

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2018

N° 2018-217

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine Générale

par

Fanny NAZ-PANNECOUKE

Née le 16 décembre 1988 à Saint-Etienne

Présentée et soutenue publiquement le 27 novembre 2018

**AUTOMESURE TENSIONNELLE : VÉCU DES PATIENTS ET IMPACT SUR LEUR VIE
QUOTIDIENNE ET SUR LA RELATION MÉDECIN - PATIENT**

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Noël Trochu

Membres du jury :

Monsieur le Docteur Thomas Bammert

Monsieur le Docteur Guillaume Lamirault

Monsieur le Professeur Thierry Le Tourneau,

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Laurent Brutus

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Jean-Noël Trochu,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury,
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Thierry Le Tourneau,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail,
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Guillaume Lamirault,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail,
Veuillez trouver ici l'expression de toute ma considération.

À Monsieur le Docteur Thomas Bammert,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.
Merci également pour ton chaleureux accueil à Guérande, comme interne puis comme remplaçante. Merci pour ta disponibilité, ainsi que pour tes conseils et tes remarques qui m'ont guidée dans mes premiers pas de médecin généraliste.

À Monsieur le Docteur Laurent Brutus,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse,
Un immense merci pour votre disponibilité, votre patience, votre investissement dans ce travail et vos conseils avisés.

Aux Docteurs Peggy Dumont, Patrick Godin, Jean-François Deniniolle, Sylvie Chesneau, Gilles Barnabé et Thomas Bammert,

Merci de m'avoir accueillie, transmis votre savoir et fait découvrir, chacun à votre façon, cette si belle spécialité qu'est la médecine générale.
Merci également à vos consœurs, confrères et super secrétaires de m'avoir si gentiment intégrée dans vos cabinets respectifs.

Aux équipes médicales et paramédicales rencontrées durant mon internat,

Merci pour tout ce que j'ai pu apprendre auprès de vous.
Merci pour votre bonne humeur et votre admirable dévouement pour votre métier.

Aux Docteurs Lucie Bouvier et Nicolas Liénard,

Merci de me faire confiance pour les remplacements depuis un peu plus d'un an maintenant.
Merci également de m'avoir permis de recruter quelques patients au sein du cabinet.

Aux Pharmacies de Paris (en particulier Mme Pesme), du Vieux Doulon, de la Mitrie, de Toutes Aides et des Chalâtres, ainsi qu'au Conseil de l'Ordre des Pharmaciens,

Merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail en acceptant de m'aider à recruter des patients.

Aux personnes qui ont accepté d'être interrogées pour mon étude,

Merci de m'avoir consacré un peu de votre temps et de m'avoir permis de mener à bien cette étude.

À mes amis,

Merci à tous pour votre amitié et votre bonne humeur.

Merci à mes anciens co-internes, en particulier Julie, Diane, Marine, Adrien, Luc, Cécile M., Fanny, Jordan, Cécile L., Pierre-Simon et les autres, pour tous les bons moments partagés au cours de notre internat. Merci Julie pour ta relecture attentive de cette thèse.

Merci à Charline, pour ton amitié, ton soutien et tes conseils si précieux pour cette thèse.

Merci à Cam pour ton aide pour la réalisation des affiches et des flyers.

Merci à Flo et Oliv de m'avoir ouvert la voie pour la soutenance.

Merci à JC et Béa pour vos encouragements pour cette thèse, vos relectures, mais aussi pour tout le reste (et merci à Madame Rose pour les corrections d'orthographe !).

Merci à mes copines de fac de Rouen, les vikings, pour nos années d'externat, nos soirées, nos vacances et tous ces bons moments ensemble.

À ma famille,

À mon mari, Pierre-Antoine,

Merci pour ton soutien et ta patience pour cette thèse,
Merci pour tes précieux talents en informatique (Zotéro Power),
Merci pour ton Amour et ta présence dans ma vie depuis bientôt dix ans,
Merci pour la force et la confiance que tu m'apportes au quotidien, pour ton soutien, ton réconfort, pour ta joie de vivre et ton enthousiasme,
Merci pour le chemin déjà parcouru, merci pour nos enfants, pour l'avenir et les beaux projets que nous avons ensemble.

