Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2011 **N°**

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Anne GALLOIS
Née le 11 août 1982 à Versailles

Présentée et soutenue publiquement le 31 mai 2011

Hypertension artérielle : recherche d'un lien entre le niveau d'observance et la connaissance des complications

Jury

Président de Jury : **Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH**
Membres du jury : **Madame le Professeur Caroline HOMMET**
Monsieur le Professeur François MAILLOT
Madame le Docteur Claire LE LANN

FACULTÉ DE MÉDECINE
TOURS

1er Novembre 2010

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN
Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERAL
Monsieur Patrick HOARAU

****

DOYENS HONORAIRES
Professeur Emile ARON – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- *1966-1972*
Professeur André GOUAZÉ - *1972-1994*
Professeur Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Jacques LANSAC
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - J. LAUGIER G.
LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN - J. MOLINE
Cl. MORAINE H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD - Ch. ROSSAZZA -
Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE - J. THOUVENOT
B. TOUMIEUX - J. WEILL.

10 Bvd Tonnellé-B.P.3223-37032-TOURS CEDEX 1-Tél.02-47-36-60-04-FAX.02-47-36-60-99/1

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	AUTRET Alain	Neurologie
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BESNARD Jean-Claude	Biophysique et Médecine nucléaire
	BESNIER Jean-Marc	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie

	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBERT Michel	Chirurgie Infantile
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEURS ASSOCIES

M.	HUAS Dominique	Médecine Générale
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
MM.	POTIER Alain	Médecine Générale
	TEIXEIRA Mauro	Immunologie

PROFESSEUR détaché auprès de l'Ambassade de France à Washington pour exercer les fonctions de Conseiller pour les affaires sociales

M.	DRUCKER Jacques	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - **PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
Mlle	BLECHET Claire	Anatomie et Cytologie pathologiques
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
Mmes	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
	BRECHOT Marie-Claude	Biochimie et Biologie moléculaire
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DUONG Thanh Haï	Parasitologie et Mycologie
Mmes	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie , transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie

	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mme	MICHEL–ADDE Christine	Pédiatrie
M.M	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
Mme	VALAT Chantal	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
Mme	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M.M.	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	ROBERT Jean	Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE

M	DIABANGOUAYA Célestin	Anglais

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
M.	MALLET Donatien	Praticien Hospitalier.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de présider mon jury de thèse.
Je vous en remercie.

A Madame le Professeur Caroline HOMMET

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous en remercie tout particulièrement.
Je tenais à vous remercier également pour votre enseignement lors de mon passage en tant qu'interne dans le service de Médecine Interne Gériatrique.

A Monsieur le Professeur François MAILLOT

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.
Merci également pour votre investissement dans la Formation Médicale Continue des médecins généralistes.

A Madame le Docteur Claire LE LANN

Je te remercie d'avoir accepté de me suivre dans ce travail pour ta première direction de thèse.
J'ai beaucoup apprécié travailler avec toi lors de mon stage ambulatoire de premier niveau.
Aussi, j'ai été très touchée que tu penses à moi pour prendre la succession de ton associée.

A mes parents

Si je suis là aujourd'hui c'est avant tout grâce à vous.
Je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir permis de faire les études dont j'avais envie. Vous avez cru en moi et vous avez fait en sorte que tout se passe bien pour moi durant ces longues années. Vous avez toujours été là pour me soutenir et surtout dans les moments difficiles. Merci.

A Thomas

Merci pour ta présence, ton soutien et tes encouragements au quotidien. Merci pour ton aide lors de la réalisation de l'étude ainsi que pour tes conseils et tes corrections lors de la rédaction. Ces derniers mois ont parfois été difficiles mais tu as toujours su trouver les mots pour me faire avancer. J'espère que je serai à la hauteur lorsque ce sera ton tour…

A Coline

Depuis ton arrivée il y a quelques mois, tu m'apportes tous les jours beaucoup de bonheur et d'émotions. Malgré toi, tu as suivi toutes les étapes de ce travail… A partir de maintenant je vais avoir un peu plus de temps pour toi.

A Caroline et Maxime

Merci pour tous ces moments inoubliables et pour ce lien fort qui nous uni.
Merci pour votre soutien durant ces années d'études. Merci d'avoir été là quand ça n'allait pas. Merci Caro pour ces bons moments passés quand tu habitais en dessous de chez moi.

A Maryline

Merci pour ton amitié et tous ces moments passés en ta compagnie. J'aimerais qu'on se voit plus souvent.

A mes grands-parents, à ma grand-mère.

A Aurélie et Wilson.

A Nelly et Maurice.

A la fanfare de médecine de Tours « La Vaginale » et surtout « aux vieux » : merci pour tous ces moments de musique, ces fous rires, toutes ces rencontres. Merci de m'avoir permis de penser à autre chose qu'à mes études.

A Delphine (Phine) …
A Elise et Philou, Caro Y., Agathe, LN, Caro et Pauline, Perrine, Delphine M.
A Céline pour ton amitié qui a résisté à ces longues années d'études.
A mes co-internes notamment à l'équipe de Châteauroux… Premier semestre d'internat, un peu galère…

A Olivia, merci pour ta relecture attentive et tes conseils. Merci de m'accorder ta confiance pour prendre ta succession.

Merci aux équipes des services dans lesquels j'ai fait mes stages.
Merci aux médecins généralistes chez qui j'ai réalisé mes stages de médecine générale.
Merci aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS 6

INTRODUCTION 7

I. L'hypertension artérielle 7
A. L'hypertension artérielle en France et en médecine générale 7
B. HTA et complications 7
C. Un mauvais contrôle de l'HTA 8

II. L'observance 9
A. Définitions et généralités 9
B. L'observance dans les pathologies chroniques 9
C. Conséquences d'une mauvaise observance 10
D. Comment mesurer l'observance ? 10

III. Pourquoi ce travail ? 11

MATERIEL ET METHODE 12

I. L'étude 12
A. Type d'étude 12
B. Temps et durée de l'étude 12
C. Population étudiée 12
D. Recrutement des médecins généralistes et constitution de l'échantillon 13
E. Le questionnaire 13
F. Distribution des questionnaires aux médecins généralistes 14
G. Passation du questionnaire 15
H. Collecte des questionnaires 15

II. L'exploitation des données 16
A. Les caractéristiques des médecins 16
B. Les caractéristiques des patients 16
C. Le test d'évaluation de l'observance 16
D. Les connaissances des patients sur les risques liés à l'HTA 17
E. Recherche d'un lien entre le niveau d'observance et la connaissance des patients sur les risques liés à l'HTA 18

RESULTATS 19

I. Caractéristiques des médecins 19

II. Caractéristiques des patients 20
A. Caractéristiques sociodémographiques 20
B. Durée du traitement de l'HTA 20
C. Observance 20
D. Connaissance des risques liés à l'HTA 21
E. Réponses données par les patients à la question sur leur connaissance des risques liés à l'HTA 21

III. Analyse de l'observance en fonction des caractéristiques des patients 22
A. Analyse de l'observance selon le sexe des patients 22
B. Analyse de l'observance selon la durée du traitement antihypertenseur 22
C. Analyse de l'observance selon l'âge des patients 22

IV. Analyse du score de connaissance des risques liés à l'HTA selon les caractéristiques des patients 23
A. Analyse du score de connaissance des risques liés à l'HTA selon le sexe 23
B. Analyse du score de connaissance des risques liés à l'HTA selon la durée du traitement antihypertenseur 23
C. Analyse du score de connaissance des risques liés à l'HTA selon l'âge 24

V. Existe-t-il un lien entre le niveau d'observance et la connaissance des patients sur les risques liés à l'HTA 24

DISCUSSION 25

I. Population étudiée 25
A. Effectif de l'étude 25
B. Caractéristiques sociodémographiques 26
C. Observance des patients 26
D. Connaissances des patients sur les risques liés à l'HTA 26

II. L'observance en fonction des caractéristiques des patients 28

III. La connaissance des complications en fonction des caractéristiques des patients 29

IV. Observance et connaissance des risques liés à l'HTA 30

V. Les limites et biais de l'étude 31

CONCLUSION 33

BIBLIOGRAPHIE 34

ANNEXES 37

ANNEXE 1 : Le questionnaire 38

ANNEXE 2 : Lettre destinée aux médecins généralistes 40

ANNEXE 3 : Classement des termes employés par les patients pour répondre à la question sur les connaissances des risques liés à l'HTA 42

SERMENT D'HIPPOCRATE 44

LISTE DES ABREVIATIONS

AIT : accident ischémique transitoire

AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs

AVC : accident vasculaire cérébral

CRGE : Collège Régional des Généralistes Enseignants

ENNS : Etude Nationale Nutrition Santé

ESC : European Society of Cardiology

ESH : European Society of Hypertension

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : hypertension artérielle

IDM : infarctus du myocarde

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMG : Observatoire de la Médecine Générale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : pression artérielle

PAD : pression artérielle diastolique

PAS : pression artérielle systolique

TEO : Test d'Evaluation de l'Observance

INTRODUCTION

I. L'hypertension artérielle

A. L'hypertension artérielle en France et en médecine générale

L'hypertension artérielle (HTA) est fréquemment rencontrée en médecine générale. Selon les données de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) en 2009 elle représentait 13,1% des consultations d'un médecin généraliste. L'HTA se classait ainsi au troisième rang du « TOP 50 » des diagnostics les plus fréquents en médecine générale (1).

En France, le taux de prévalence de l'HTA était de 31% chez les adultes âgés de 18 à 74 ans selon l'étude ENNS 2006-2007 (34,1% pour les hommes et 27,8% pour les femmes) (2). L'étude Mona Lisa réalisée en 2007 chez des adultes de 35 à 74 ans retrouvait les chiffres de 47,3% chez les hommes et 35% chez les femmes (3).
Selon l'HAS (4), en appliquant les taux de prévalence observés dans les deux études Mona Lisa et ENNS aux derniers chiffres de population publiés par l'INSEE pour 2009, le nombre d'hypertendus était estimé à douze millions de personnes chez les français entre 34 et 74 ans et à treize millions entre 18 et 74 ans.

B. HTA et complications

L'HTA est un facteur de risque cardio-vasculaire. Il a été montré que ce risque est directement corrélé à la pression artérielle et ce jusqu'au seuil minimum de 115/75 mm Hg (5).

