantation d'un stimulateur électrique (cf ci-après). Elle a pour but de détruire l'innervation sympathique des artères rénales via ultrasons ou radiofréquence et ainsi rétablir une tension artérielle normale. A noter que cette méthode est déjà applicable dans de rares centres hospitaliers chez certains patients dont l'hypertension est dite sévère et résistante (44).

c.5) Stimulation électrique des barorécepteurs

Les barorécepteurs sont constitués d'un groupe de fibres nerveuses capables, en réponse à une poussée hypertensive, d'induire de manière réflexe une bradycardie ainsi qu'une vasodilatation permettant de normaliser les valeurs tensionnelles. Ces récepteurs sont situés en regard des artères carotides et de la crosse de l'aorte (44).

Chez les patients hypertendus, les barorécepteurs deviennent déficients et moins sensibles. En ce sens, un stimulateur implantable délivrant un stimulus de faible courant afin de réactiver les barorécepteurs demeure en cours d'étude (44).

OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE DANS L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

L'hypertension artérielle, en tant que pathologie chronique, nécessite une implication continue des patients notamment dans la prise de leur traitement au long cours.

Dans les années 1980, Cotton et Antill avaient déjà alerté sur la faible observance qui existait concernant les maladies chroniques. Actuellement en Europe, l'observance pour toute pathologie confondue serait inférieure à 70%. En France, une étude couplée entre le CRIP et IMS Health a montré que l'inobservance dans les pathologies chroniques atteignait les 60% .

Cette problématique soulève les notions d'observance, compliance et d'adhérence thérapeutique.

1) Définitions de l'observance, compliance et adhésion thérapeutique.

a) La compliance

Le terme de « compliance » traduit de l'équivalent américain de l'observance fait référence au comportement du patient qui doit suivre de manière scrupuleuse son ordonnance telle qu'exigent les recommandations médicales. Par ce biais, ce terme a été caractérisé de réducteur dans la littérature française puisqu'il n'englobe pas l'avis du patient, sa coopération ni les mesures prises en dehors du seul traitement médicamenteux (45, 46, 47).

b) L'observance thérapeutique

Haynes définit l'observance telle que « le degré de respect ou d'écart entre les prescriptions et les pratiques du patient en terme de santé » (48). Selon Morris et Schultz, l'observance thérapeutique constitue le comportement à travers lequel le patient va suivre les prescriptions médicales, les règles hygiéno-diététiques ainsi que les diverses prises de rendez-vous de suivi avec

le professionnel de santé (49). Il s'agit donc d'une notion multidimensionnelle mesurable et objectivable de la pratique de soin.

Dans cette thématique : on distingue l'adhésion primaire où est étudiée l'observance initiale du patient en début de traitement ainsi que la persistance définie par la capacité du patient à suivre ses prescriptions sur le long terme.

c) L'adhésion thérapeutique

L'adhésion thérapeutique est une variable dynamique impliquant la volonté et la motivation du patient à accepter son traitement. Par opposition à la compliance où le patient est soumis à sa prescription, l'individu est ici au cœur du schéma thérapeutique et de sa prise en charge. Cette valeur attitudinale et psychosociale reste une dimension plus difficilement mesurable de l'observance thérapeutique (50).

Ainsi, afin de mieux saisir le comportement en santé des malades, il est essentiel de tenir compte à la fois de l'observance mais aussi de l'adhérence thérapeutique qui demeurent finalement indissociables.

2) Méthodes de mesure de l'observance

Il n'existe pas de méthode de référence afin de mesurer et étudier l'observance. Ce paramètre qualitatif est influencé par de nombreuses variables subjectives constituant des biais possibles qui rendent difficiles le rapprochement des résultats entre les études (51). De façon générale, nous pouvons regrouper les outils de mesure en 2 catégories : les méthodes directes et indirectes.

a) Méthodes directes

Les méthodes de mesures directes sont considérées comme plus objectives dans l'observance mais restent difficilement réalisables sur le terrain.

Parmi elles, on retrouve d'abord la mesure des taux plasmatiques ou urinaires des métabolites actifs des médicaments. Cette technique semble fiable mais demande de s'adapter à la demi-vie de chaque médicament ainsi que de réaliser des examens biologiques réguliers contraignants pour le patient (52). Elle est toutefois dépendante du métabolisme de chaque individu et peut également entraver la relation de confiance établie entre le médecin et son patient qui se sent alors surveillé.

Il existe aussi une méthode consistant à vérifier l'absorption directe du médicament par le patient par le biais de personnel soignant tel que les infirmiers ou aides-soignants à domicile. Cette dernière méthode bien qu'objective reste difficilement applicable en réalité et n'évite pas le biais de dissimulation du médicament par les patients (53).

On retrouve souvent des essais cliniques basés sur le comptage des blisters ou le rapport des ordonnances de renouvellement en fonction des médicaments réceptionnés en pharmacie. Il en va de même pour les piluliers électroniques. Il est vrai que ces données s'avèrent plus simples à récolter mais ne sont que le reflet indirect de l'observance. En effet, un patient qui va se procurer son traitement en pharmacie ou détacher un médicament de son blister ne signifie pas avec certitude qu'il a été ingéré. (52)

Certaines techniques novatrices mettant en jeu des appareils « connectés » permettant de collecter des informations et suivre l'observance des patients ont été créées mais pour le moment ne sont pas encore répandues pour les pathologies telles que l'hypertension artérielle. Cette méthode

doit en effet s'adapter à une catégorie de patientèle dite « jeune » en mesure de manier ce type d'appareil.

b) Méthodes indirectes

Les questionnaires sont largement employés dans l'étude de l'observance thérapeutique. Cette méthode de recueil est simple, rapide et peu coûteuse, mais doit être adaptée à chaque pathologie. Elle a pour principal avantage de mesurer l'observance au sens global puisqu'il s'agit de la seule méthode qui évalue à la fois la prise médicamenteuse mais également l'adhésion thérapeutique du patient. Ces questionnaires comportent cependant plusieurs biais (cf partie discussion) dont le plus important concerne le biais de déclaration qui entraîne généralement une surestimation des chiffres d'observance (54).

3) Facteurs influençant l'observance

Divers paramètres sont impliqués et permettent de concourir ou non à une bonne observance thérapeutique.

a) facteurs intrinsèques

a.1) Facteurs liés au patient

L'âge du patient est tout d'abord une caractéristique essentielle . En effet, l'observance d'un enfant par exemple dépendra surtout de ses représentants légaux. Un adolescent en revanche peut être amené à traverser une période psychologiquement difficile (« crise existentielle ») et entraver l'adhérence thérapeutique (55, 56). Quant à la personne âgée, la polymédication associée aux polyopathologies peut constituer un frein dans l'observance (57).

En parallèle de l'âge, les capacités propres de l'individu jouent également un rôle. Par exemple, une personne à autonomie réduite, atteinte de troubles cognitifs, troubles de la vision ou

troubles de déglutition sera associée à un risque accru d'erreur thérapeutique (58). Le métabolisme individuel (en tant que pharmacocinétique) est également un paramètre à prendre en compte (59).

Parmi les autres facteurs, on retrouve également le genre de l'individu. Selon une étude de l'inspection nationale des affaires sociales, le comportement en santé diffère selon le sexe (60). Les femmes auraient plus tendance à la polymédication que les hommes (61, 62) ce qui peut porter atteinte à l'observance.

Il ne faut pas oublier de mentionner les croyances culturelles ou religieuses des individus qui peuvent influencer positivement ou négativement la relation médecin-patient, l'adhésion thérapeutique ainsi que l'observance. La langue parlée par le patient peut également être source d'incompréhension pour le personnel soignant et ainsi porter atteinte à l'observance (63).

Enfin, le type personnalité de l'individu, son état psychologique jouent une part importante dans le protocole de soin. Les patients souffrant de dépression, de bipolarité notamment ou autres troubles psychiatriques augmentent de façon exponentielle le risque d'être inobservant (64). Or cadre pathologique, chaque patient priorise la santé de façon différente aboutissant parfois à des défauts d'observance (65, 66).

b) Facteurs extrinsèques

b.1) facteurs liés au médecin :

Une observance optimale est dépendante d'une relation de confiance entre le patient et son médecin (67). En ce sens, ce dernier doit s'assurer de l'adhésion thérapeutique du malade en délivrant les informations clés nécessaires à la compréhension (68). Le médecin doit être impliqué dans la prise de décision éclairée avec son patient et éviter les écarts de perceptions de sévérité des pathologies qui peuvent entraver l'observance en se heurtant au phénomène de « réactance » (69).