À mes enfants adorés,

Hippolyte et Sixtine,

Merci pour votre gaieté, vos sourires, votre naïveté et votre insouciance d'enfants.
Je suis si fière de vous.

À mes parents,

Mutti et Dad,

Merci pour votre Amour et votre présence depuis toujours,
Merci pour le si bel exemple que vous avez toujours été,
Merci de m'avoir permis d'avancer pas à pas et de devenir ce que je suis aujourd'hui,
Merci d'avoir toujours cru en moi depuis la P1,
Merci pour votre soutien et vos relectures pour cette thèse.

À mes sœurs et mon frère, Emilie, Adrien et Maëlle,

Merci pour nos fous rires, nos chamailleries, notre complicité.
Maëlle, te voilà en PACES : à ton tour maintenant !

À mes grands-parents, sur la terre comme au ciel,

Merci pour votre fierté,

Merci pour vos relectures et votre immense soutien pour cette thèse.

À ma belle-famille, ma deuxième famille,

Merci de m'avoir accueillie comme si j'étais votre propre fille,

Merci pour votre soutien pour cette thèse,

Merci votre bonne humeur et votre complicité familiale.

Merci Paddy et Maddy pour le si bel exemple d'Amour que vous représentez, en particulier à travers cette magnifique aventure de greffe de rein cet été.

À Tatie,

Merci pour votre présence si précieuse.

Merci de prendre soin de mes enfants comme si c'étaient les vôtres, pour que je puisse me consacrer un peu à mon travail.

SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j’y manque.”

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

AAMI :	Association for the Advancement of Medical Instrumentation
AIT :	Accident Ischémique Transitoire
AMT :	Auto-Mesure Tensionnelle
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé
AOMI :	Artérite Oblitérante des Membres Inférieurs
AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
BHS :	British Hypertension Society
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
ESC :	Société Européenne de Cardiologie (European Society of Cardiology)
ESH :	Société Européenne d'Hypertension (European Society of Hypertension)
FDRCV :	Facteur de Risque CardioVasculaire
HAS :	Haute Autorité de Santé
HTA :	HyperTension Artérielle
MAPA :	Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle
MmHg :	Millimètres de Mercure
NTIC :	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PA :	Pression Artérielle
PAD :	Pression Artérielle Diastolique
PAS :	Pression Artérielle Systolique
TA :	Tension Artérielle

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
I. Histoire de l'HTA	11
II. A propos de l'HTA	14
III. Epidémiologie	17
IV. L'HTA maladie chronique	18
V. L'Automesure Tensionnelle	19
Définition	19
Recommandations	19
Avantages de l'AMT	21
Limites de l'AMT	22
Contre-indications et précautions d'emploi	22
Types d'appareils	23
Etat des lieux de la pratique de l'AMT	24
VI. Génération santé connectée et « quantified-self »	27
VII. Objectifs de l'étude	33
MÉTHODE	34
I. Critères d'inclusion et d'exclusion	35
II. Déroulement de l'étude	35
Recrutement des sujets	35
Déroulement des entretiens	37
Méthode d'analyse	38
RÉSULTATS	39
1. Définition de l'HTA	40
2. Prise en charge de l'HTA	41
3. Pratique de l'AMT	41
4. Achat du tensiomètre	42
5. Réalisation de l'AMT d'un point de vue technique	43
6. Interprétation des résultats d'AMT	43
7. Réaction face aux mauvais résultats	44
8. Vécu de l'AMT	44
9. Impact de l'AMT sur la relation médecin – malade	45
10. Patient expert	46
11. Autosurveillance, autotests, santé connectée	46
12. Automédication, médecines alternatives	47