L'HTA est le plus souvent asymptomatique mais si elle n'est pas bien équilibrée elle peut donner lieu à une atteinte des organes cibles que sont le cœur, les vaisseaux, les reins, les yeux et le cerveau (4,6).
Sur le plan cardiaque, ces complications peuvent se manifester par une hypertrophie ventriculaire gauche, une ischémie, une insuffisance cardiaque et une arythmie complète par fibrillation auriculaire.
L'HTA peut provoquer un épaississement et une rigidité des parois des vaisseaux (avec notamment une atteinte carotidienne), une artériopathie oblitérante des membres inférieurs et aorto-iliaque ou un anévrysme de l'aorte abdominale.
La néphropathie hypertensive (7) se manifeste par une atteinte de la fonction rénale et /ou par une augmentation de l'excrétion urinaire d'albumine.
Selon des stades de gravité croissante, la rétinopathie hypertensive se caractérise par des rétrécissements artériolaires focaux ou diffus, des hémorragies rétiniennes, des exsudats et plus rarement par des œdèmes papillaires.

L'HTA pourrait être mise en cause dans près de 70% des accidents vasculaires cérébraux qu'ils soient d'origine ischémique ou hémorragique (8). L'atteinte cérébrale peut être infra-clinique et l'on retrouve alors sur des imageries cérébrales des lacunes ou des lésions de la substance blanche. Des études ont également montré un lien entre l'hypertension artérielle et l'apparition d'un déclin cognitif (9) ou d'une démence.

L'HTA n'est pas toujours reconnue par les patients comme étant un facteur de risque cardio-vasculaire et les complications qui lui sont liées sont mal connues (10-14). Il a été mis en évidence que des patients hypertendus qui connaissaient les risques liés à l'hypertension ne se considéraient pas pour autant comme étant à risque de complications cardio-vasculaires (12,15).

Il a été montré chez les sujets d'âge moyen (de 40 à 69 ans), qu'une baisse de 10 mm Hg de la pression artérielle systolique (PAS) ou de 5 mm Hg de la pression artérielle diastolique (PAD) s'associait à long terme à une diminution de 40% du risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) et de 30% du risque de cardiopathies ischémiques (5).

La mise en place d'un traitement antihypertenseur est efficace pour prévenir ces complications cardio-vasculaires (16,17). L'étude Syst-Eur montre qu'un traitement de l'hypertension chez des patients de plus de 60 ans aurait un effet protecteur sur l'apparition de démence (18).

C. Un mauvais contrôle de l'HTA

L'étude ENNS rapporte que 50,4% des hypertendus recevaient un traitement à action antihypertensive et que, parmi eux, seulement 50,9% avaient une pression artérielle contrôlée c'est-à-dire une PAS < 140 mm Hg et une PAD < 90 mm Hg selon la définition de l'HAS.

Le défaut d'adhérence au traitement est reconnu comme étant une cause d'hypertension artérielle mal contrôlée (4). Dans une revue d'article, Osteberg *et al* (19) nous parlent d'une étude qui a montré, grâce à l'utilisation d'un pilulier électronique, que 50% des HTA réfractaires étaient en fait dues à une mauvaise observance.
Dans une étude française, Mulazzi *et al.* ont montré que les patients hypertendus et mal contrôlés avaient une observance significativement plus mauvaise que les hypertendus contrôlés (20).

II. L'observance

A. Définitions et généralités

Selon le dictionnaire le Petit Robert l'observance correspond à l'action de pratiquer une règle en matière religieuse. L'obéissance serait un synonyme.

Dans le Dictionnaire Médical Masson, l'observance est définie comme le respect par le malade d'une prescription ou d'un régime.

Certains auteurs préfèrent le terme d'adhérence ou adhésion pour ne pas donner l'impression que la personne est passive et qu'elle subit les prescriptions (19).

L'observance est un processus global qui ne se limite pas au suivi d'un traitement médicamenteux. Elle comprend aussi le suivi médical, la réalisation des examens complémentaires et le suivi des recommandations de régime et d'activité sportive.

Il est admis qu'un patient prenant au moins 80% de son traitement est observant (ce seuil peut être plus élevé selon la pathologie comme par exemple dans le traitement du SIDA).

L'observance est souvent décrite comme une variable dichotomique (on est ou non observant) alors que les taux d'observance peuvent varier de 0 à plus de 100% (pour un patient qui prendrait plus de médicaments que nécessaire). L'observance est un processus dynamique et évolutif. Un patient peut initialement être adhérent à son traitement et plus tard, pour une raison qui lui est propre, ne plus l'être (21-23).

L'observance est aussi un processus multifactoriel. Elle est déterminée par l'association de plusieurs facteurs. Parmi eux, on peut trouver la complexité du traitement, les effets indésirables, des facteurs liés au patient comme l'humeur, la consommation de drogue ou d'alcool, le statut socioéconomique et des facteurs liés à la relation médecin-patient (21).

B. L'observance dans les pathologies chroniques

Le taux d'adhérence aux traitements serait de l'ordre de 50% pour les pathologies chroniques. On remarque que l'observance se dégrade après les six premiers mois de traitement (19). Elle est particulièrement mauvaise pour le traitement des maladies silencieuses comme l'HTA ou l'hypercholestérolémie et spécialement pour celles nécessitant un changement de mode de vie (24). Ceci est en partie lié au fait que les récompenses qui résulteraient d'une bonne observance sont à envisager sur du long terme : se traiter pour ne pas avoir de complications dans le futur (22).

Le taux d'observance est plus élevé dans les essais cliniques car les patients sont plus surveillés et informés (19).

C. Conséquences d'une mauvaise observance

En prévention secondaire de pathologies cardiaques, c'est-à-dire après l'apparition de la maladie, il a été montré que les patients qui étaient observants avaient moins de complications et un meilleur pronostic vital que ceux qui ne l'étaient pas. Ceci était également retrouvé si le traitement pris était un placebo, produit pharmaceutique dépourvu de principe actif. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les patients qui suivent correctement leur traitement suivent également les autres recommandations et notamment les régimes (24).

La non-observance a des répercussions sur la morbi-mortalité (25) et aussi des conséquences économiques (escalades thérapeutiques inutiles, hospitalisations plus fréquentes, explorations inutiles, prise en charge des complications d'une pathologie mal équilibrée, médicaments achetés et remboursés mais non consommés) (26).

D. Comment mesurer l'observance ?

Il existe plusieurs méthodes pour évaluer l'observance (19,26,27) :

- dosage médicamenteux dans le sang ou les urines : cette méthode n'est pas réalisable pour tous les médicaments mais est parfois très utile (pour les traitements antiépileptiques par exemple).
- observation des réponses cliniques au traitement : cette méthode est facilement réalisable mais les éléments cliniques mesurés peuvent être influencés par différents facteurs.
- piluliers électroniques : c'est la méthode la plus utilisée dans les études mais elle l'est peu en pratique courante du fait de son coût. On observe que le boîtier a bien été ouvert mais cela ne prouve pas que le médicament ait été ingéré.
- décompte des médicaments : c'est une mauvaise méthode de suivi de l'observance car le patient peut vider la boîte juste avant la consultation.
- avis du médecin : c'est une mauvaise méthode car des études ont montré que les médecins surestimaient l'observance de leurs patients (23,28).
- interrogatoire du patient éventuellement en utilisant un questionnaire : facile à réaliser en pratique courante mais on risque de surestimer l'observance. Le patient peut avoir envie de faire plaisir à son médecin en lui disant qu'il n'a aucun problème avec son traitement.
- consultation des registres des pharmacies pour voir si le patient a bien acheté les médicaments et s'il les a renouvelés à la bonne date : difficile à réaliser en pratique courante car le patient peut changer de pharmacie ou acheter les médicaments sans les consommer.

Aucune de ces méthodes n'est réellement fiable.

La demande directe semble être la meilleure voie, surtout en pratique ambulatoire, mais elle ne doit pas apparaître comme un jugement (19).

III. Pourquoi ce travail ?

Une hypertension artérielle a été diagnostiquée pour la première fois dans mon entourage familial au début de mes études de médecine. Je remarquais alors que cette personne oubliait souvent ses médicaments lorsqu'elle partait de chez elle. Un autre proche me rapportait des retards dans les renouvellements ou les visites médicales. Je commençais à cette époque les cours de cardiologie et découvrais les facteurs de risque cardio-vasculaires. J'ai alors entrepris de partager mes découvertes avec mon parent hypertendu, persuadée que cela l'inciterait à mieux prendre son traitement.

Plus tard, au cours de mon internat, j'ai rencontré, en milieu hospitalier et en consultation de médecine générale, des patients hypertendus qui avouaient prendre leur traitement de façon aléatoire, modifier les posologies prescrites ou même arrêter leur traitement. La plupart du temps il ne s'agissait que d'oublis répétés, mais parfois je notais qu'ils ne s'intéressaient pas à leur tension ou alors qu'ils estimaient ne pas avoir besoin de traitement.
J'ai été particulièrement frappée un jour en recevant aux urgences un homme d'une cinquantaine d'année pour un accident vasculaire cérébral. Ce patient m'a avoué très facilement qu'il ne prenait plus son traitement pour l'hypertension artérielle depuis plusieurs semaines car il n'avait pas envie de s'embêter à prendre un traitement tous les jours alors qu'il se sentait bien. En voyant ce patient, je me suis demandée si une meilleure connaissance des risques encourus l'aurait encouragé à mieux prendre ses médicaments.

Je me suis donc interrogée sur l'existence d'un lien entre la qualité de l'observance de ces patients hypertendus et la connaissance des risques lié à leur HTA.

Il existe dans la littérature des études sur les déterminants de l'observance en général et dans l'HTA. Je n'en ai pas trouvé qui évaluait l'influence des connaissances des complications sur l'observance des patients hypertendus.

C'est pour cette raison que j'ai souhaité mener ce travail pour ma thèse.

L'objectif principal de cette thèse est de rechercher si la connaissance qu'ont les patients sur les complications liées à leur hypertension artérielle influence leur observance médicamenteuse.

MATERIEL ET METHODE

I. L'étude

La méthodologie a été finalisée avec l'aide du Dr Philippe Bertrand, Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier en Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication.

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive quantitative, transversale, de mise en évidence de facteurs pronostiques.

B. Temps et durée de l'étude

L'étude s'est déroulée entre décembre 2010 et février 2011.

La distribution des questionnaires aux médecins a été faite entre le 3 et le 16 décembre 2010 en fonction de leurs disponibilités pour me recevoir.