Les autres professionnels de santé tels que les pharmaciens, infirmières psychologues, kinésithérapeutes, podologues entourant le patient jouent un rôle essentiel dans la communication permettant de renforcer ce lien (70).

b.2) facteurs liés à la pathologie

Les pathologies chroniques telles que l'hypertension artérielle ou le diabète peuvent présenter une moins bonne observance de par leur profil asymptomatique (71, 72, 73) notamment sur le long terme. A l'inverse, l'observance dans certaines pathologies d'organes semble priorisée par rapport à d'autres en lien avec les représentations individuelles. C'est le cas, par exemple, pour les maladies cardiaques touchant l'organe capital vis-à-vis des autres pathologies plus abstraites telles que le diabète (54).

b.3) Facteurs liés à l'ordonnance et aux médicaments

La polymédication est une des principales raisons d'échec dans l'observance. Il a été démontré qu'à partir du seuil de 4 médicaments par jour le risque d'inobservance était accru (74).

En parallèle, il s'ajoute le risque non négligeable de iatrogénie (74, 75) associé à la survenue d'effets indésirables pouvant décourager le patient dans la persistance de prise médicamenteuse au long terme (76).

Par ailleurs, il est important pour le médecin de penser à la construction de l'ordonnance elle-même. En commençant par la forme galénique de la molécule qui doit être scrupuleusement choisie et adaptée aux capacités du patient. En effet, les personnes âgées préfèrent généralement les formes solides aux liquides sujettes aux fausses-routes (77) et apprécient peu les goûts chimiques. Le médicament doit être facilement reconnaissable (couleur) d'autant plus si le patient présente un

trouble de la vue (78), de taille correcte afin de promouvoir une préhension facile en cas de dyskinésies, mais aussi facile à déglutir et enfin sécable le cas échéant (51).

Dans un troisième temps, certaines études ont démontré que le prix pouvait constituer un frein dans l'observance (79). Cette variable est d'autant plus influente hors de France où il n'existe pas de sécurité sociale (51). Cependant, dans notre pays, l'avance de frais reste pour certains patients pourvoyeur d'échec thérapeutique.

Enfin, le schéma de prise semble conditionner une grande partie de l'observance. En effet, il a été démontré que les traitements nécessitant 1 à 2 prises quotidiennes demeurent mieux observés par rapport à ceux demandant 3 à 4 prises quotidiennes (80). Ceci soulève l'intérêt important des formes galéniques à libérations prolongées et autres molécules combinées dans un seul médicament qui marquent une nette amélioration de l'observance (51).

Quant aux horaires de prises, l'heure méridionale semble moins bien tolérée par les patients ; probablement en lien avec les possibilités de déplacements hors du domicile (51).

b.4) Facteurs liés à l'environnement

La société actuelle dénombre diverses sources de communications telles que la télévision et ses reportages, internet, les réseaux sociaux, les émissions de radios etc... multipliant les sources d'informations de façon exponentielle. Ainsi, il arrive parfois que soient divulgués des éléments contradictoires, peu fiables, non officiels et surtout incomplets ce qui malmène le patient dans son esprit critique et sa confiance envers le personnel soignant. L'influence de ces médias étant croissante (81), le médecin doit être prêt à se sentir confronté à des défauts de compliance basés sur des informations conflictuelles retenues par les patients (82). Selon une étude, 71% des patients déclarent que la télévision demeure leur première source d'information contre 65% en faveur du

médecin bien que la note attribuée à l'évaluation de confiance du médecin soit supérieure (8.2/10 vs 6/10 pour l'audiovisuel) (83).

A l'inverse, l'apparition de certains forums de regroupements de patients ou de séries télévisées peuvent renforcer l'adhésion thérapeutique des malades (84).

4) Complications de l'inobservance

A l'échelle sanitaire, l'inobservance présente de nombreuses conséquences néfastes .En effet, il a été démontré qu'elle était responsable d'une augmentation de la fréquence des consultations (généraliste et spécialiste confondus) d'environ 10% , du nombre d'hospitalisation et d'arrêt de travail (5 à 10%) , allonge la durée d'hospitalisation (de 3 jours en moyenne) en plus de favoriser la survenue d'effets indésirables ainsi que la perte d'efficacité de certains traitements (85, 86). Ces facteurs d'inobservance concourent finalement à favoriser l'apparition de complications des maladies amenant à croître le taux de mortalité globale (87). On peut citer notamment l'augmentation d'environ 4% d'accidents vasculaires cérébraux par an attribuables à un défaut d'observance de l'hypertension (88).

Sur le plan épidémiologique, l'inobservance peut fausser les données de prévalence et incidence. Bien que ces données soient principalement établies concernant les pathologies aiguës, les maladies chroniques s'avèrent toutefois également affectées. D'un point de vue général : cette dernière rallonge la durée des épidémies et favorise le développement de résistance à certains traitements.

Enfin, sur le plan financier, le défaut d'observance entraîne des dépenses considérables dans les pays du monde entier. Aux États-Unis par exemple, environ 100 milliards de dollars de perte

seraient attribués chaque année à l'inobservance (89). En France, les chiffres approchent les 18 à 20 milliards d'euros par an.

Dans notre pays, ces dépenses comprennent le coût de santé individuel (9 milliards), des hospitalisations évitables (1 milliard), et les médicaments gaspillés bien que remboursés dans le cadre d'une affection longue durée (3,5 milliards) (87, 90). A cela s'ajoute le coût des complications de santé : les accidents vasculaires cérébraux en lien avec l'inobservance dans le cadre de l'hypertension artérielle génèrent par exemple 4,4 milliards par an (88).

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude consiste à évaluer le niveau de connaissances théoriques sur l'hypertension artérielle et l'observance des patients hypertendus en médecine générale de la région Poitou-Charentes afin de mettre en évidence un lien entre ces deux paramètres.

Notre objectif secondaire a pour but d'identifier et analyser les facteurs influençant le niveau d'observance des patients hypertendus.

a) Critère de jugement principal

Cette étude repose sur l'hypothèse que plus le score de connaissances de l'hypertension artérielle des patients est élevé, plus le score d'observance thérapeutique sera satisfaisant .

2) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive multicentrique validée par la CNIL (annexe 1) et le comité scientifique de la faculté de médecine de Poitiers basée sur un questionnaire destiné aux patients se rendant en consultation de médecine générale.

3) Description de l'intervention

Lors d'une consultation de renouvellement d'ordonnance ou pour tout autre motif aigu, le médecin titulaire/ remplaçant ou interne a distribué le questionnaire au patient qu'il remplissait par la suite à son domicile avant de remettre ses résultats au secrétariat.

En raison du contexte sanitaire en lien avec la covid 19 et les mesures d'hygiène imposées, il n'a pas été possible de faire remplir ces questionnaires en salle d'attente par les patients une fois la consultation terminée.

Le questionnaire anonyme (annexe 2) a été délivré aux patients correspondant aux critères d'inclusion ayant exprimé leur consentement oral. Les patients ont été informés que cette enquête s'intégrait dans un travail de thèse et qu'ils ne devaient pas se faire aider d'une tierce personne ou d'autres sources d'informations lors du remplissage du questionnaire qui durait environ 10 minutes. Il n'a pas été effectué de tirage au sort des patients mais ces derniers ont été inclus au hasard selon l'ordre du planning de consultation.

Quatre cabinets de médecine générale de Poitou-Charentes ont été choisis et sept praticiens ont participé à l'étude qui s'est déroulée du 24 septembre au 30 octobre 2020. Parmi eux: les cabinets de Dignac et Ruelle-sur-Touvre considérés comme semi-ruraux ; le cabinet d'Angoulême situé en zone urbaine ainsi que le cabinet de Massignac localisé en espace rural.

4) Population étudiée

a) Critères d'inclusion

Patients de sexe féminin ou masculin âgés de plus de 18 ans hypertendus traités par au moins un antihypertenseur depuis plus de 3 mois se présentant en cabinet en capacité physique et cognitive de répondre à un questionnaire.

b) Critères de non inclusion

Patients présentant une incapacité physique ou cognitive à remplir un questionnaire. Patients non hypertendus.

c) Critères de sortie d'étude

Absence de réponse à au moins 3 items du questionnaire et patients n'ayant pas rapporté leurs questionnaires complétés.

5) Outil d'évaluation utilisé

Le questionnaire (annexe 1) est composé de trois parties :

- une partie administrative comprenant des données sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, le concubinage.
- une partie explorant les connaissances théoriques sur l'hypertension artérielle portant sur les définitions, les données épidémiologiques, les signes cliniques, les complications, les mesures hygiéno-diététiques détaillées en 7 questions de 4 items.
- une partie concernant l'observance thérapeutique faisant référence à l'adhésion aux traitements, aux mesures hygiéno-diététiques mais aussi à l'autonomie du patient et à son ressenti face à l'efficacité des traitements.