DISCUSSION	50
Atouts et limites de l'étude	51
Définition de l'HTA	52
Prise en charge de l'HTA	52
Pratique de l'AMT	53
Achat du tensiomètre	54
Réalisation de l'AMT d'un point de vue technique	54
Interprétation des résultats d'AMT	55
Réaction face aux mauvais résultats	56
Vécu de l'AMT	57
Impact de l'AMT sur la relation médecin – malade	57
Patient expert	58
Autosurveillance, autotests, santé connectée	58
Automédication, médecines alternatives	59
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES	71
1. Recommandations HAS (Septembre 2016) : Algorithme de prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte, hors grossesse	72
2. Fiches d'informations sur l'AMT destinées aux patients	73
3. Fiche de recueil – Relevé d'automesure tensionnelle	81
4. Affiches et flyers distribués aux pharmacies	82
5. Guide d'entretien	84
6. Caractéristiques de l'échantillon	88
7. Retranscriptions des entretiens	93

INTRODUCTION

Les progrès scientifiques, permettant de ralentir l'évolution des maladies sans les guérir, le vieillissement de la population et l'évolution des modes de vie, ont conduit ces dernières décennies à l'émergence des maladies chroniques. Leur prise en charge est devenue un enjeu et une priorité de santé mondiale, tant leur impact en termes de santé publique et d'économie est important.

Dans ce type de maladies, le patient considéré dans sa globalité bio-psycho-sociale est de plus en plus amené à devenir « acteur » de sa prise en charge.

L'hypertension artérielle (HTA), facteur de risque cardiovasculaire (FRDCV) majeur, est à l'origine d'une morbi-mortalité importante. Avec plus d'un quart de la population mondiale adulte hypertendue (*The Lancet 2005 (1)*), l'HTA fait partie de ces maladies chroniques d'envergure mondiale.

De ce fait, la mesure de la tension artérielle est un acte très fréquent en pratique clinique, voire presque systématique au cours d'une consultation de médecine générale, et représente le motif le plus fréquent d'initiation d'un traitement au long cours.

Plusieurs méthodes permettent de contrôler la tension artérielle (TA). Même si elle semble insuffisamment pratiquée, l'Automesure Tensionnelle (AMT) (voir définition en paragraphe V de cette introduction) est recommandée par la Société Française d'HTA (SFHTA) et la Haute Autorité de Santé (HAS) pour confirmer le diagnostic d'HTA puis dans le cadre du suivi du patient hypertendu.

Nous avons pu faire plusieurs constats, dans notre pratique clinique et dans la littérature :

- Comme toute maladie chronique, l'HTA est parfois mal acceptée, d'autant que les patients sont le plus souvent initialement asymptomatiques,
- Les patients semblent de plus en plus demandeurs d'autonomie et la génération « santé connectée » est en plein essor,
- L'AMT est souvent « mal » réalisée par les patients,
- Très peu d'études ont été faites sur le ressenti et les habitudes des patients pratiquant l'AMT.

Plusieurs questionnements ont alors découlé de ces constats :

- Que représentent l'HTA et l'AMT pour ces patients ?
- Quel est leur ressenti au sujet de cette pratique : l'AMT est-elle source d'inquiétude ou de réassurance ?
- Ont-ils l'impression de devenir d'une certaine façon « patient expert » à travers cette pratique ?
- L'acceptation de l'HTA est-elle meilleure grâce à l'AMT ? Permet-elle d'améliorer l'implication et l'observance des patients ?
- La pratique de l'AMT modifie-t-elle la relation médecin-patient dans le cadre de la prise en charge de l'HTA ?
- Comment les patients pratiquant l'AMT prennent-ils en charge leur propre santé d'une façon générale ?

Nous avons donc réalisé une étude qualitative auprès de patients pratiquant l'AMT, afin de mieux comprendre leur vécu et leurs représentations à ce sujet, leur regard sur l'AMT, l'impact de cette pratique sur leur vie quotidienne et leur rapport aux professionnels de santé.

I. HISTOIRE DE L'HTA

La première mesure de la « force » du sang a lieu en 1733 en Angleterre : Hales abouche un tube en verre à l'artère d'une jument et constate que le sang monte par à-coups dans le tube. **(Figure 1)(2)**



Figure 1 : 1^{ère} mesure de la pression artérielle par Hales en 1733

Au XIX^e siècle, d'autres études sont faites en laboratoire sur des animaux (notamment des chiens).