La date limite de recueil des questionnaires était le 11 février 2011.

C. Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient :

- Patients hommes et femmes
- Age supérieur à 18 ans
- Présence d'une HTA
- Patients vus en consultation par leur médecin généraliste pour le renouvellement de leur traitement antihypertenseur
- Patients traités par au moins un médicament antihypertenseur
- Traitement de l'HTA depuis plus d'un an

Les critères d'exclusion étaient :

- Patients ayant au moins un antécédent médical pouvant être considéré comme une complication de leur HTA
- Présence de troubles des fonctions supérieures
- Refus de participation
- Illettrisme

D. Recrutement des médecins généralistes et constitution de l'échantillon

Ne pouvant calculer un nombre précis de sujets à inclure, le Dr Bertrand nous a conseillé d'inclure au moins trois cents patients pour pouvoir espérer avoir des résultats significatifs.

Pour inclure des patients, nous avons fait appel à des médecins généralistes que nous connaissions et qui étaient susceptibles d'accepter de participer à ce travail.

Chaque médecin devait inclure vingt patients hypertendus en respectant les critères cités plus haut.

E. Le questionnaire

Pour faciliter la participation des médecins et des patients, j'ai souhaité proposer un questionnaire simple, avec un minimum de questions et rapide à remplir.
Ce questionnaire (annexe 1), présenté dans un format A4, se découpait en deux parties :

- Première partie au recto :

Elle comportait :

Le test d'évaluation de l'observance (TEO) :

Il s'agit d'un questionnaire mis au point par Girerd *et al.* pour évaluer l'observance des traitements antihypertenseurs ainsi que la prévalence des difficultés d'observance de ces traitements. Il a été décrit dans la revue La Presse Médicale en 2001 (29).

Initialement, ce questionnaire a été conçu pour évaluer une population d'hypertendus suivis en milieu spécialisé.

En 2004, un travail a été réalisé par le Collège Régional des Généralistes Enseignants pour tester sa validité en consultation de médecine générale : il en est ressorti que le questionnaire pouvait être un outil d'évaluation de l'observance du traitement de l'HTA en pratique de médecine générale (30).

En 2008, l'enquête AURORE, « dans la vraie vie » (28) avait pour but d'identifier les facteurs d'observance d'un traitement antihypertenseur. Cette enquête a été réalisée auprès de 2368 patients de médecine générale ou de cardiologie et elle utilisait le TEO.

Ce test est composé de six questions dont les réponses sont « oui » ou « non » :
- Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?
- Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicament ?
- Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?

- 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 ?
- Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

Selon les consignes des auteurs, ce test doit être réalisé au cours d'une consultation pour le renouvellement de l'ordonnance du traitement antihypertenseur et toutes les questions doivent être posées par le médecin (29).

Lors de la mise au point de ce questionnaire, la population étudiée se composait de patients hypertendus traités depuis au moins un an.

Une question sur la durée de traitement de l'hypertension artérielle du patient :

Nous avons souhaité savoir si la durée de traitement de l'hypertension avait un lien avec le niveau d'observance et/ou avec les connaissances des patients sur les complications liées à l'hypertension.

Pour que la réponse à la question « durée de traitement » soit plus facile et plus rapide pour le médecin traitant, nous avons décidé de proposer une réponse du type « moins ou plus de 5 ans ». Nous avons choisi le seuil de cinq ans car nous avons pensé qu'au-delà, les patients étaient habitués à leur HTA et qu'ils avaient pu acquérir des connaissances sur leur pathologie et son traitement.

- Deuxième partie au verso :

Elle comportait :
- Un texte d'introduction ayant pour but de me présenter auprès des patients et de leur expliquer l'objet de mon travail.
- Les caractères sociodémographiques du patient : âge et sexe.
- Une question évaluant les connaissances des patients sur les complications de l'hypertension artérielle. Il s'agissait d'une question ouverte pour ne pas influencer les patients par des propositions de réponses. L'intitulé de la question était : Selon vous, quels sont les risques (ou complications) liés à l'hypertension artérielle ?

F. Distribution des questionnaires aux médecins généralistes

J'ai rencontré les médecins afin de leur présenter mon projet d'étude. Lors de cette rencontre, je leur ai donné une enveloppe sur laquelle figuraient mes coordonnées (adresse, téléphone et adresse mail), le nom du médecin et le numéro qui lui était attribué. A l'intérieur se trouvaient :
- Une lettre qui leur était destinée, dans laquelle je décrivais le but de mon travail, le questionnaire utilisé, les conditions de passation ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion. En annexe était jointe l'interprétation du test d'observance (annexe 2).
- Vingt questionnaires. Chaque questionnaire portait le numéro attribué au médecin.

G. Passation du questionnaire

Lors d'une consultation de renouvellement du traitement antihypertenseur, le médecin proposait au patient (qui répondait aux critères cités plus haut) de participer à l'étude.
Après accord du patient, le médecin devait lui poser lui-même les six questions du test d'observance et cocher les réponses. De plus, il indiquait si son patient était traité depuis moins ou plus de cinq ans pour son HTA.

A la fin de la consultation, le médecin devait remettre la feuille du questionnaire au patient. Celui-ci avait alors pour consigne de remplir la deuxième partie (au verso) sans aide et avant de quitter le cabinet médical.

H. Collecte des questionnaires

Lors de la première rencontre avec les médecins, chacun s'est vu proposer au choix une boîte ou des enveloppes. Les boîtes pouvaient être laissées en salle d'attente ou au secrétariat. Elles étaient fermées et seule une fente permettait d'introduire le questionnaire plié. Ce système ne permettait pas au médecin de récupérer le questionnaire après la consultation. Les enveloppes portaient la mention « enquête hypertension artérielle ». Elles pouvaient être fermées par le patient après y avoir mis son questionnaire. L'enveloppe pouvait alors être laissée au secrétariat, dans la boîte à lettre du médecin ou à un autre endroit désigné par le médecin.

Après avoir rempli la seconde partie et avant de quitter le cabinet médical, les patients devaient déposer leur questionnaire à l' endroit qui leur était indiqué par le médecin.

Les premiers questionnaires ont été récupérés le 16 décembre 2010.
Deux à trois semaines après la distribution, les médecins qui n'avaient pas encore rendu de questionnaires ont été contactés par mail, afin de savoir s'ils pensaient à notre étude et s'ils avaient rencontré des problèmes.
Mi-janvier puis début février 2011, ceux qui n'avaient toujours pas donné de nouvelles ont de nouveau été contactés par mail et/ou par téléphone.

La date de fin de collecte a été fixée au 11 février afin de pouvoir commencer l'analyse des données.

II. L'exploitation des données

Le recueil et l'analyse des données ont été effectués pour les patients qui avaient écrit une réponse à la question sur les connaissances des complications (même si la réponse était un point d'interrogation ou une barre) et dont le médecin avait correctement rempli le questionnaire d'évaluation de l'observance. Les questionnaires pour lesquels manquaient la durée de traitement et/ou le sexe et/ou l'âge n'ont pas été exclus.

Les réponses obtenues dans les questionnaires ont été entrées dans un tableau Excel.

L'analyse des données a été réalisée avec l'aide du Dr Philippe Bertrand. Le logiciel statistique utilisé était SSP18.

Le seuil de significativité retenu était p=0,05.

A. Les caractéristiques des médecins

Nous avons relevé:

- Le nombre de médecins ayant accepté de participer à l'étude
- La répartition des médecins selon le sexe
- La moyenne d'âge des médecins
- La répartition des médecins selon le type d'exercice (rural, semi-rural, urbain)
- Le nombre de questionnaires récupérés par chaque praticien

B. Les caractéristiques des patients

Nous avons relevé :

- Le nombre de questionnaires récupérés et le nombre de questionnaires interprétables
- La répartition des patients selon le sexe
- La moyenne d'âge des patients ainsi que la médiane, le premier et le troisième quartiles
- La répartition des patients selon la durée de traitement de leur hypertension artérielle

C. Le test d'évaluation de l'observance

L'interprétation du test d'évaluation de l'observance a été réalisée selon le nombre de réponse « oui » aux six questions, ce qui a permis de classer les patients en fonction de leur niveau d'observance.

Tableau 1 : Interprétation du TEO en fonction du nombre de réponse « oui »

TOTAL de OUI	Niveau d'observance
0	bonne observance
1 ou 2	minime problème d'observance
3 ou plus	mauvaise observance

Nous avons réparti les patients en fonction de leur niveau d'observance.

Nous avons ensuite analysé le niveau d'observance en fonction des caractéristiques des patients. La comparaison entre les trois groupes « bonne observance », « minime problème d'observance » et « mauvaise observance » a été faite par un test du khi-deux pour les variables qualitatives que sont le sexe et la durée de traitement. Pour comparer les trois groupes selon l'âge (variable quantitative) nous avons utilisé une analyse des variances (ANOVA).

D. Les connaissances des patients sur les risques liés à l'HTA

Les réponses des patients à la question ouverte sur leur connaissance des risques liés à l'hypertension ont été classées en cinq catégories :

- cérébrale
- cardiaque
- vasculaire
- rénale
- ophtalmologique

Le classement des réponses des patients dans les catégories est présenté en annexe (annexe 3).

Chaque catégorie citée par le patient valait 1 point et ceci même si la catégorie était citée deux fois ou plus. Cela a permis d'attribuer à chaque patient un score de connaissance allant de 0 à 5 sur 5.

Nous avons réparti les patients selon leur score de connaissance.

Nous avons aussi détaillé le nombre de patients ayant cité chaque catégorie de complications.

Nous avons ensuite analysé le score de connaissance en fonction des caractéristiques des patients. Nous avons utilisé un test-t pour comparer les moyennes du score de connaissance selon les variables qualitatives que sont le sexe des patients et leur durée de traitement. Pour la variable quantitative, c'est à dire l'âge, nous avons effectué un test de corrélation.

E. Recherche d'un lien entre le niveau d'observance et la connaissance des patients sur les risques liés à l'HTA

Pour répondre à la question principale de ce travail, nous avons essayé de mettre en évidence un lien entre le niveau d'observance et le score de connaissance des patients en utilisant une analyse des variances (ANOVA).