On dénombre au total 17 questions de 4 items dont il était nécessaire d'entourer les réponses correctes .

A noter que quelques précautions ont été prises quant à la mesure. En effet les questions de la partie "connaissances" ont été inspirées de l'interrogatoire validé de 25 items d'Erkoc et coll intitulé "hypertension knowledge scale"(3). Pour permettre d'évaluer l'observance de l'hypertension artérielle, nous nous sommes basés sur le questionnaire validé de Girerd pour l'hypertension établi en 2001(annexe 3) d'ailleurs repris et généralisé sur le site internet de l'Assurance Maladie pour toutes les pathologies chroniques (91). Ce dernier a été complété dans notre étude par des questions portant sur l'adhésion thérapeutique en complément de celles explorant la compliance thérapeutique seule.

6) Analyse statistique

Les données ont été décrites à l'aide de moyenne (écart-type) et de médiane [min ; max] pour les variables quantitatives et selon les effectifs (%) pour les variables qualitatives.

L'étude des facteurs prédictifs de l'observance a été réalisée via des régressions linéaires et logistiques simples.

Les régressions logistiques ont été réalisées pour les questions dont les réponses ne pouvaient pas être ordonnées. Dans ce cas, chaque item a été étudié comme une variable binaire (item coché ou non coché par le patient) et a fait l'objet d'une régression logistique pour en étudier les facteurs prédictifs. Les résultats étaient exprimés pour chaque facteur par des Odd Ratios (OR) avec intervalles de confiance à 95% et p-values.

Les régressions linéaires concernaient les questions dont les réponses pouvaient être classées de la meilleure à la moins bonne (observance), ce qui a permis d'obtenir une note d'observance allant de 0 (réponse la moins bonne) à 3 (meilleure réponse). Ce sont ces scores d'observance qui ont fait l'objet de prédiction. Pour chaque facteur étudié, les résultats ont été exprimés au travers de coefficients Bêta avec intervalles de confiance à 95% et p-values.

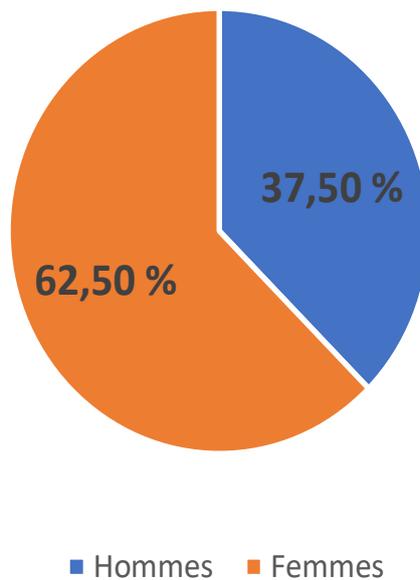
L'ensemble des analyses a été réalisé sous R version 4.0.1 avec un seuil alpha fixé à 5%.

RÉSULTATS

1) Description de la population étudiée

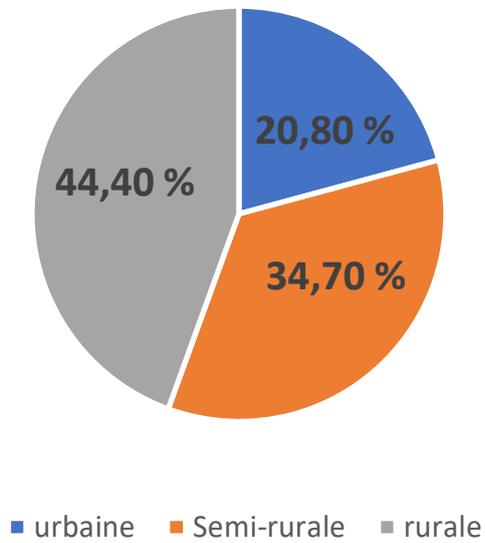
Cette étude a porté sur 72 patients majoritairement composée de femmes (figure 1).

Figure 1: Répartition des patients de l'échantillon selon le sexe



L'âge moyen était de 68.5 ans (écart-type = 10.9) et la médiane de 69 ans, 30.6 % de la population étudiée vivait seule contre 69,4 % accompagnée.

Figure 2 : Répartition des patients selon la zone géographique



Environ 44% des patients étudiés consultait en zone rurale (Massignac) contre 35% en région semi-rurale (Dignac et Ruelle-sur-Touvre) et 21% en milieu urbain.

2) Connaissances théoriques de l'hypertension artérielle

Table 1 : Description des connaissances de la population étudiée.

	Effectif (N=72)
Connaissance globale (score sur 28)	
Moyenne (écart type)	17,2 (3,63)
Médiane [min ; max]	17,0 [6,00 ; 26,0]
Connaissance détaillée (n (%) ayant trouvé la bonne réponse)	
Q1-A	64 (88,9%)
Q1-B	63 (87,5%)
Q1-C	40 (55,6%)
Q1-D	46 (63,9%)
Q2-A	47 (65,3%)
Q2-B	39 (54,2%)
Q2-C	41 (56,9%)
Q2-D	43 (59,7%)
Q3-A	58 (80,6%)
Q3-B	37 (51,4%)
Q3-C	48 (66,7%)
Q3-D	44 (61,1%)
Q4-A	52 (72,2%)
Q4-B	11 (15,3%)
Q4-C	30 (41,7%)
Q4-D	60 (83,3%)
Q5-A	26 (36,1%)
Q5-B	55 (76,4%)
Q5-C	29 (40,3%)
Q5-D	40 (55,6%)
Q6-A	28 (38,9%)
Q6-B	48 (66,7%)
Q6-C	61 (84,7%)
Q6-D	43 (59,7%)
Q7-A	26 (36,1%)
Q7-B	61 (84,7%)
Q7-C	39 (54,2%)
Q7-D	57 (79,2%)

Si l'on se réfère à la table précédente en regroupant les réponses des patients dans chaque item du questionnaire auquel a été attribué arbitrairement 1 point par réponse correcte, on obtient un score moyen global de connaissances à 17.2/28 (écart type = 3.63).

Par exemple, les valeurs normales de la tension artérielle sont connues par 55% de l'échantillon.

L'accident vasculaire cérébral ainsi que l'infarctus du myocarde semblent être les complications de l'hypertension les plus mises en avant.

3) Observance dans l'hypertension artérielle

Table 1 : description de l'observance dans la population étudiée

Score d'observance globale / 18	Nombre de patients
11	3 (4,2%)
12	2 (2,8%)
13	7 (9,7%)
14	14 (19,4%)
15	25 (34,7%)
16	17 (23,6%)
Total	68 (94,4%)

L'effectif est ici de 68 sujets car 4 patients n'ont pas répondu intégralement à tous les items.

Le score moyen global d'observance de la population étudiée est de 14,57/18 (écart-type = 2,56).

4) Facteurs influençant l'observance

Les questions d'observance ont été transformées en un score allant de 3 (ici réponse A pour la question 3) à 0 (ici réponse D). Plus le score est proche de 3 meilleure est l'observance. On étudie le poids de chaque facteur sur ce score. Ce poids est exprimé par des coefficients Bêta.

a) Observance en fonction de l'âge

Pour l'âge on a un coefficient de +0.00212 par année de vie supplémentaire (β 0,00212 [-0,011 ; 0,0152] ; $p= 0,00566$) , soit une très légère amélioration du score d'observance avec l'âge mais non significative. On peut aussi multiplier ce coefficient par 10 pour connaître l'impact de 10 années de vie supplémentaires par exemple.

b) Observance en fonction du sexe

Seul le sexe était significativement lié à la réponse à la question 1 : êtes vous traité pour l'hypertension ? avec une meilleure observance pour le sexe féminin ($\beta=0,393$ [0,118 ; 0,667], $p=0,00566$).

c) Efficacité du traitement antihypertenseur

Tableau 1 : Facteurs liés à l'observance : pensez-vous que votre traitement est efficace ?