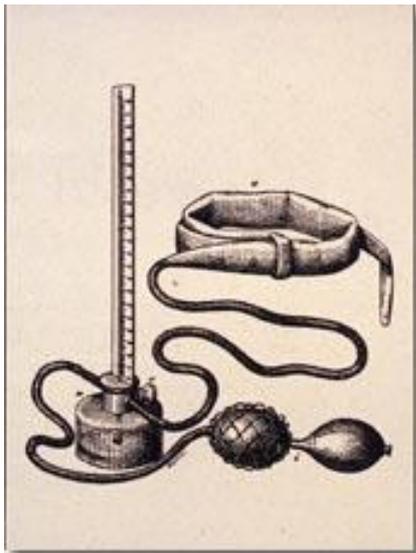
Marey, médecin et physiologiste français **(Figure 2)**, met au point des dispositifs qui lui permettent d'enregistrer les mouvements du cœur sous forme de graphique (1857) et de suivre le pouls. En 1861, il met au point le sphygmographe, permettant d'enregistrer la pression artérielle (PA).



Figure 2 : Etienne-Jules Marey (1830-1904)

Poiseuille invente le premier manomètre en courbant un tube et en le graduant. Bash puis Potain ajoutent une poire en caoutchouc sur ces manomètres : en 1880, les premières mesures de tension artérielle sur l'Homme sont alors possibles en milieu hospitalier, en appliquant cette poire en caoutchouc sur l'artère radiale des patients.

En 1896, l'italien Riva Rocci invente le brassard gonflable, toujours utilisé aujourd'hui. **(Figure 3)**



*Riva-Rocci's
sphygmomanometer (1896)*

Figure 3 : Sphygmomanomètre de Riva-Rocci (1896)

Parallèlement, en 1876, Marey avait décrit la méthode oscillométrique en enregistrant directement les oscillations qui prennent naissance dans le manchon au contact d'une artère progressivement comprimée. Malheureusement, ses travaux restent peu satisfaisants à l'époque, et il faudra attendre 30 ans pour que Pachon (professeur à la Faculté de Bordeaux) mette au point un oscillomètre sphygomanométrique, en s'inspirant des travaux de Marey.

En 1905, le médecin russe Korotkoff (**Figure 4**) découvre la méthode auscultatoire : les premiers tensiomètres à l'usage des médecins commencent alors à être commercialisés.



Figure 4 : Nicolai S. Korotkoff (1874-1920)

En 1930, un médecin américain prête un tensiomètre à l'un de ses patients qui souhaite étudier lui-même sa tension : c'est le début de l'automesure tensionnelle (AMT).

En 1940, on remarque que la TA à domicile est souvent plus basse que celle mesurée au cabinet.

En 1970, les premiers appareils électroniques d'automesure font leur apparition, suscitant un fort intérêt de la part des patients, mais une certaine méfiance de la part des médecins.

Le raisonnement médical (description de cas, étiologie, pronostic, thérapeutique, génétique...) autour de la mesure de TA apparaît quant à lui bien après les premières mesures « brutes ». (3)(4) Il existe une grande divergence dans l'interprétation des chiffres tensionnels.

On commence à parler d'HTA « maladie » avec la découverte des premiers traitements chirurgicaux, puis hygiéno-diététiques et médicamenteux.

En parallèle, apparaît la notion d'HTA « facteur de risque cardiovasculaire », au même titre que le tabac, le diabète ou les dyslipidémies, avec la notion de risque individuel. En 1915, Fischer résumait : « plus forte est la tension, plus grand est le risque ». Cette notion fut reprise un demi-siècle plus tard par les enquêteurs de Framingham.

Entre 1950 et 1970, la découverte du concept de maladie « asymptomatique », nécessite de « classer » les patients selon des « normes », plus ou moins arbitraires. Ces seuils d'HTA ont beaucoup évolué au fil du temps, pour finalement se stabiliser, en France, à 140/90 mmHg depuis 1997 (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES) puis Haute Autorité de Santé (HAS)).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) rédige son premier rapport sur l'HTA en 1958. Celui-ci ne sera ensuite mis à jour que vingt ans plus tard, alors qu'en parallèle on voit surgir de nombreuses recommandations dans les différents pays, de façon dispersée. Cette multiplication de recommandations au XXème siècle traduit un réel besoin en matière d'HTA, mais aussi un certain malaise.