RESULTATS

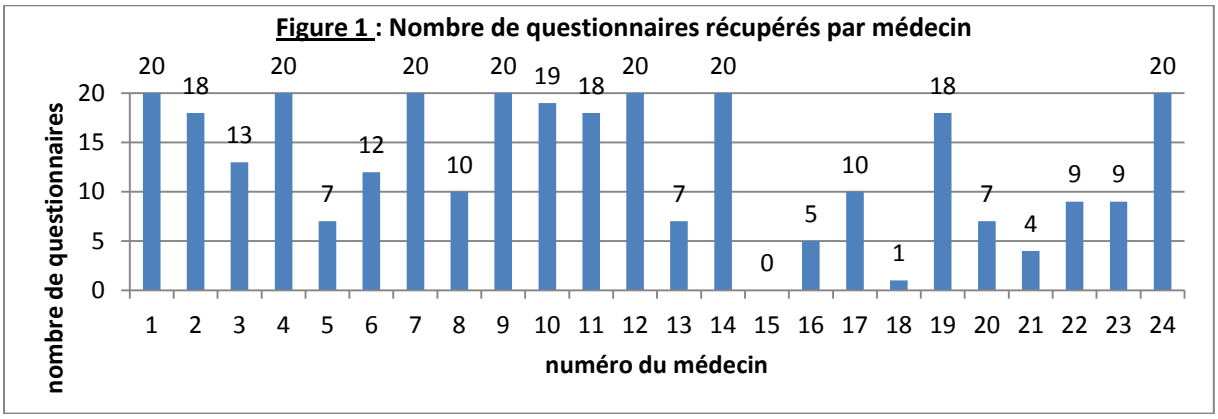
I. Caractéristiques des médecins

Pour cette étude, vingt-quatre médecins ont été contactés. Ils ont tous accepté de participer.

- L'échantillon des médecins était composé de 11 hommes (45,8%) et de 13 femmes (54,2%).
- La moyenne d'âge des médecins étaient de 45,7 ans. Le plus jeune avait 29 ans et le plus âgé 63 ans.
- Les médecins exerçaient soit dans le département de l'Indre et Loire (14 médecins soit 58,3%), soit dans le département du Loir et Cher (10 médecins soit 41,7%).
- 7 médecins (29,2%) exerçaient en milieu rural, 9 (37,5%) en milieu urbain et 8 (33,3%) en milieu semi-rural.
- Tous les médecins étaient conventionnés secteur 1.

Au total, 480 questionnaires ont été distribués (soit 20 questionnaires par médecin).

Figure 1 : Nombre de questionnaires récupérés par médecin



A la fin de l'étude, 307 questionnaires ont pu être récupérés soit 64% des questionnaires distribués.

II. Caractéristiques des patients

A. Caractéristiques sociodémographiques

Au total, 307 questionnaires ont été récupérés par les médecins. Parmi ceux-là, 12 n'ont pas pu être interprétés (pour 8 questionnaires, il n'y avait pas de réponse à la question sur les connaissances et pour 4 autres le test d'évaluation de l'observance était mal rempli).

Au final, 295 réponses ont pu être utilisés pour l'analyse, soit 61,5% des questionnaires distribués au départ.

- Les 295 patients se répartissaient en 140 hommes (47,5%) et 154 femmes (52 ,2%) ; le sexe n'est pas précisé pour 1 patient (0,3%).

- La moyenne d'âge des patients était de 65,9 ans (écart-type= 11,7), la médiane était à 65 ans. Le premier et le troisième quartile étaient respectivement à 58 et 74 ans. Le plus jeune avait 28 ans et les plus âgés 90 ans (2 patients). L'âge n'était pas noté pour 6 patients.

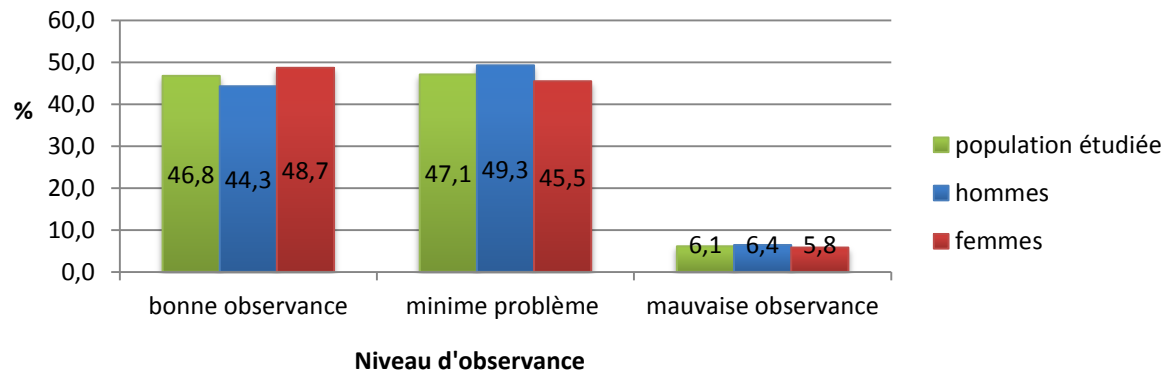
B. Durée du traitement de l'HTA

Le traitement de l'hypertension était mis en place depuis moins de cinq ans pour 56 patients (19%) et depuis plus de cinq ans pour 232 patients (78,6%). Le médecin n'a pas précisé la durée de traitement pour 7 patients (2,4%).

C. Observance

Parmi les 295 patients, 138 avaient une bonne observance (62 hommes et 75 femmes), 139 avaient un minime problème d'observance (69 hommes et 70 femmes) et 18 avaient une mauvaise observance (9 hommes et 9 femmes).

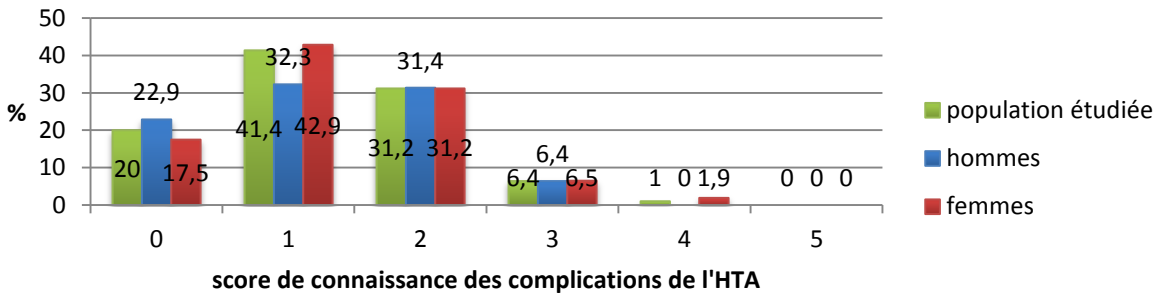
Figure 2 : Répartition des patients selon leur niveau d'observance



D. Connaissance des risques liés à l'HTA

Parmi les 295 patients, 59 ont obtenu un score de 0 sur 5 (32 hommes et 27 femmes), 122 ont obtenu un score de 1 sur 5 (55 hommes et 66 femmes), 92 ont obtenu un score de 2 sur 5 (44 hommes et 48 femmes), 19 ont obtenu un score de 3 sur 5 (9 hommes et 10 femmes), 3 ont obtenu un score de 4 sur 5 (3 femmes). Aucun patient n'a obtenu un score de 5 sur 5.

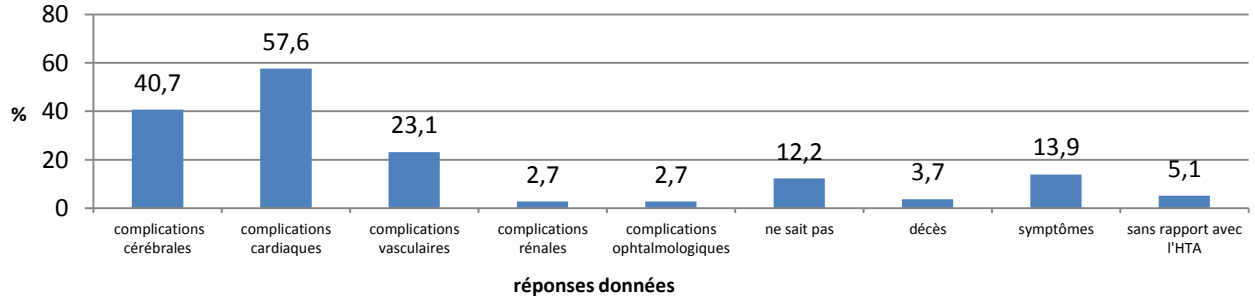
Figure 3 : Répartition des patients selon leur score de connaissance des complications de l'HTA



E. Réponses données par les patients à la question sur leur connaissance des risques liés à l'HTA

- Les complications cérébrales sont citées par 120 personnes, les atteintes cardiaques par 170. 68 patients évoquent les atteintes vasculaires, 8 les complications rénales et 9 les problèmes ophtalmologiques.
- 36 patients disent ne pas connaître les complications liées à l'HTA.
- Le décès est considéré comme une complication de l'HTA par 11 patients.
- Des symptômes de l'HTA sont évoqués par 41 patients.
- Des problèmes de santé sans rapport avec l'HTA ont été cités par 15 patients.

Figure 4 : Répartition des réponses à la question sur les connaissances des risques ou complications liés à l'HTA



III. Analyse de l'observance en fonction des caractéristiques des patients

Tableau 2 : analyse de l'observance selon le sexe, la durée de traitement et l'âge des patients

		bonne observance	minime problème d'observance	mauvaise observance	p
Sexe (n=294)	H (n=140)	62 (45,3%)	69 (49,6%)	9 (50%)	0,8
	F (n=154)	75 (54,7%)	70 (50,4%)	9 (50%)	
Durée ttt (n=288)	< 5 ans (n=56)	22 (16,3%)	29 (21,5%)	5 (27,8%)	0,4
	> 5 ans (n=232)	113 (83,7%)	106 (78,5%)	13 (72,2%)	
Age (n=289)	n	135	136	18	0,1
	Moyenne	66,9	65,4	61,4	
	Ecart-type	11,2	11,9	11,7	

A. Analyse de l'observance selon le sexe des patients

Dans chacun des groupes « minime problème d'observance » et « mauvaise observance » on retrouve autant d'hommes que de femmes.

La proportion de femmes est plus importante dans le groupe « bonne observance » (54,7%) que dans les autres groupes (50,4% et 50%).

La différence de proportion hommes/femmes entre les trois niveaux d'observance n'est pas significative (p=0,8).