(question 3)

	Coefficient β	p-value
Age	-0,111 [-0,0196 ; -0,00269]	0,0105
HTA depuis plus de 10 ans	-0,337 [-0,611 ; -0,0628]	0,0168

Les sujets les plus âgés ($\beta=-0,111$ [-0,0196 ; -0,00269], $p=0,0105$) et ceux dont l'HTA remontait à plus de 10 ans ($\beta=-0,337$ [-0,611 ; -0,0628], $p=0,0168$) présentaient significativement une moins bonne observance à la question 3.

d) Mesures hygiéno-diététiques

Table au 1 : Facteurs liés à l'observance : en dehors du traitement médicamenteux, essayez-vous de réduire votre consommation de sel, d'alcool et tabac tout en effectuant une activité physique régulière ? (question 4)

Zones géographiques	Coefficient β	P- value
Urbain	0	
Semi-rural	0,413[0, 822 ; -0,0469)	0,0475
Rural	0,465 [0,856 ; -0,0731]	0,0207

Par rapport aux sujets vivant en milieu urbain, les sujets vivant en milieu semi-rural ($\beta=-0,413$ [-0,822 ; -0,00469], $p=0,0475$) et rural ($\beta=-0,465$ [-0,856 ; -0,0731] , $p=-0,0731$) avaient significativement une moins bonne observance à la question 4.

e) Autonomie dans la prise de traitement

Table au 1 : Facteurs liés à l'observance : comment prenez-vous votre traitement ? (question

5)

	Coefficient β	p- value
Age	-0,0374 [-0,0522 ; -0,0226]	<0,001
HTA depuis plus de 10 ans	-0,539 [-1,06 ; -0,0209]	0,0417
Trop de médicaments par jour	-0,46 [-0,903 ; -0,0166]	0,0422

Un âge élevé ($\beta=-0,0374$ [-0,0522 ; -0,0226], $p<0,001$), une antériorité de l'HTA depuis plus de 10 ans ($\beta=-0,539$ [-1,06 ; -0,0209], $p=0,0417$) et une plainte d'un trop grand nombre de médicaments au quotidien ($\beta=-0,46$ [-0,903 ; -0,0166], $p=0,0422$) étaient des facteurs significativement liés à une moindre observance à la question 5.

f) Nombre de traitements anti-hypertenseur

Une meilleure connaissance globale de la maladie était significativement associée à une meilleure observance à la question 9 ($\beta=0,062$ [0,0012 ; 0,123], $p=0,0458$).

Rappel : le coefficient Bêta est exprimé « par point de connaissance global » pour ce facteur. Ainsi un sujet A qui aurait 10 points de plus au score global qu'un sujet B aurait en moyenne +0,62 point d'observance à cette question (+0,062 x 10).

g) Moment de prise du traitement

Tableau 1: Facteurs liés à l'observance : prise de traitement hypertenseur le matin (question 10)

	Odds Ratio	p- value
Moment de prise inadapté	0,144 [0,038 ; 0,504]	0,00288
Environnement inhabituel	3,51 [1,06 ; 12,8]	0,0448

L'oubli de prise pour moment jugé inadapté était significativement moins fréquent chez les sujets prenant leur thérapeutique le matin (OR=0,144 [0,038 ; 0,504], p=0,00288). Inversement, les patients prenant leur thérapeutique le matin étaient significativement plus sujets à un oubli pour environnement inhabituel (OR=3,51 [1,06 ; 12,8], p=0,0448).

Tableau 2: Facteurs liés à l'observance : prise du traitement hypertenseur le soir (question 10)

	Odds Ratio	p- value
Age	1,11 [1,05 ; 1,19]	<0,001
HTA depuis plus de 10 ans	4,53 [1,1 ; 20,9]	0,0416

La prise de thérapeutique le soir était significativement liée à un âge plus élevé (OR=1,11 [1,05 ; 1,19], p < 0,001) et à un antécédent d'hypertension depuis plus de 10 ans (OR=4,53 [1,1 ; 20,9], p=0,0416).

Note : un OR à 4,53 met en évidence un facteur très fort quant à la prise de thérapeutique le soir. On remarque que pour les 5-10 ans l'OR est proche de 1 (autant de prise le soir qu'à un autre moment parmi ces sujets).

5) Lien entre connaissances et observance thérapeutique

Pour les connaissances globales il s'agit du score total des questions de connaissance, soit moins 0.0119 point d'observance par point de connaissance supplémentaire, Le résultat peut paraître étrange (dégradation de l'observance lorsque la connaissance croit) mais il faut surtout noter que cette évolution est quasi nulle et non significative.

DISCUSSION

1) Intérêt de l'étude

Cette étude ne permet pas de conclure à l'existence d'un lien significatif entre connaissances théoriques et observance thérapeutique chez les patients hypertendus de Poitou-Charentes en médecine générale. L'inclusion d'un plus grand nombre de sujets aurait permis d'améliorer la significativité de l'enquête. Elle fait cependant preuve d'originalité puisqu'un seul travail similaire a été effectué en 2012.

2) Comparaison des résultats avec la littérature

a) Évaluation des connaissances

Il existe dans la littérature deux principaux questionnaires d'évaluation des connaissances de l'hypertension artérielle rédigés en anglais à travers lesquels il est important de discerner deux notions : reconnaître si le patient est conscient d'être hypertendu mais également de juger de son savoir sur la pathologie elle-même.

L'interrogatoire de Gazmarian et Coll (4) comprend 25 questions concernant différentes facettes de la pathologie telles que les caractéristiques cliniques, les mesures hygiéno-diététiques ainsi que les complications. Le projet d'Erkoc et Coll (3) "hypertension knowledge scale" renferme quant à lui 22 items abordant la définition, le traitement médicamenteux, les complications et mode de vie. Tous deux peuvent être complétés par les patients en une heure lors d'un entretien physique, transmis par courriel ou lors d'une conversation téléphonique.

Aucun seuil de bonnes connaissances n'est clairement défini à ce jour mais, de manière unanime, les auteurs affirment que le niveau de connaissances s'avère insuffisant.

Il est de plus très hétérogène en fonction du domaine étudié: Gazmarian et Coll ont démontré que plus de 70% des patients connaissaient les valeurs normales de tension artérielle mais seulement 18% étaient conscients qu'elle est le plus souvent asymptomatique (4).

De la même manière, Oliveria et coll ont prouvé que 61% des patients hypertendus avaient notion que l'hypertension artérielle était chronique, mais 30% ne connaissaient pas les objectifs tensionnels ni les complications de cette dernière (92).

Dans notre étude: en moyenne, 93% des patients sont conscients d'être hypertendus et traités pour cette pathologie. En revanche, seulement 55% connaissent le seuil des valeurs tensionnelles normales et 36% savent que l'hypertension peut être asymptomatique. Bien que ces chiffres semblent plus encourageants que ceux retrouvés dans les études précédentes, le score global de connaissances des patients est revenu à 17/28 ce qui reste insuffisant.

b) Évaluation de l'observance thérapeutique

Par rapport à l'observance, les résultats de littérature semblent très hétérogènes et varient selon le type de pathologie étudiée ainsi que les populations cibles . En se basant sur le score de Girerd, l'étude de Rhalimi pour les patients âgés de plus de 65 ans retrouvait 39.3% de patients bons observants, 48.9% présentaient un problème minime d'observance et 11.8% étaient considérés comme non observant pour toute pathologie chronique confondue (93). Concernant l'hypertension artérielle, dans notre travail, les valeurs semblent plus favorables avec un score d'observance global de 14,5 /18 Ceci reste dans l'ensemble satisfaisant puisque 87.5% des patients de notre échantillon étaient convaincus que leur traitement était indispensable. 66.7% des patients estimaient respecter les mesures hygiéno-diététiques et 54.2% ont déclaré ne jamais avoir oublié leur traitement contre 43.1% d'oubli 1 fois tous les 2 à 3 mois.

c) Facteurs influençant l'observance

Les résultats littéraires comparant l'observance à l'âge de la patientèle semblent également disparates. L'étude de Sidot rapportait une meilleure observance pour une population âgée de moins de 70 ans (94) tandis que Lombardi mettait en évidence une meilleure observance chez les patients gériatriques (95). Ce travail de thèse révèle que les patients plus âgés sont significativement plus observants.

Ceci peut s'expliquer par le fait que les patients âgés sont souvent des personnes hypertendues de longue date et ont pris l'habitude de consulter régulièrement en cabinet. Ils sont généralement plus sédentaires et accoutumés à prendre plusieurs médicaments chaque jour.

On peut également imaginer que ces derniers ont côtoyé dans leur entourage des personnes ayant présenté des complications sévères de l'HTA. A l'inverse, un trop grand nombre de médicaments nuirait au respect de l'observance (cf résultats).

Concernant le moment de prise médicamenteuse, il s'avère que les patients prenant leur traitement le matin étaient significativement plus observant dans ce travail. Inversement, ces derniers avaient plus tendance à omettre leur traitement lorsqu'ils se trouvaient d'un environnement inhabituel.