A partir de 1970, on commence à mettre en place un dépistage routinier des patients hypertendus lors de toute consultation. Il s'ensuit alors un spectaculaire déclin des décès d'origine cardiovasculaire.

Il existe de nombreux désaccords au sujet de l'HTA, comme en témoignent les recommandations actuelles multiples. Cela est probablement en partie dû aux divergences de points de vue, selon les intérêts de chacun (industrie, épidémiologistes, autorités de santé et cliniciens).

L'AMT a encore de belles perspectives devant elle avec l'amélioration constante des performances des appareils et la généralisation de la santé connectée. Il est probable que dans un avenir proche, les ordinateurs auront une place à part entière dans la prise en charge de l'HTA et la gestion des facteurs de risque cardio-vasculaires en général.

II. À PROPOS DE L'HTA

L'HTA est une élévation chronique de la pression artérielle systémique.

La pression artérielle correspond à la pression du sang sur la paroi des artères lors des contractions cardiaques, selon l'équation suivante : Pression Artérielle = débit cardiaque x résistances artérielles. (5)(6)

Cette pression artérielle est très variable au cours de la journée chez chaque individu. En effet, de nombreux facteurs endogènes et exogènes peuvent l'influencer, tels que le cycle cardiaque, le cycle respiratoire, le cycle nyctéméral, le baroréflexe et le système nerveux central, les systèmes neurohormonaux, les stimuli neuropsychologiques, la position du patient, l'activité physique, l'environnement (température de la pièce, saison), la consommation d'alcool, de tabac ou de caféine et les repas en général, les médicaments...

On distingue la Pression Artérielle Systolique (PAS) correspondant à la pression dans les artères au moment où le cœur se contracte et éjecte le sang dans le réseau artériel, et la Pression Artérielle Diastolique (PAD) correspondant à la pression dans les artères au moment où le cœur se dilate et se remplit entre deux contractions.

En réalité, la définition de l'HTA peut englober de multiples aspects : mesure anormale, symptôme, maladie, facteur de risque cardiovasculaire...

Le plus souvent, les patients hypertendus ne présentent initialement aucun symptôme. Néanmoins, la gravité de l'HTA réside dans ses complications : cardiaques (cardiopathies ischémiques, hypertrophie ventriculaire), vasculaires (athérome, AOMI, anévrismes, dissections), neurologiques (AIT / AVC ischémiques ou hémorragiques, troubles neuro-sensoriels), rénales (néphro-angiosclérose pouvant conduire à une insuffisance rénale chronique), et ophtalmologiques. (7)

De ce fait, la morbi-mortalité en lien avec l'HTA est considérable, comme nous le verrons dans le paragraphe III de cette introduction.

Dans la majorité des cas (environ 90%), on ne retrouve aucune étiologie. L'HTA est alors dite « essentielle » ou « primitive ».

Dans environ 10% des cas, une cause est retrouvée et on parle alors d'HTA « secondaire ». Les principales causes d'HTA secondaires sont rénales, endocriniennes et toxiques, mais on retrouve aussi la grossesse, la coarctation de l'aorte, le syndrome d'apnée du sommeil, des causes neurologiques ou métaboliques.

L'HTA semble influencée par différents facteurs : âge (nette augmentation de la prévalence avec l'âge), le sexe (prévalence plus élevée chez les hommes), origine ethnique (HTA plus fréquente chez les sujets à peau noire, et responsable d'une morbi-mortalité plus importante dans cette population), prédisposition génétique (d'origine encore mal définie), facteurs environnementaux (consommation excessive de sodium, tabagisme, obésité, éthylisme).

Le mécanisme exact de l'HTA primitive est en réalité encore bien mal connu, il s'agit plus d'hypothèses que de certitudes.