B. Analyse de l'observance selon la durée du traitement antihypertenseur

La proportion de sujets traités depuis moins de cinq ans est plus importante dans le groupe « mauvaise observance » (27,8%) que dans le groupe « minime problème d'observance » (21,5%). De même, la proportion de sujets traités depuis moins de cinq ans est plus importante dans le groupe « minime problème d'observance » (21,5%) que dans le groupe « bonne observance » (16,3%).

La différence de répartition dans les trois groupes selon la durée de traitement n'est pas significative (p=0,4).

C. Analyse de l'observance selon l'âge des patients

On observe que la moyenne d'âge est plus élevée dans le groupe « bonne observance » (66,9 ans) que dans le groupe « minime problème d'observance » (65,4 ans). On remarque également que la moyenne d'âge dans le groupe « minime problème d'observance » est plus élevée que dans le groupe « mauvaise observance » (61,4 ans).

La différence des moyennes d'âge entre les trois niveaux d'observance n'est pas significative (p=0,1).

IV. Analyse du score de connaissance des risques liés à l'HTA selon les caractéristiques des patients

Tableau 3 : Analyse du score de connaissance des risques (ou complications) liés à l'hypertension selon le sexe, la durée du traitement antihypertenseur et l'âge

		n	Moyenne	Ecart-type	p
Sexe (n=294)	H	140	1,21	0,871	0,3
	F	154	1,32	0,907	
Durée ttt (n=288)	< 5 ans	56	1,38	0,865	0,2
	> 5 ans	232	1,23	0,89	
Age		n	Coef. de corrélation r		p
		289	-0,21		**0,0001**

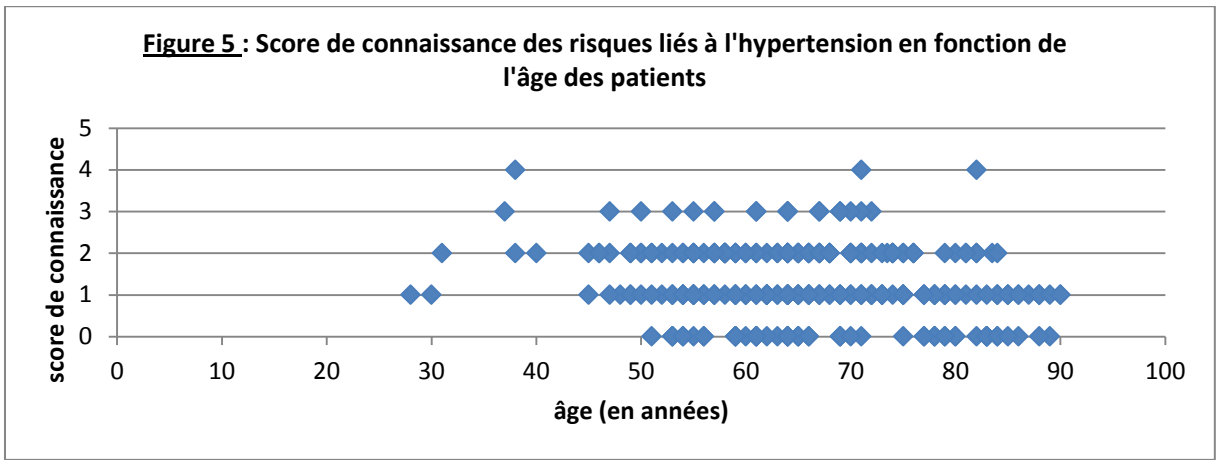
A. Analyse du score de connaissance des risques liés à l'HTA selon le sexe

Le score de connaissance est meilleur pour les femmes (moyenne=1,32) que pour les hommes (moyenne=1,21).
Cette différence n'est pas significative (p=0,3).

B. Analyse du score de connaissance des risques liés à l'HTA selon la durée du traitement antihypertenseur

On observe que le score de connaissance est meilleur pour les patients traités pour leur hypertension depuis moins de cinq ans (moyenne=1,38) que pour ceux traités depuis plus de cinq ans (moyenne=1,23).
Cette différence n'est pas significative (p=0,2).

C. Analyse du score de connaissance des risques liés à l'HTA selon l'âge



Plus l'âge est élevé, plus le score de connaissance est bas.
Il existe une corrélation (de coefficient r=-0,21), significative (p=0,0001), entre l'âge des patients et le score de connaissance des complications liées à l'hypertension artérielle.
Plus les patients sont âgés, plus le score de connaissance est bas.

V. Existe-t-il un lien entre le niveau d'observance et la connaissance des patients sur les risques liés à l'HTA

Tableau 4 : Analyse de l'observance selon les connaissances des complications liées à l'hypertension artérielle

	Score de connaissance des complications			
Niveau d'observance	n	Moyenne	Ecart-type	p
Bonne observance	138	1,26	0,882	0,9
Minime problème d'observance	139	1,27	0,875	
Mauvaise observance	18	1,33	1,085	
Total	295	1,27	0,889	

On observe que les scores de connaissance sont semblables pour les groupes « bonne observance » et « minime problème d'observance » (moyenne = 1,26 et 1,27 respectivement).

On remarque aussi que le score de connaissance est meilleur dans le groupe « mauvaise observance » (moyenne= 1,33) que dans les deux autres groupes. Cette différence n'est pas significative (p=0,9).

DISCUSSION

I. Population étudiée

A. Effectif de l'étude

Sur 480 questionnaires distribués, seulement 307 ont été récupérés. Pour expliquer cette perte, plusieurs causes sont envisageables :

➢ Consignes données aux médecins peu précises :

Lorsque j'ai rencontré les médecins, je n'ai pas été assez précise sur le nombre de questionnaires à récupérer. Pour ne pas démotiver certains, je leur ai dit de récupérer vingt questionnaires si possible et sinon de faire au mieux. J'aurais dû être plus directive dans mes consignes.

➢ Manque de temps :

- pour ne pas majorer un retard dans les consultations, certains ont parfois volontairement décidé de ne pas proposer l'étude aux patients. Pourtant, nous avions fait en sorte que cette étude soit facile et rapide à faire, le TEO ne nécessite pas beaucoup de temps. En revanche, il fallait expliquer un peu le but de l'étude aux patients afin d'obtenir leur consentement. Nous aurions peut-être pu avertir les patients avant la consultation qu'une étude allait leur être proposée et les informer sur l'objectif de ce travail.
- d'autres évoquaient ce manque de temps car après avoir répondu à la question sur les connaissances, les patients les sollicitaient de nouveau car ils s'inquiétaient de ne pas avoir su quoi répondre ou voulaient s'assurer d'avoir donné des réponses exactes.

➢ Etude difficile à réaliser :

Ce n'est pas le TEO qui posait problème mais plutôt la deuxième partie. Certains patients avaient du mal à comprendre ce qu'on leur demandait. D'autres ne pouvaient pas répondre seuls à la question. La question ouverte a pu déstabiliser les patients. Il aurait peut-être été plus simple pour eux d'avoir à choisir des réponses parmi plusieurs propositions mais il me semble que cette méthode aurait surestimé leurs connaissances.

➢ Oubli de l'étude :

Lors de mes relances par mail ou téléphone, beaucoup de praticiens m'ont avoué ne pas penser au test lorsqu'ils recevaient en consultation un patient hypertendu.

➢ Manque de motivation des médecins.

➢ Questionnaires non rendus par les patients.

B. Caractéristiques sociodémographiques

Pour la répartition des médecins, on remarque que les trois secteurs d'activité de médecine générale sont représentés. L'étude a donc pu concerner des populations rurales, semi-rurales et urbaines.

Les trois quarts des patients avaient plus de 58 ans ce qui n'est pas étonnant puisque la prévalence de l'HTA augmente avec l'âge (2). L'étude Mona Lisa (3) retrouvait une prévalence de l'HTA élevée surtout chez les 55-74 ans, tranche d'âge où l'on retrouve plus de 50% de la population de notre étude.

C. Observance des patients

Dans notre population, 46,8% des patients avaient une bonne observance, 47,1% un minime problème d'observance et 6,1% une mauvaise observance.
Il est estimé que dans les pays développés, 50% des patients hypertendus sont observants (25). Le taux de bonne observance est comparable dans notre étude.

Dans son travail de thèse en association avec le CRGE du Limousin (30), B. Zoghlami utilisait le TEO chez 311 patients hypertendus vus en médecine générale et retrouvait 50% de patients avec une bonne observance, 43% avec un minime problème d'observance et 7% de patients avec une mauvaise observance. La population de cette étude était composée à 60% de femmes et la moyenne d'âge était à 66,1 ans (écart type 11,4 ans) avec une médiane à 67 ans. La population de cette étude était assez proche de la nôtre. Les taux de mauvaise observance sont semblables. Les taux des deux autres catégories d'observance sont assez proches mais on remarque que dans le travail de B. Zoghlami, le pourcentage de patients avec une bonne observance est plus élevé que dans notre étude et est identique aux taux d'observance décrits dans la littérature pour les pathologies chroniques (24).

En revanche, l'étude AURORE (28) retrouvait (pour les patients traités depuis plus de 1 an) des chiffres différents : bonne observance pour 33,5% des patients seulement, minime problème d'observance pour 52,5% et mauvaise observance pour 14%. Cette différence peut s'expliquer par le fait que la population étudiée n'était pas la même de la nôtre puisqu'elle était issue en partie de consultations de cardiologie et que l'on retrouvait 59% d'hommes contre 47,5% dans notre étude. De plus, ces patients étaient plus jeunes avec une moyenne d'âge à 62 ans. On note également que l'étude n'était pas réalisée en prévention primaire puisque certains patients avaient des antécédents personnels cardiovasculaires (angor, AOMI, AVC, IDM, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, insuffisance rénale).

D. Connaissances des patients sur les risques liés à l'HTA

Dans notre étude, nous avons demandé aux patients ce qu'ils savaient des complications liées à l'HTA.
Nous avons décidé d'utiliser une question ouverte pour ne pas influencer les patients dans leur réponse. C'est également pour cette raison, mais aussi pour faire perdre moins de

temps aux médecins, que nous avions proposé que le patient remplisse la seconde partie du questionnaire après la consultation. Nous ne souhaitions pas que le patient réponde à ce questionnaire après être rentré chez lui car nous voulions que sa réponse soit spontanée et nous ne voulions pas qu'il puisse faire des recherches (sur internet par exemple) avant de répondre.