Chez les personnes âgées et hypertendues depuis plus de 10 ans, on retrouve de façon plus fréquente une prise vespérale possiblement en rapport avec une HTA persistante nécessitant la mise en place de plusieurs anti-hypertenseurs. Ces résultats sont d'ailleurs retrouvés dans l'étude de Krzesinski (96).

L'isolement ou concubinage n'a pas été identifié ici comme un facteur influençant le niveau d'observance. Un résultat semblable a été retrouvé dans le travail d'Oudjahni, sur une population âgée de plus de 70 ans (97).

d) Lien entre connaissances et observance thérapeutique

D'un point de vue plus général, Bizouard et Junger (98) ont démontré l'existence d'un lien significatif entre connaissances et observance dans les pathologies chroniques. Cette corrélation n'a cependant pas été retrouvée dans l'étude COOPERE de 2012, rare étude qui étudiait les connaissances et observance chez les patients traités en prévention primaire d'une HTA (99).

Notre étude révèle d'une part qu'une meilleure connaissance globale de la maladie était significativement associée à une meilleure connaissance des traitements (question 9).

D'autre part, chaque point de connaissance supplémentaire aboutit finalement à une perte de 0.0119 point d'observance. Ce résultat paraît étrange, mais il faut surtout noter que cette évolution

est quasi nulle et non significative. Il n'existe donc pas de lien entre connaissances théoriques et observance thérapeutique de l'hypertension artérielle.

Une des explications évoquées pourrait être la stratégie de défense mise en place par certains patients qui, face à la maladie, préfèrent se positionner à distance, dans la méconnaissance et remettre leur santé entre les mains du corps médical.

3) Implication pratique de l'étude

Suite à ce travail, quelques points importants devraient être plus fréquemment abordés en consultations.

Le médecin généraliste doit dans un premier temps penser à demander régulièrement si le patient prend bien son traitement au quotidien dans ce contexte de pathologie chronique. Cette notion semble parfois si évidente que le professionnel de santé n'imagine pas que le patient puisse réagir autrement.

Par la suite, une discussion autour du traitement médicamenteux doit avoir lieu. Est ce que le moment de prise ainsi que le mode de prise (forme galénique, caractère sécable du médicament...) sont compatibles à la vie quotidienne du patient ? Deux patients ont par exemple révélé, en complétant le questionnaire à la main, qu'ils ne prenaient pas leur traitement diurétique les jours où étaient programmées des activités nécessitant de sortir de chez eux.

Il en va de même lors de l'introduction d'un nouveau traitement où les éléments décrits ci-dessus doivent être abordés.

Enfin, au moment de la prise tension en cabinet, il serait bénéfique de rappeler les valeurs normales de pression artérielle au patient car selon cette étude, seulement 55 % des hypertendus connaissent les seuils établis.

Il est évident que ce travail de fond reste chronophage mais il est essentiel afin de renforcer la relation de confiance entre médecin et malade et lui permettre de mieux accepter et vivre sa pathologie au quotidien.

4) Limites et biais de l'étude

La connaissance du traitement médicamenteux de chaque patient n'a pas été évaluée lors de cette étude ce qui aurait pu être intéressant . De la même manière, le sujet générique vs princeps n'a pas été abordé.

De façon plus générale, le nombre de patients inclus dans l'échantillon aurait pu être plus élevé afin de garantir une meilleure puissance et fiabilité.

Nous pouvons mettre en évidence différents biais dans cette étude.

a) Le biais de sélection :

Les patients présentant des troubles cognitifs sévères, des troubles psychotiques ou toute autre pathologie/ incapacité intellectuelle entravant la réponse au questionnaire ont été exclus. De même, seuls les patients s'étant rendus physiquement en consultation ont pu être interrogés. Ce qui sous-entend que les patients à domicile, probablement moins autonomes, ont été exclus.

Enfin, une partie des patients inclus dans l'étude ont accepté d'être reçus soit par un médecin remplaçant, soit par un interne en fin de formation et non pas par leur médecin habituel ce qui peut induire également la sélection d'une certaine patientèle.

b) Le biais de mesure :

La méthode de choix de cette étude au biais d'un questionnaire reste discutable puisqu'il s'agit, en effet, d'une mesure indirecte de l'observance. Une mesure par « objets connectés » ou comptage de blisters auraient probablement permis d'obtenir une plus grande fiabilité.

De plus, l'étude s'est déroulée dans différents cabinets de généralistes qui pourraient potentiellement influencer les réponses des patients contrairement à un lieu plus neutre.

c) Le biais de déclaration ou mémorisation :

Comme dans tout questionnaire et particulièrement ici concernant l'observance, il est possible que les patients aient omis de manière volontaire ou involontaire des détails en rapport avec la prise médicamenteuse ou leur mode de vie. Ceci contribue finalement à surestimer l'observance.

CONCLUSION

L'absence de lien significatif entre connaissances théoriques vis-à-vis de l'hypertension artérielle et l'observance thérapeutique chez les patients hypertendus doit inciter les médecins et soignants à promouvoir de façon plus systématique les informations, afin d'inclure le patient dans la démarche de soin et, par ce biais, le rendre plus observant .

Compte tenu des résultats, une prise de conscience double à la fois du patient lui-même et du médecin, est attendue. Afin de parvenir à une prise en charge optimale ciblée et adaptée au patient, interroger le patient sur son observance semble essentiel.

L'information du patient corrélée à l'observance thérapeutique fait figure de défi dans la médecine contemporaine tant les retombées en santé publique mais aussi économiques sont primordiales. Cette enquête navigue ainsi dans le sens de l'OMS qui préconise une meilleure observance des traitements existants actuellement sur le marché.

Le questionnaire appliqué dans cette recherche (annexe 2) pourrait ainsi être utilisé tel un tremplin d'échange avec le patient, ou agir comme prise de conscience pour le médecin traitant.

Pour cela, l'éducation thérapeutique légitimée par la loi Hôpital, patients, santé et territoires depuis 2009, se révèle un outil indispensable permettant de rendre le patient plus autonome et décisionnaire dans le parcours de soin. Il serait donc intéressant de travailler sur la mise en œuvre de mesures permettant d'améliorer l'information et l'observance thérapeutique des patients (consultation dédiée en médecine générale, implication des infirmières ASALEE, structures financées par la CPAM ...).

BIBLIOGRAPHIE

1. Mourad JJ, Girend X. Objective for 2015: 70% of treated and controlled hypertensive patients. Seven key points to reach this goal in practice. A joint call for action of the French League Against Hypertension and the French Society of Hypertension. *J Mal Vasc*. déc 2012;37(6):295-9.
2. Société Française de Médecine Générale. Observatoire de la médecine générale : résultats de consultations 2006-4. SFMG : Paris, 2006. disponible sur <http://www.omg.sfm.org>
3. Erkoç SB, Isikli B, Metintas S, Kalyoncu C. Hypertension Knowledge-Level Scale (HKLS): A Study on Development, Validity and Reliability. *Int J Environ Res Public Health*. Mars 2012;9(3):1018-29.
4. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Educ Couns*. Nov 2003;51(3):267-75.
5. Kilic M, Uzunçakmak T, Ede H. The effect of knowledge about hypertension on the control of high blood pressure. *Int J Cardiovasc Acad*. 2016;2(1):27-32.
6. Wagner A, Sadoun A, Dallongeville J, Ferrières J, Amouyel P, Ruidavets J-B, et al. High blood pressure prevalence and control in a middle-aged French population and their associated factors: the MONA LISA study. *J Hypertens*. Janv 2011;29(1):43-50.
7. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Soc Hypertens JASH*. août 2018;12(8):579.e1-579.e73.
8. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 27 janv 2017 ;96(4). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5287944/>
9. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ*. 15 mai 2008;336(7653):1114-7.