Nous nous sommes rendu compte que 2 patients sur 10 ne citaient pas les complications de l'HTA et que plus de 1 patient sur 10 déclarait ne pas connaitre ces complications. La catégorie « complications cardiaques » étaient la plus citée (par plus de 1 patient sur 2) suivie dans l'ordre des catégories « complications cérébrales » (4 patients sur 10), « complications vasculaires » (2 patients sur 10) et des catégories « complications rénales » et « complications ophtalmologiques » qui arrivaient à égalité (2 patients sur 100).

Quelques médecins m'ont rapporté que cette question avait été source d'inquiétude chez des patients qui jusque-là ne s'étaient jamais préoccupés d'éventuelles complications de leur HTA.
J'ai également remarqué que cela posait problème du côté des médecins car lors de la distribution des questionnaires, quelques-uns m'ont demandé ce que j'entendais par « HTA non compliquée ».
Certains se sont aperçus qu'ils ne parlaient pas de certaines complications à leurs patients, en particulier des atteintes ophtalmologiques. D'autres m'ont dit que face à un patient diabétique ils pensaient à parler des complications, alors que pour les hypertendus, cette démarche était moins systématique voire même jamais effectuée.
On peut se demander si les médecins sont suffisamment sensibilisés aux risques liés à l'HTA.

Dans notre étude ce sont les complications cardiaques qui sont le plus souvent abordées par les patients. Ceci m'a étonné car j'imaginais que l'AVC, les paralysies qui en résultent et donc les complications cérébrales étaient les plus connues.
Dans une étude sur les déterminants de l'observance dans le traitement de l'HTA, Sarradon-Ecke *et al* (31) ont réalisé des entretiens semi-dirigés. Ils ont observé des patients lors de consultations médicales et ont décrit l'expérience qu'ils avaient de l'HTA et des traitements hypotenseurs. Ils montraient que la plupart des patients hypertendus interrogés connaissaient les complications cardiovasculaires et qu'ils redoutaient avant tout les AVC et surtout leurs conséquences sur la vie sociale (handicap physique et troubles cognitifs).
Cette étude me conforte dans mon idée mais les résultats de notre travail diffèrent. L'image qu'ont les patients de leur HTA évolue peut-être avec les messages d'information diffusés dans les médias et qui parlent beaucoup de complications cardiaques. Par exemple, on a vu récemment des spots télévisés évoquant l'infarctus. Ce genre de messages a certainement marqué le public.

Une étude autrichienne (12) menée sur des patients hypertendus hospitalisés pour un AVC ou un AIT révèle que 77% des patients interrogés savaient que l'HTA était un facteur de risque d'AVC. Ces mêmes patients étaient interrogés sur les autres complications de l'HTA. On leur demandait alors s'ils connaissaient les conséquences de l'HTA qui étaient proposées : infarctus du myocarde, atteinte des reins, perturbation de la circulation du sang dans les jambes et troubles de la vision. Parmi les patients, 64% ont répondus qu'ils

connaissaient l'infarctus du myocarde, 20% l'atteinte rénale, 11% l'atteinte vasculaire, 16% la rétinopathie.
Ces résultats sont meilleurs que les nôtres. Ceci peut s'expliquer par le fait que les propositions faites ont pu influencer les patients dans leurs réponses et le niveau de connaissance a donc pu être surestimé. De plus cette étude a été menée en prévention secondaire et certains patients avaient des antécédents de pathologie coronarienne. L'existence de ces antécédents a pu modifier leur niveau de connaissances des risques liés à l'HTA.

En France, pour son travail de thèse, V. Anglionin (14) a proposé un questionnaire à 92 patients hypertendus (55% de femmes ; âge moyen de 68 ans) vus en consultation de médecine générale. Elle les interrogeait entre autre sur les complications à long terme possibles de l'hypertension et leur proposait 5 réponses : 1)aucune, 2)atteinte cérébrale avec risque de paralysie, 3)atteinte cardiaque avec infarctus et insuffisance cardiaque, 4)atteinte des reins pouvant conduire à la dialyse, 5)vous ne savez pas. Les complications vasculaires et oculaires n'étaient pas évoquées. Elle constatait alors que 15% des patients ne connaissaient pas les complications, 61% citaient les atteintes cardiaques, 57% les atteintes cérébrales et 10% les atteintes rénales.
Dans notre étude, le nombre de patient ne connaissant pas les complications est un peu plus élevé et le pourcentage de patients connaissant les risques cardiaques, cérébraux et rénaux étaient plus faibles. Encore une fois, la forme de la question pourrait être à l'origine de ces différences.

II. L'observance en fonction des caractéristiques des patients

Notre étude n'a pas mis en évidence de lien entre le niveau d'observance et l'âge.
L'étude AURORE avait permis de montrer que l'âge avancé était un facteur de mauvaise observance.
Peut-être qu'un nombre plus élevé de sujets dans notre étude aurait pu permettre de retrouver un résultat semblable. Cependant, les études recherchant l'influence de l'âge sur l'observance en général retrouvent des résultats différents (19).

Notre étude n'a pas non plus établi de lien entre le niveau d'observance et le sexe des patients. Les études recherchant ce lien divergent dans leurs résultats (19).

Nous n'avons pas mis en évidence de lien entre la durée du traitement antihypertenseur et le niveau d'observance. Ce résultat pourrait être expliqué par l'installation de l'habitude dans la prise des médicaments. En effet, si on remarque que l'observance chute de façon importante dans les six premiers mois de traitement (24), il se pourrait que les choses se stabilisent ensuite : la prise du traitement devient une habitude, un geste intégré dans la vie quotidienne du patient (26).
Nous aurions peut-être pu mettre en évidence un lien entre la durée de traitement et le niveau d'observance en se fixant un seuil plus bas pour la durée de traitement (au lieu de

cinq ans) mais cela aurait diminué l'effectif de la population ayant la durée de traitement la plus faible.

III. La connaissance des complications en fonction des caractéristiques des patients

Notre étude n'a pas mis en évidence de lien significatif entre le score de connaissance des complications de l'HTA et le sexe des patients.
La revue de la littérature ne nous a pas permis de retrouver d'autres études sur l'HTA étudiant la différence de niveau de connaissance des complications entre hommes et femmes.

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre le score de connaissance et la durée du traitement antihypertenseur. Pourtant, avant l'étude, il nous paraissait évident qu'avec le temps les patients hypertendus acquièrent des connaissances sur leur maladie.
Une étude américaine (10) s'intéressant aux connaissances des patients sur l'HTA et à la conscience qu'ils avaient de leur propre risque, montrait que d'une manière générale, les patients ne considéraient pas l'HTA comme un véritable problème de santé. La population de cette étude avait pourtant une durée moyenne d'HTA à 14 ans.
Cela va donc dans le même sens que notre étude. Il semblerait que les patients hypertendus de longue date ne connaissent pas mieux leur maladie que les patients dont le diagnostic est plus récent. On peut se demander si les médecins ne sont pas fautifs : si l'information est délivrée au début de la maladie elle ne semble ne pas être réitérée ou complétée par la suite.

Dans notre étude, nous avons retrouvé une corrélation négative, faible mais significative, entre le score de connaissances et l'âge des patients. C'est-à-dire que plus les patients étaient âgés et plus leurs connaissances étaient pauvres.
Ceci pourrait s'expliquer par le fait que de nos jours les personnes jeunes ont plus de facilités pour accéder aux informations en dehors du cabinet médical, via internet par exemple.

Ce résultat peut paraître étonnant lorsque l'on regarde ce que nous disent Sarrandon-Ecke *et al* (31). La représentation du risque cardiovasculaire pour l'hypertendu semblerait se construire sur l'expérience personnelle des complications de l'HTA et des traumatismes affectifs induits par les séquelles ou les décès subis dans l'entourage proche. Ainsi on pourrait imaginer que les personnes âgées ont plus d'expérience que les plus jeunes, d'autant plus qu'il y a encore 40 ans, l'HTA était mal prise en charge et que les complications étaient plus nombreuses (31).
Cependant, cette étude, qui évoque l'expérience personnelle des complications de l'HTA, n'est pas tout à fait comparable à la nôtre qui ne s'intéresse qu'à des patients en prévention primaire, c'est-à-dire avant l'apparition des maladies cardiovasculaires.

L'HTA est un facteur de risque cardiovasculaire dont le dépistage systématique et le traitement n'a commencé que dans les années 70 (31). Les jeunes générations de médecins sont peut-être plus sensibilisées et ont peut-être plus de connaissances sur le sujet. Elles seraient alors plus en mesure de donner des informations complètes à leurs patients notamment au moment du diagnostic et par conséquent chez les patients les plus jeunes.

On peut aussi expliquer nos résultats grâce aux changements qui s'effectuent dans les relations médecin-patient. Les personnes les plus âgées ont peut-être gardé l'habitude de faire ce que leur dit le médecin sans chercher à obtenir des informations complémentaires concernant leur maladie. Le paternalisme n'est plus vraiment d'actualité et dans notre formation médicale, on nous incite à laisser une place plus importante au patient dans la relation médecin-malade. Il est plus informé de ses problèmes de santé, il pose des questions, attend des réponses et il négocie.

Ces résultats sur la connaissance des complications par les patients conduisent quand même à s'interroger sur le devoir d'information des médecins. Donnent-ils les informations et si oui le font-ils suffisamment ? Une fois l'information donnée pensent-ils à s'assurer qu'elle a bien été comprise ?
Selon le code de déontologie médicale, le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il doit tenir compte de la personnalité du patient dans ses explications et doit veiller à leur compréhension.

IV. Observance et connaissance des risques liés à l'HTA

La question principale de ce travail était : existe-t-il un lien entre le niveau d'observance et la connaissance des patients sur les risques (ou complications) liés à l'HTA. Notre étude n'a pas mis en évidence ce lien.

Le faible effectif dans la catégorie « mauvaise observance » (n=18) peut expliquer ce résultat. Il aurait peut-être fallu ne garder que deux catégories : bons et mauvais observants. Pour ce travail, j'ai préféré garder l'interprétation du TEO selon trois catégories d'observance comme elle est proposée par ses auteurs.
Dans une prochaine étude il serait peut-être intéressant de répartir les patients en deux catégories en utilisant un autre test. On retomberait alors dans une approche dichotomique (bonne ou mauvaise observance), alors que les taux d'observance peuvent être très variables.

La forme ouverte de la question sur les connaissances peut aussi expliquer ce résultat pour les raisons que nous avons détaillées plus haut.