10. Jane K (USA), Kissley W (Germany), Lambert T (Australia) end Parellada E (Spain). *Adherence Mating Scales. An intertional activity. CERP Focus on Schizophrenia. (CERP : Centres of excellence for relapse prevention)*
11. *Hypertension artérielle essentielle chez un adulte : premiers traitements « premiers choix prescrire, avril 2019.*
12. <https://www.ameli.fr/charente/assure/sante/themes/hypertension-arterielle-hta/definition-facteurs-favorisants> dernière consultation- le 18 août 2020.
13. Singh M, Mensah GA, Bakris G. *Pathogenesis and Clinical Physiology of Hypertension. Cardiol Clin. nov 2010;28(4):545-59.*
14. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. *Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 15 janv 2005;365(9455):217-23.*
15. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/hypertension-arterielle> dernière consultation-le 7 juillet 2020.
16. SFHTA - 2017 - Flash 2017.pdf.
17. 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. The Lancet. déc 2012;380(9859):2224-60.*
18. Postel-Vinay N., Bobrie G., *L'hypertension artérielle, ce qu'il faut savoir pour la surveiller et la traiter - Villeneuve -d'Ascq: Odile Jacob, 2012, 252p*
19. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. *Practice Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 21 juill 2013;34(28):2159-219.*
20. Société Française d'Hypertension Artérielle. *Recommandations de la SFHTA : Prise en charge de l'HTA de l'adulte. [Internet]. 2013 [cité 27 nov 2016].*
21. Société Française d'Hypertension Artérielle, Haute Autorité de Santé. *Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte : Fiche mémo. [Internet]. 2016 [cité 27 nov 2016].*

22. Beaufils M. *Hypertension artérielle essentielle et rein. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). 21 avr 2010.*
23. *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*
Aram V. Chobanian, George L, C. Cushman et al. [National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee](#). 1 dec 2003;42:1206-125
24. Organisation Mondiale de la santé : <http://www.who.int/features/qa/82/fr/index.html> dernière consultation-le 13 oct 2020
25. Trazzi S, Mutti E, Frattola A, Imholz B, Parati G, Mancia G. *Reproducibility of non-invasive and intra-arterial blood pressure monitoring: implications for studies on antihypertensive treatment. J Hypertens* 1991;9:115 – 119.
26. Myers MG, Godwin M, Dawes M, Kiss A, Tobe SW, Kaczorowski J. *Measurement of blood pressure in the office: recognizing the problem and proposing the solution. Hypertension* 2010;55:195 – 200.
27. Fedorowski A, Stavenow L, Hedblad B, Berglund G, Nilsson PM, Melander O. *Orthostatic hypotension predicts all-cause mortality and coronary events in middle-aged individuals (The Malmo Preventive Project). Eur Heart J* 2010;31:85 – 91.
28. Fagard RH, De Cort P. *Orthostatic hypotension is a more robust predictor of cardiovascular events than night-time reverse dipping in elderly. Hypertension* 2010;56:56 – 61
29. Parati G, Stergiou GS, Asmar R, Bilo G, de Leeuw P, Imai Y, et al. *European Society of Hypertension guidelines for blood pressure monitoring at home: a summary report of the Second International Consensus Conference on Home Blood Pressure Monitoring. J Hypertens.* 2008;26(8):1505–1526.
30. Stergiou GS, Kollias A, Zeniodi M, Karpettas N, Ntineri A. *Home blood pressure monitoring: primary role in hypertension management. Curr Hypertens Rep.* août 2014;16(8):462.
31. Imai Y, Obara T, Asamaya K, Ohkubo T. *The reason why home blood pressure measurements are preferred over clinic or ambulatory blood pressure in Japan. Hypertens Res.* août 2013;36(8):661-72.

32. Pickering TG, Miller NH, Ogedegbe G, Krakoff LR, Artinian NT, Goff D. *Call to Action on Use and Reimbursement for Home Blood Pressure Monitoring: Executive Summary. J Am Soc Hypertens.* mai 2008;2(3):192-202.
33. A Pechère-Bertschi, Y Michel, H Brandstatter, et al. *Lecture de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) par le médecin de premier recours. Rev Med Suisse* 2009; 5: 1876-80.
34. Schillaci G, Verdecchia P, Porcellati C, Cuccurullo O, Cosco C, Perticone F. *Continuous Relation Between Left Ventricular Mass and Cardiovascular Risk in Essential Hypertension. Hypertension.* 1 févr 2000;35(2):580-6.
35. Société Française d'Hypertension Artérielle. *Mesure de la rigidité artérielle - Fiche technique de la SFHTA. [Internet]. 2013 [cité 8 déc 2016]. Disponible sur: http://www.sfhta.eu/?page_id=3071* 87
36. Sehestedt T, Jeppesen J, Hansen TW, Wachtell K, Ibsen H, Torp-Petersen C, et al. *Risk prediction is improved by adding markers of subclinical organ damage to SCORE. Eur Heart J.* 1 avr 2010;31(7):883-91.
37. Tan A. *Audit sur la prise en charge de l'hypertension artérielle avant mise en place d'un protocole dans un centre municipal de santé.* 2016.
38. Rapsomaniki E, Timmis A, George J, Pujades-Rodriguez M, Shah AD, Denaxas S, et al. *Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people. Lancet Lond Engl.* 31 mai 2014;383(9932):1899-911.
39. Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KKL. *The Progression From Hypertension to Congestive Heart Failure. JAMA.* 22 mai 1996;275(20):1557-62.
40. Vardulaki KA, Walker NM, Day NE, Duffy SW, Ashton HA, Scott R a. P. *Quantifying the risks of hypertension, age, sex and smoking in patients with abdominal aortic aneurysm. BJS.* 1 févr 2000;87(2):195-200.
41. *Hypertension artérielle de l'adulte. Monique R. 14.11.19 Un chapitre du Référentiel des Collèges Santé publique*
42. Lawes CMM, Vander Hoorn S, Rodgers A, International Society of Hypertension. *Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. Lancet Lond Engl.* 3 mai 2008;371(9623):1513-8.

43. Lassalle M, Ayav C, Frimat L, Jacquelinet C, Couchoud C, Au Nom du Registre REIN. The essential of 2012 results from the French Renal Epidemiology and Information Network (REIN) ESRD registry. *Nephrol Ther.* Avr 2015;11(2):78-87.

44. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/hypertension-arterielle-hta>, dernière consultation-le 17 septembre 2020.

45. Blackbell B.: Patient compliance. *New Eng J Med* 1973; 2 : 249-52.

46. Blackbell B. : Compliance. *Psychother Psychosom* 1992 ; 58 : 161-9.

47. Brown J, Fitzpatrick R : Factors influencing compliance with dietary restrictions in Dialysis patients. *J Psychosom Res* 1998 ; 32 : 191-6.

48. Haynes RB : Determinants of compliance : the disease and the mechanisms of treatment. In Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL : Compliance in Health Care. John Hopkins University Press, Baltimore 1979.

49. Morris LS. Schultz RM : Patients compliance on overview *Jclin Pharm Ther* 1992;17 : 283-95.

50. Abelhauser A : Observance, compliance ou adhésion ? Enjeux sociaux et mécanismes psychiques, 2nd European Conference on the Methods and Results of Social and Behavioural Sciences : Aids in Europe. New Challenges for Social and Behavioural Sciences. Paris 1998

51. Académie nationale de pharmacie, «Observance des traitements médicamenteux en France» 2015.

52. L. Ostenberg. et T. Blaschke, «Adherence to medication.,» *New England Journal of Medicine (NEJM)*, vol. 5, n° 1353, pp. 487-497, 2005.

53. Wolmark Yves, « Évaluer la qualité de l'observance », *Gérontologie et société*, 2001/4 (vol. 24 / n° 99), p. 131-146. DOI : 10.3917/g.s.099.0131.

54. M. Baudrant-Boga, A. Lehmann et B. Allenet, «Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance entre le patient et le soignant. Concepts et déterminants,» *Ann Pharm Fr*, n° 170, pp. 15-25, 2012.

55. D. Matsui, «Drug compliance in pediatrics : clinical and research issues.,» *Pediatr Clin North Am*, n° 144, pp. 1-14, 1997.

- 56.EMA, «Nexium Control,» 19 Septembre 2013. [En ligne]. Available: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/002618/human_med_001679.jsp&mid=WC0b01ac058001d124. [Accès le 25 Juin 2017].
- 57.S. Legrain, «Consommation médicamenteuse chez le Sujet Agé. Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance.,» HAS, 2005.
- 58.J. Vejux, K. Galery, S. Binjamin, A. Ghali, L. De Decker et G. Berrut, «Outils d'évaluation de l'observance de la personne âgée : vers la construction d'une nouvelle échelle.,» *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, vol. 2, n° 112, pp. 139-154, 2014.
59. I. Simeone, «L'observation médicamenteuse dans la relation médecin-malade,» *Revue Française de psychiatrie et de psychologie médicale*, pp. 54-56, 1997.
60. IGAS - inspection générale des affaires sociales, «Pertinence et efficacité des outils de politique publique visant à favoriser l'observance,» 2015.
61. M. Rotermann, C. Sammartin, H. Deirdre et A. Michele, «Consommation de médicaments sur ordonnance chez les Canadiens de 6 à 79 ans,» *Rapports sur la santé*, 2014.
62. INPES, «Baromètre Santé 2010,» 2010.
63. CREDES, «Étude sur la prise en charge des migrants infectés par le VIH, ayant des difficultés dans l'expression française courante,» 2009.
64. A. Grimaldi, P. Barrier, G. Reach et al, . *Observance : changer les comportements in D*, Paris: Masson, 2007, pp. 53-139.
65. I. Ajoulat, *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique : des processus multiples : auto-détermination, autoefficacité, sécurité et cohérence identitaire*, 2007.
- 66.J. Danion, C. Neunreuther et F. Krieger-Finance, «Compliance with long term lithium treatment in major affective disorders,» *Pharmacopsychiatry*, pp. 230-231, 1987.
- 67.C. Lewis, M. Linet et M. Abeloff, «Compliance with cancer therapy by patients and physicians.,» *Amer J Med*, n° 174, pp. 673-678, 1983.
- 68.InCa - Institut National du Cancer, «Plan cancer 2014-2019» 2015.

69.H. Caron et H. Roth, «Patient's cooperation with a medical regimen.,» *JAMA*, n° %1203, pp. 922-926, 1968.

70.IGAS - inspection générale des affaires sociales, «Pertinence et efficacité des outils de politique publique visant à favoriser l'observance,» 2015.

71.K. S., «First-episode schizophrenia : the importance of early intervention and subjective tolerability,» *J Clin Psychiatry*, vol. 60, pp. 5-9, 1999.

72.K. SJ et K. JM, «Partial compliance and patient consequences in schizophrenia : our patients can do better.,» *J Clin Psychiatry*, vol. 64, n° %111, pp. 1308-1315, 2003.

73.A. Sarradon-Eck, «Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues.,» *Sciences sociales et santé*, 2007.

74. A. Robinsn, «Review article : improving adherence to medication in patients with inflammatory bowel disease,» *Aliment Pharmacol Ther*, pp. 9-14, 2008.

75. A. Scheen, « Particularités de la pharmacothérapie chez le sujet âgé,» *Rev Med Liege*, n° %152, pp. 201-204., 1997.

76. J. Petermans, A. Samalea Suarez et T. Van Hees, «Observance thérapeutique en gériatrie,» *Rev Med Liège*, n° %165, pp. 261-266, 2010.

77.A. Scheen et D. Giet, «Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions,» *Rev Med Liège*, vol. 65, n° %15-6, pp. 239-245, 2010.

78.S. Leger, P. Bedouch, B. Allenet et J. Calop, «Culture pharmaceutique, perception du traitement médicamenteux et difficultés de consommation des médicaments chez le sujet âgés.,» *J Pham CLin*, pp. 110-113, 2001.

79.M. Eaddy, C. Cook et K. O'Day, «How patient cost-sharing trends affect adherence and outcomes. A literature review.,» *P&T*, pp. 45-55, 2012.

80. L. Osterberg et T. Blaschke, «Adherence to medication,» *N Engl J Med*, pp. 487-497, 2005.

81. H. Romeyer, « *La santé en ligne. Communication (en ligne)*,» 30 1 2012. [En ligne]. Available: URL : <http://communication.revues.org/2915>. [Accès le 2015 10 2015].
82. G. Bouvenot, a. n. d. médecine et a. n. d. pharmacie, «*Pour une information du public scientifiquement fondée, impartiale, facilement accessible et compréhensible dans le domaine du médicament*» 2014.
83. *Etude D'opinion Sofres : Les nouveaux comportements des Français*, 2002.
84. S. Chalvon-Demersay, «*L'expérience fictionnelle et le retour à l'ordinaire*, in *Santé, Hôpitaux et médias.*,» Editions de l'université de Bruxelles, 2001.
85. D. Legrand et V. Legrand, «*Adhésion thérapeutique aux antiagrégants chez le patient coronarien.*,» *Rev Med Liège*, pp. 304-310, 2010.
86. V. Rabenda et J. Y. Reginster, «*Overcoming problems with adherence to osteoporosis medication.*,» *Expert Rev. Pharmacoecon. Outcomes*, vol. 10, n° 16, pp. 677-689, 2010.
87. Jalma, «*Les enjeux de l'observance en France, cinq propositions pour renforcer l'observance des produits de santé.*,» 2014.
88. M. Sokol, M. Kimberly, A. McGuigan, R. Verbrugge et R. Epstein, «*Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost.*,» *Med Care* , n° 143, pp. 521-530, 2005.
89. Melinda B. Buntin, Congressional Budget Office, «*Offsetting effects of prescription drug use on Medicare's spending for medical services*». November 29, 2012
90. F. Megerlin et F. Lhoste, «*Structure et coût des médicaments non utilisés au sein d'établissements pour personnes âgées (étude SCMNUI).*,» *SDM Médicament, éthique et PED*, 2008.
91. *Evaluation de l'observance d'un traitement médicamenteux*[en ligne]. Site de l'Assurance Maladie. [Consulté le 02 janvier 2015]. Disponible sur <http://www.ameli.fr/professionnels-desante/medecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/medicaments/evaluer-l-observance-d-untraitement-medicamenteux.php>. Dernière consultation-18 décembre 2020.
92. Oliveria SA, Chen RS, McCarthy BD, Davis CC, Hill MN. *Hypertension Knowledge, Awareness, and Attitudes in a Hypertensive Population. J Gen Intern Med.* mars 2005;20(3):219-25.

93. Rhalimi M, Housieaux E, Rauss A. *Comparaison des outils de repérage de la fragilité. Résultats de l'étude EGO : Evaluation Gériatrique à l'Officine. 3ème Congrès Francophone Fragilité du sujet âgé. Jeudi 12 mars 2015.*
94. Sidot E. *Les facteurs associés à l'adhésion des patients diabétiques au projet thérapeutique : la place de la relation médecin-patient. Thèse de doctorat en médecine. Nancy : Université Henry Poincaré, Nancy 1, 2011.*
95. Lombardi F. *Connaissance et observance des traitements cardiovasculaires par les patients en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Nice : Université de Nice-Sophia antipolis ; 2011.*
96. Jean-Marie Krzesinski, Pauline Vanderweckene, Pauline Erpicum |
Rev Med Suisse 2012; volume 8. 1604-1610.
97. Oudjhani M, Foison O, Astier A. *Est-ce que les sujets âgés connaissent leurs traitements ? J Pharm Clin 2012;31(2):113-6.*
98. Fanny Bizouard, Claire Jungers. *Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade : impact sur l'observance. Médecine humaine et pathologie. 2014. ffdumas-00992739.*
99. Bourdoncle A, Mandeix M. *L'étude COOPERE (recherche d'un lien entre connaissance et Observance des patients traités en Prévention primaire de l'hypertension artérielle en médecine générale). Thèse de doctorat en médecine. Clermont : Université de Clermont 1, 2012.*

ANNEXE 1



Référence CNIL :

2219014 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-003

reçue le 13 août 2020

Madame Siham Fleur AZERKI

8 RUE LOUIS BARTHOU
8 RUE LOUIS BARTHOU
64300 ORTHEZ

ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	Madame AZERKI Siham Fleur	N° SIREN/SIRET :	
Service :		Code NAF ou APE :	
Adresse :	8 RUE LOUIS BARTHOU 8 RUE LOUIS BARTHOU	Tél. :	0652609173
CP :	64300	Fax. :	
Ville :	ORTHEZ		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 14 août 2020

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE DE THÈSE MÉDECINE GÉNÉRALE AZERKI
SIHAM FLEUR : CONNAISSANCES ET OBSERVANCE DE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Age : Sexe : M / F

Mode de vie : seul/ accompagné

I] CONNAISSANCES DE L' HYPERTENSION ARTÉRIELLE :
veuillez entourer les bonnes réponses

1) Quelles sont les réponses correctes concernant la pression artérielle ?

- a) C'est la pression du sang exercée sur la paroi des artères
- b) C'est la pression du sang créée par le retour veineux
- c) Les valeurs normales sont inférieures à 140/90 mmhg
- d) Les valeurs normales sont inférieures à 160/110 mmhg

2) Lesquelles de ces données épidémiologiques sont vraies

- a) En France environ 1 adulte sur 3 est hypertendu
- b) Les Femmes sont plus touchés que les Hommes
- c) L'hypertension artérielle est la pathologie chronique la plus fréquente en France
- d) Plus on vieillit, plus le risque de développer de l'hypertension augmente

3) Quelles sont les bonnes conditions pour prendre sa tension artérielle au domicile ?

- a) Être en position semi-assise ou allongée
- b) Ne pas avoir bu de thé ni café dans les 30 minutes précédentes
- c) Être au repos et calme depuis 30 minutes
- d) L'humeur ou l'activité physique peuvent influencer la valeur de la tension artérielle.

4) Quelles autres maladies peuvent être liées à l'hypertension artérielle ?