Dans une étude randomisée publiée en 1990 (32), González-Fernández *et al.* ont montré qu'une éducation thérapeutique des patients hypertendus permettait d'obtenir une

observance significativement meilleure par rapport aux patients qui n'avaient pas suivi le programme d'éducation. Ce travail a été réalisé chez 47 hypertendus hospitalisés pour un motif sans rapport avec leur hypertension. L'observance était évaluée par un interrogatoire du patient et vérifiée par un décompte des médicaments (les dires des patients correspondaient aux décomptes effectués). Les thèmes abordés lors des séances d'éducation étaient les suivants : « connaître l'HTA», « diététique et HTA », « activité physique et HTA » et « médicaments et observance dans l'HTA ». On ne sait pas comment étaient abordées les complications.
Cette étude montre quand même que l'éducation du patient hypertendu améliore l'observance.

Il était peut-être difficile de pouvoir mettre en évidence, sur une population, l'impact sur l'observance d'un facteur isolé et aussi précis que « la connaissance des complications liées à l'HTA ».
L'observance est un processus multifactoriel et variable entre les patients et dans le temps. Il faut envisager l'interaction de plusieurs éléments pour comprendre la mauvaise adhérence d'un patient à son traitement (21,26,31). Et il faut donc agir sur plusieurs facteurs pour pouvoir l'améliorer.

V. Les limites et biais de l'étude

La forme ouverte de la question sur les connaissances pourrait être un obstacle dans ce travail. Il me semble qu'elle a contribué à éviter une surestimation des connaissances en n'influençant pas les patients dans leurs réponses, mais elle a pu être déstabilisante pour certains. De peur de donner des réponses erronées, des patients ont peut-être préféré ne rien écrire, dire qu'ils ne savaient pas ou ne pas citer tout ce à quoi ils pensaient.

La méthode de notation de cette question a des limites car elle n'attribuait qu'un seul point par catégorie de complications citée. Un patient qui citait par exemple l' « AVC » et l' « atteinte des facultés intellectuelles » obtenait la même note qu'un autre patient qui ne citait que l' « AVC », alors que manifestement le premier avait plus de connaissance que le second. Cette notation a donc pu sous-estimer le niveau de connaissance des patients.

Certains médecins, de peur que leurs patients ne rendent pas le questionnaire, ont préféré laisser le patient répondre à la question ouverte pendant la consultation. Parfois même, c'est le médecin qui lisait la question et qui notait la réponse que le patient lui dictait. Cela a pu être un frein à l'expression libre de patients qui, se sentant jugés, ont préféré ne pas dire tout ce qu'ils pensaient.
Un point positif est que cette façon de procéder a permis à certains médecins de se rendre compte directement que leurs patients connaissaient mal les complications possibles de leur maladie et que par conséquent ils ne savaient pas vraiment pourquoi ils prenaient un traitement.

Plusieurs biais peuvent être identifiés dans notre étude :

- Biais de sélection :

- Dès le début de l'étude, nous n'avons sollicité que des médecins que nous connaissions et qui étaient susceptibles d'accepter de participer.
- Les médecins ont eu presque 2 mois pour interroger 20 patients hypertendus. La prévalence de l'hypertension est estimée à 13,1% dans les consultations de médecine générale. On peut penser que certains n'ont proposé l'étude qu'à des patients susceptibles d'accepter de participer à ce genre d'étude, en éliminant d'emblée des patients plus « difficiles ».
- Nous n'avons pas inclus les patients ne sachant pas lire ou écrire. Des études se contredisent à propos du rôle de l'éducation sur l'observance (21,25) mais on peut se dire que ces patients ont un accès plus limité à l'information sur leur maladie.

- Biais de mémorisation et de déclaration :

Ces biais ont certainement contribué à une surestimation de l'observance. Des patients ont pu oublier qu'ils avaient mal pris leur traitement depuis la dernière consultation. D'autres ont pu refuser d'avouer un problème avec la prise de leurs médicaments.

- Biais de compréhension :

D'après les médecins, certains patients ont eu du mal à comprendre ce qu'on leur demandait. La question ouverte n'était peut-être pas assez précise, ou mal posée.

- Biais de catégorisation :

Il est intervenu au moment du classement des réponses en cinq catégories de complications. J'ai parfois été obligée d'interpréter les réponses faites par les patients. Par exemple, devant le terme « cardio-vasculaire », j'ai accordé 1 point pour la catégorie cardiaque et 1 point pour la catégorie vasculaire. Cependant lorsque l'on parle des complications cardiovasculaires de l'HTA, on peut aussi regrouper sous ce terme toutes les complications car au final, les complications cérébrales, rénales et ophtalmologiques sont en rapport avec des troubles de la micro-vascularisation.

CONCLUSION

L'objectif de notre travail était de rechercher si le niveau de connaissance des complications influençait l'observance des patients hypertendus. Notre étude n'a pas retrouvé de lien entre ces deux éléments.

Selon l'OMS la compréhension et la perception qu'ont les patients de leur hypertension est un déterminant de l'observance (25). C'est d'ailleurs ce qu'on retrouve dans l'étude de González-Fernández *et al.* (32).

L'observance est un processus multifactoriel (21) qui semble dépendre à la fois du patient, de sa maladie, du traitement et de sa relation avec son médecin. Chaque patient a ses raisons d'être observant. Ces raisons dépendent en grande partie des croyances et des désirs des patients qui sont eux-mêmes influencés par leurs émotions (26). L'acquisition de connaissances et de compétences par les patients est donc nécessaire mais insuffisante.

L'éducation thérapeutique des patients hypertendus est recommandée pour améliorer la prise en charge de l'HTA et pour améliorer l'observance (25). Cette éducation ne doit pas porter exclusivement sur les complications possibles de l'HTA. Elle doit être globale (21,26). Elle doit aborder la maladie, ses retentissements, sa prise en charge mais elle doit aussi s'intéresser au patient, à ses croyances, ses désirs, ses attentes et à son vécu de la maladie.

D'après un rapport du Haut conseil de la santé publique (33), l'éducation thérapeutique doit être permanente, régulièrement évaluée et ajustée aux besoins du patient. Elle doit être intégrée dans les soins et centrée sur le patient et non sur des contenus d'apprentissage.

Si l'éducation thérapeutique était initialement réalisée dans les services hospitaliers exclusivement, elle est à présent de plus en plus pratiquée par des soignants de proximité.

Les médecins généralistes sont mis en première ligne par les recommandations récentes. Mais faire de l'éducation thérapeutique aux patients ne s'improvise pas. Les médecins doivent être formés pour acquérir des compétences. Il est donc important qu'ils puissent avoir accès à une formation médicale continue qui leur apporte ce savoir-faire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire de la médecine générale. Informations épidémiologiques sur les pathologies et leur prise en charge en ville. Données en consultation pour: HTA. Disponible sur: http://omg.sfmg.org/content/donnees/donnees.php. (Page consultée le 18 avril 2011).

2. Godet Thobie H, Vernay M, Noukpoape A, Salanave B, Malon A, Castetbon K, et al. Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007. BEH. 2008 déc 16;(49-50):478-483.

3. Wagner A, Arveiler D, Ruidavets JB, Cottel D, Bongard V, Dallongeville J, et al. État des lieux sur l'hypertension artérielle en France en 2007: l'étude Mona Lisa. BEH. 2008 déc 16;(49-50):483-486.

4. HAS. Argumentaire sur la prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. 2005.

5. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet. 2002 déc 14;360(9349):1903-1913.

6. Société européenne d'hypertension, Société européenne de cardiologie. Recommandations 2007 ESH/ESC Pour la prise en charge de l'hypertension artérielle. 2007.

7. Hsu C-yuan, McCulloch CE, Darbinian J, Go AS, Iribarren C. Elevated blood pressure and risk of end-stage renal disease in subjects without baseline kidney disease. Arch. Intern. Med. 2005 avr 25;165(8):923-928.

8. Bronner LL, Kanter DS, Manson JE. Primary prevention of stroke. N. Engl. J. Med. 1995 nov 23;333(21):1392-1400.

9. Birkenhäger WH, Forette F, Seux ML, Wang JG, Staessen JA. Blood pressure, cognitive functions, and prevention of dementias in older patients with hypertension. Arch. Intern. Med. 2001 janv 22;161(2):152-156.

10. Oliveria SA, Chen RS, McCarthy BD, Davis CC, Hill MN. Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertensive population. J Gen Intern Med. 2005 mars;20(3):219-225.

11. Egan BM, Lackland DT, Cutler NE. Awareness, knowledge, and attitudes of older americans about high blood pressure: implications for health care policy, education, and research. Arch. Intern. Med. 2003 mars 24;163(6):681-687.

12. Samal D, Greisenegger S, Auff E, Lang W, Lalouschek W. The relation between knowledge about hypertension and education in hospitalized patients with stroke in Vienna. Stroke. 2007 avr;38(4):1304-1308.

13. Royer N. Connaissances, perception, comportement et information des patients concernant le risque cardiovasculaire en prévention primaire et en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Dijon: Université de Dijon. 2006.

14. Anglionin V. Education du patient hypertendu: évaluation d'un questionnaire. Thèse de doctorat en médecine. Nice: Université de Nice Sophia-Antipolis. 2009.

15. Varin C. Les patients perçoivent-ils l'hypertension artérielle comme un facteur de risque cardiovasculaire?. Thèse de doctorat en médecine. Lyon Nord: Université Claude Bernard Lyon 1. 2009.

16. Staessen JA, Wang JG, Thijs L. Cardiovascular protection and blood pressure reduction: a meta-analysis. Lancet. 2001 oct 20;358(9290):1305-1315.

17. Staessen JA, Gasowski J, Wang JG, Thijs L, Den Hond E, Boissel JP, et al. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. Lancet. 2000 mars 11;355(9207):865-872.

18. Forette F, Seux ML, Staessen JA, Thijs L, Birkenhäger WH, Babarskiene MR, et al. Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. Lancet. 1998 oct 24;352(9137):1347-1351.

19. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N. Engl. J. Med. 2005 août 4;353(5):487-497.

20. Mulazzi I, Cambou JP, Girerd X, Nicodeme R, Chamontin B, Amar J. Six-item self-administered questionnaires in the waiting room: an aid to explain uncontrolled hypertension in high-risk patients seen in general practice. J Am Soc Hypertens. 2009 juin;3(3):221-227.

21. Tarquinio C, Tarquinio M-P. L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. Pratiques psychologiques. 2007;13(1):1-19.