- a) le diabète
- b) Une pathologie de la glande thyroïde
- c) Un syndrome d'apnée du sommeil
- d) L'anorexie

5) Quels sont les signes pouvant révéler une hypertension artérielle ?

- a) L'absence de symptômes
- b) Des bourdonnements d'oreille, maux de tête, vertiges
- c) Des saignements de nez
- d) Des troubles visuels

6) Quelles peuvent-être les complications de l'hypertension artérielle sur les différents organes ?

- a) Entraîner une souffrance des reins
- b) Augmenter le risque d'infarctus du myocarde ou d'insuffisance cardiaque
- c) Augmenter le risque d'apparition d'un AVC (accident vasculaire cérébral)
- d) Entraîner un problème de vue

7) Quelles mesures hygiéno-diététiques permettent de lutter contre l'hypertension artérielle ?

- a) Boire beaucoup d'eau
- b) Effectuer une activité physique régulière et lutter contre l'obésité
- c) Arrêter de fumer
- d) Observer un régime pauvre en sel et en alcool

III] OBSERVANCE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE : entourez les bonnes réponses

1) Avez-vous de l'hypertension artérielle ?

- a) Oui mais je ne prends pas de traitement
- b) Oui et j'ai un traitement
- c) Je ne sais pas
- d) Non

2) Depuis combien de temps êtes-vous hypertendu(e) ?

- a) Depuis moins d'un an
- b) Entre 1 an et 5 ans
- c) Entre 5 ans et 10 ans
- d) Depuis plus de 10 ans

3) Pensez-vous que votre traitement est efficace ?

- a) Oui, il est indispensable
- b) Oui, mais je peux m'en passer

- c) Je ne suis pas certain
- d) Non je ne pense pas

4) En dehors du traitement médicamenteux, essayez-vous de réduire votre consommation de sel, d'alcool et tabac tout en effectuant une activité physique régulière ?

- a) Oui, je respecte ces mesures au quotidien
- b) Oui, j'essaie en partie de faire attention avec quelques écarts
- c) J'ai du mal à respecter ces mesures qui me semblent trop difficiles
- d) Je ne respecte pas ces mesures

5) Comment prenez-vous votre traitement ?

- a) Seul sans pilulier
- b) Seul avec un pilulier
- c) Une personne de mon entourage me donne le traitement (époux, épouse, enfants, ami, voisin...)
- d) Une infirmière me donne le traitement

6) Avez-vous oublié de prendre votre traitement pour la tension artérielle ces deux derniers mois ?

- a) Oui, 1 fois tous les 2-3 mois
- b) Oui, 1 fois tous les mois
- c) oui, 1 fois par semaine ou plus
- d) Non je n'oublie jamais mon traitement

7) Quels sont le(s) inconvénient(s) qui pourraient vous pousser à ne pas prendre votre traitement anti hypertenseur ?

- a) Vous avez trop de médicaments à prendre tous les jours ;
- b) Vous présentez des effets secondaires indésirables du médicament
- c) Le prix de vos médicaments est trop élevé d) Autre raison

8) Quel étai(ent) le(s) motif(s) du dernier oubli de prise de votre traitement anti-hypertenseur ?

- a) Le moment de prise dans la journée ne vous convient pas
- b) Vous vous trouviez dans un environnement inhabituel (en dehors de votre habitation, chez des amis ou en vacances)
- c) Volontaire, vous ne voyez pas l'intérêt de prendre le traitement tous les jours car vous ne ressentez pas de symptômes.
- d) Vous présentez des troubles de la vue/des troubles de la mémoire/ une difficulté à avaler/ une difficulté à attraper ou tenir le médicament

9) Combien de traitement(s) possédez-vous contre l'hypertension artérielle ?

- a) 1
- b) 2
- c) 3 ou plus
- d) je ne sais pas

S'agit-il d'une association de deux molécules dans un seul comprimé ? Oui/non/ Je ne sais pas

10) A quel(s) moment(s) de la journée prenez-vous votre traitement contre l'hypertension ?

- a) le matin
- b) le midi
- c) l'après-midi
- d) le soir

11) Possédez-vous un appareil pour mesurer votre tension à domicile ?

- a) Oui j'ai un appareil qui me permet de prendre ma tension de temps en temps
- b) Oui j'ai un appareil mais je ne m'en sers pas
- c) Non je n'ai pas d'appareil mais je souhaiterais en avoir un
- d) Non je n'ai pas d'appareil car je ne vois pas l'utilité d'en posséder un.

Merci de votre participation !

ANNEXE 3

TEST D'ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE

1. Ce matin avez vous oublié de prendre votre médicament ?
 Oui Non
2. Depuis la dernière consultation avez vous été en panne de médicament ?
 Oui Non
3. Vous est il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?
 Oui Non
4. Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?
 Oui Non
5. Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?
 Oui Non
6. Pensez vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?
 Oui Non

INTERPRÉTATION DU TEST :

OUI (0) : Bonne observance

OUI (1 ou 2) : Minime problème d'observance

OUI (> 3) : Mauvaise observance

Réf : Girerd X et col. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse Med 2001 ; 30 : 1044-8.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, 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 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 !



I

RÉSUMÉS

INTRODUCTION : L'hypertension artérielle, premier facteur de risque cardio-vasculaire touchant à ce jour 1 adulte sur 3 est un enjeu majeur de santé publique et le premier motif de consultation de médecine générale dans le monde. Nous avons émis l'hypothèse que les patients hypertendus traités ayant une bonne connaissance de leur pathologie présentent une meilleure observance. **OBJECTIF PRINCIPAL:** Il consiste à déterminer l'existence d'un lien entre connaissances théoriques de l'hypertension artérielle et l'observance thérapeutique en médecine générale chez les patients hypertendus de la région Poitou-Charentes. L'objectif secondaire a pour but d'identifier les facteurs influençant l'observance des patients hypertendus. **MATÉRIEL ET MÉTHODE:** Étude descriptive multicentrique réalisée de septembre à octobre 2020 en médecine générale par le biais d'un questionnaire anonyme destiné aux patients hypertendus majeurs traités depuis minimum 3 mois. Le questionnaire a été inspiré de Girerd et de " l'hypertension knowledge scale " d'Erock. **RÉSULTATS:** 72 patients ont été inclus. L'âge moyen est de 68.5 ans. Le score moyen de connaissance est de 17.2/28. Le score moyen d'observance est de 14,5/18 Les complications de l'hypertension artérielle les plus connues étaient l'accident vasculaire cérébral ainsi que les souffrances cardiaques. L'étude n'a pas permis d'identifier de lien entre connaissances et observance thérapeutique dans l'hypertension artérielle. Les patients consultant en zone rurale sont significativement moins respectueux des mesures hygiéno-diététiques dans l'hypertension artérielle. **CONCLUSION:** Les connaissances et l'observance du traitement dans l'hypertension artérielle doivent être régulièrement abordées en consultation de médecine générale afin d'améliorer l'adhésion aux soins et diminuer la survenue de complications parfois létales. Il serait donc intéressant de travailler sur la mise en œuvre de mesures permettant d'améliorer l'information et l'observance thérapeutique des patients.

Mots-clés : Connaissances-Observance thérapeutique-Hypertension-Médecine générale.

INTRODUCTION: High blood pressure, the first cardiovascular risk factor affecting 1 in 3 adults today, is a major public health issue and the first reason for consulting a general practitioner in the world. We have hypothesized that treated hypertensive patients with a good knowledge of their pathology have a better compliance. **MAIN OBJECTIVE :** The main objective is to determine the existence of a link between theoretical knowledge of hypertension and adherence to treatment in general medicine for hypertensive patients from Poitou-Charentes. The second objective is to identify the factors influencing adherence in hypertensive patients. **MATERIALS AND METHODOLOGY:** Descriptive multicenter study extending from september to october 2020 in general medicine using an anonymous inquiry for hypertensive patients treated for at least 3 months. The questionnaire was inspired by Girerd and Erock's hypertension knowledge scale. **RESULTS:** 72 patients were included with an average age of 68.5 years. The average of knowledge score was 17.2/28. The mean compliance score is 14,5/18. The most common complications of hypertension were stroke and heart disease. The study did not identify a link between knowledge and adherence to therapy in high blood pressure. Patients consulting in rural areas were significantly less compliant with hygiene-dietary measures in hypertension. **CONCLUSION:** Knowledge and adherence to treatment in hypertension should be regularly discussed in general practice to improve adherence and reduce the occurrence of life-threatening complications. It would therefore be interesting to work on the implementation of measures to improve patient information and adherence to treatment.

Keywords: Knowledge- Therapeutic adherence - Hypertension - General medicine.