22. Reach G. Pourquoi se soigne-t-on ? : Enquête sur la rationalité morale de l'observance. 2e éd. Editions Le Bord de l'Eau; 2007.

23. Wuerzner K, Hassler C, Burnier M. Difficult blood pressure control: watch out for non-compliance! Nephrol. Dial. Transplant. 2003 oct;18(10):1969-1973.

24. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. L'observance des prescriptions médicales : quels sont les facteurs en cause? Comment l'améliorer? Médecine. 2006 nov;402-406.

25. World Health Organization. Adherence to long term therapies : Evidence for action. 2003.

26. Reach G. La non-observance thérapeutique : une question complexe. Médecine. 2006 nov;:411-415.

27. Hamilton GA. Measuring adherence in a hypertension clinical trial. Eur J Cardiovasc Nurs. 2003 sept;2(3):219-228.

28. Girerd X, Vicaut E, Geneix Benabdallah F, Leutenegger E. Facteurs d'observance d'un traitement antihypertenseur : Enquête AURORE, Â« dans la vraie vie ». Concours méd. 2008 juin 12;130:633-636.

29. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. Assessment of antihypertensive compliance using a self-administered questionnaire: development and use in a hypertension clinic. Presse Med. 2001 juin 16;30(21):1044-1048.

30. Zoghlami B. Evaluation de l'observance dans l'hypertension artérielle en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Limoges : Université de Limoges. 2004.

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

32. González-Fernández RA, Rivera M, Torres D, Quiles J, Jackson A. Usefulness of a systemic hypertension in-hospital educational program. Am. J. Cardiol. 1990 juin 1;65(20):1384-1386.

33. L'édecucation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Haut Conseil de la santé publique; 2009.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Le questionnaire

QUESTIONNAIRE

1ère PARTIE : Test d'évaluation de l'observance
Questions posées par le médecin

	OUI	NON
- Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?	□	□
- Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicament ?	□	□
- Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	□	□
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	□	□
- 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 ?	□	□
- Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	□	□

Votre patient est traité pour son hypertension depuis :

□ moins de 5 ans

□ plus de 5 ans

2ème partie :

Remplie par le patient

Madame, Monsieur,
Arrivant en fin de cursus de mes études médicales, je réalise ma thèse de Docteur en Médecine sur le thème de l'hypertension artérielle. Le but de ce travail est de rechercher s'il existe un lien entre la qualité de la prise du traitement et la connaissance qu'ont les patients des complications de l'hypertension.
Lors de cette consultation pour le renouvellement de vos médicaments, votre médecin vous a posé 6 questions concernant la prise de votre traitement contre l'hypertension.
La deuxième partie de ce questionnaire va me permettre de savoir quelles sont vos connaissances des risques liés à l'hypertension.

Je vous remercie de bien vouloir prendre dès maintenant quelques minutes pour répondre seul(e), en salle d'attente, à ces trois dernières questions.
Le questionnaire devra être déposé à l'endroit indiqué par votre médecin.

Ce questionnaire et son exploitation sont anonymes.

Anne GALLOIS

1) Vous êtes : □ un homme □ une femme
2) Votre âge : ……. ans

3) Selon vous, quels sont les risques (ou les complications) liés à l'hypertension artérielle ?

ANNEXE 2 : Lettre destinée aux médecins généralistes

Cher confrère,

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude.

Je prépare donc actuellement ma thèse de médecine générale sur l'observance médicamenteuse dans le traitement de l'hypertension artérielle et la connaissance des patients sur les risques liés à l'hypertension.

La question de ma recherche est :

Existe-t-il un lien entre l'observance des patients hypertendus et leurs connaissances des complications liées à l'hypertension artérielle ?

Pour ce travail, j'utilise un questionnaire simple en deux parties :

- 1ère partie :

C'est le médecin qui pose les questions au patient.

Le test d'évaluation de l'observance, validé pour évaluer l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle, se compose de 6 questions auxquelles le patient doit répondre par « OUI » ou « NON ». Vous trouverez ci-jointe l'interprétation de ce test.

Une seconde question nous permet de savoir si votre patient est traité pour son hypertension depuis moins ou plus de 5 ans.

- 2ème partie :

C'est le patient qui doit répondre seul, après la consultation, à 3 questions :

son âge, son sexe et la liste des complications de l'hypertension qu'il connaît.

Pour cette étude, j'ai besoin que vous proposiez ce questionnaire à vos patients hypertendus qui consultent pour le renouvellement de leur traitement et qui correspondent aux critères d'inclusion ci-dessous :

- hommes et femmes âgés de plus de 18 ans,
- atteints d'hypertension artérielle non compliquée,
- vus en consultation pour le renouvellement de leur traitement antihypertenseur,
- traités depuis plus de 1 an, au moins en monothérapie,
- ne souffrant pas de troubles des fonctions supérieures,
- sachant lire et écrire,
- acceptant de participer à cette étude

Bien confraternellement

Anne GALLOIS

Le test d'observance dans l'hypertension artérielle:

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

Interprétation du test :

TOTAL des OUI = 0 Bonne observance
TOTAL des OUI = 1 ou 2 Minime problème d'observance
TOTAL des OUI = 3 ou plus Mauvaise observance

ANNEXE 3 : Classement des termes employés par les patients pour répondre à la question sur les connaissances des risques liés à l'HTA

Complications cérébrales :

- « le cerveau »
- « la tête »
- « un truc dans la tête »
- « AVC »
- « accident vasculaire cérébral »
- « AIT »
- « congestion cérébrale »
- « attaque cérébrale »
- « accidents cérébraux »
- « risque cérébral »
- « rupture des vaisseaux du cerveau »
- « hémorragie cérébrale »
- « paralysie »
- « hémiplégie »
- « paralysie faciale/jambes »
- « paralysie de la tête ou des membres »
- « ne plus pouvoir parler »
- « perte de mobilité – de mémoire – de la parole»
- « perte de mémoire »
- « atteinte des facultés intellectuelles »

Complications cardiaques :

- « le cœur »
- « dangers cardiaques »
- « complications cardiaques »
- « problème cardiaque »
- « atteinte cardiaque »
- « malaise cardiaque »
- « ennuis côté cœur »
- « ça abîme le cœur »
- « fatigue du cœur »
- « risques cardio-vasculaires »
- « accidents cardio-vasculaires »
- « problèmes cardio-vasculaires »
- « risques cardiaques »
- « maladies cardio-vasculaires »
- « infarctus »
- « crise cardiaque »
- « infarctus du myocarde »
- « angine de poitrine »
- « embolie au cœur »
- « artères du cœur »
- « problème de coronaires »
- « les coronaires »
- « insuffisance cardiaque »
- « arrêts cardiaques »
- « arrêter le cœur »
- « dérèglement du rythme cardiaque »
- « cœur bat plus fort »
- « my heart will stop working »

Complications vasculaires:

- « risques cardio-vasculaires »
- « vasculaire »
- « maladie vasculaire »
- « cardio-vasculaire »
- « accidents vasculaires »
- « problèmes cardio-vasculaires »
- « accidents cardio-vasculaires »
- « vasculaires »
- « problèmes artères »
- « risques sur les artères »
- « vaisseaux »
- « artères »
- « durcissement et rétrécissement des artères »
- « bouchage des artères »
- « risque que les artères se bouchent »
- « artères bouchées »
- « artères qui se bouchent »
- « vaisseaux bouchés »
- « bouche les artères »
- « rétrécissement des vaisseaux »
- « artères qui se bloquent »
- « problèmes de circulation du sang »
- « mauvaise circulation du sang »
- « problèmes circulatoires »
- « mauvaise irrigation »
- « artérite des membres inférieurs »
- « risque de « pétage » de vaisseaux ou artères »
- « rupture d'anévrysme »

Complications rénales :

- « reins »
- « problème de reins »
- « problèmes rénaux »
- « maladie des reins »
- « maladies rénales »
- « insuffisance rénale »

Complications oculaires :

- « les yeux »
- « troubles de la vue »
- « problèmes de vue »
- « baisse de l'acuité visuelle »
- « rupture des vaisseaux de l'œil »
- « hémorragie dans les yeux »

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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.

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

GALLOIS Anne **Thèse n°**

44 pages – 4 tableaux – 5 figures

Résumé :

L'hypertension artérielle (HTA) représente 13% des consultations de médecine générale. L'HTA est un facteur de risque cardiovasculaire. Les complications peuvent être réparties en 5 catégories : cérébrales, cardiaques, vasculaires, rénales et ophtalmologiques. Les patients ont une connaissance retreinte de ces complications et une mauvaise perception de leur propre risque cardiovasculaire.

Un bon équilibre de la pression artérielle permet une diminution significative du risque cardio-vasculaire. Une des causes d'HTA mal contrôlée est la mauvaise observance.

Le but de ce travail est de rechercher si l'observance est influencée par le niveau de connaissance des patients sur les complications liées à l'HTA.

Cette étude descriptive a été réalisée chez 295 patients hypertendus, vus en consultation de médecine générale. L'observance a été mesurée par le test d'évaluation de Girerd. L'évaluation des connaissances a été réalisée à partir d'une question ouverte. Les réponses des patients ont été classées selon les cinq catégories de complications de l'HTA pour obtenir un score sur 5 points

Une bonne observance a été retrouvée pour 46,8% des patients, un minime problème d'observance pour 47,1 et une mauvaise observance pour 6,1%. Nous avons relevé que 20% des patients ne connaissaient pas les complications liées à l'HTA. Les complications cardiaques ont été citées par 57,6% des patients suivies des complications cérébrales (40,7%), vasculaires (23,1%), rénales (2,7%) et ophtalmologiques (2,7%).

Cette étude n'a pas permis de mettre en évidence un lien entre le niveau d'observance et le score de connaissances. Cependant, nous avons pu montrer une corrélation négative significative entre le score de connaissance et l'âge des patients.

L'observance est un processus complexe et multifactoriel. L'éducation thérapeutique des patients est recommandée pour améliorer l'observance et la prise en charge de l'HTA. Mais cette éducation ne doit pas se focaliser sur l'acquisition de compétences et de connaissances par le patient, elle doit aussi prendre en compte ses désirs et ses croyances.

Mots clés :

- Hypertension artérielle
- Observance
- Connaissance des complications
- Médecine générale

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH

Membres : Madame le Professeur Caroline HOMMET

Monsieur le Professeur François MAILLOT

Madame le Docteur Claire LE LANN

Date de la soutenance : 31 mai 2011