De façon consensuelle, l'HTA est définie par une PAS supérieure ou égale à 140 mmHg et une PAD supérieure ou égale à 90 mmHg, mesurées au cabinet médical et confirmées au minimum par deux mesures par consultation, au cours de trois consultations successives sur une période de trois à six mois. (En cas de PA \geq 180/110 mmHg, il est recommandé de confirmer l'HTA par deux mesures par consultation, au cours de deux consultations rapprochées.) (8)

Cependant la frontière entre patients normotendus et hypertendus n'est qu'artificielle et la meilleure définition de l'HTA serait : « le niveau tensionnel pour lequel le bénéfice thérapeutique dépasserait le risque et le coût de l'absence thérapeutique. ». (9)

Les recommandations au sujet du diagnostic, de la prise en charge et des traitements de l'HTA évoluent continuellement. Les dernières recommandations de la SFHTA et de l'HAS, datant de septembre 2016, sont assez précises à ce sujet. (8) **(Annexe 1)**

De nombreuses classifications des seuils tensionnels ont été élaborées, mais ne sont pas toujours en accord. **(Tableaux 1 à 3)**

On peut se questionner sur la réelle utilité d'autant de classes, si ce n'est dans l'intérêt des industries pharmaceutiques.

Classification	PAS en mmHg	PAD en mmHg
Grade 1	140-159	90-99
Grade 2	160-179	100-109
Grade 3	≥ 180	≥ 110

Tableau 1 : Valeurs de référence d'HTA selon l'ANAES (2000)

Classification	PAS en mmHg	PAD en mmHg
Normale	< 120	< 80
Pré-HTA	120-139	80-89
HTA stade 1	140-159	90-99
HTA stade 2	≥ 160	≥ 100

Tableau 2 : Valeurs de référence de la PA selon les normes américaines (2003)

Classification	PAS en mmHg	PAD en mmHg
Optimale	< 120	< 80
Normale	120-129	80-84
Normale haute	130-139	85-89
Grade 1	140-159	90-99
Grade 2	160-179	100-109
Grade 3	≥ 180	≥ 110
HTA systolique isolée	≥ 140	< 90

Tableau 3 : Valeurs de référence de la PA selon l'ESC (2018)

En conclusion, nous avons tendance à nous orienter de plus en plus vers des objectifs individualisés tenant compte notamment de l'âge et des antécédents du patient, ceci conduisant à une approche centrée sur le patient.

III. ÉPIDÉMIOLOGIE (10)(11)(12)

L'HTA est la première maladie chronique dans le monde et un des premiers FDRCV, qui augmente incontestablement le risque d'AVC, de maladie coronaire, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale et de troubles cognitifs. Elle est de ce fait à l'origine de 7 à 8 millions de décès dans le monde en 2011.

Selon The Lancet (2005) (1), plus d'un quart de la population mondiale adulte (26,4 %) souffre d'hypertension artérielle, soit 972 millions de personnes, dont 333 millions dans les pays développés et 639 millions dans les pays en voie de développement.

Ce nombre d'adultes hypertendus devrait croître de 60 % pour atteindre un total de 1,56 milliard en 2025. (11)

Chaque année, environ 1 million de nouveaux patients sont traités pour une HTA en France, soit une moyenne d'environ 15 à 20 nouveaux patients par médecin généraliste.

L'HTA représente un motif de consultation sur cinq en médecine générale.

En France en 2012, on comptait plus de 11 millions de patients traités pour HTA (environ 25% de la population des plus de 35 ans). Néanmoins, des progrès restent encore à faire : en 2015, environ 20 % des patients hypertendus n'étaient pas traités et 45 % des patients hypertendus traités n'atteignaient pas les objectifs de PA contrôlée dont le seuil est fixé à 135/85mmHg, mais sujet à de nombreux débats (13)(14)(15)). Ceci est bien loin de l'objectif global national qui était : « 70% d'hypertendus contrôlés en 2015 » (10).

Le contrôle de l'HTA semble influencé par le sexe (60% de femmes contrôlées contre 40% d'hommes), l'âge (contrôle diminuant avec l'âge), l'indice de masse corporelle et le nombre de mesures effectuées en automesures (meilleurs chiffres en augmentant le nombre de mesures). (12)

Par ailleurs, on note que les patients sont de plus en plus nombreux à posséder leur propre appareil d'AMT : en 2015, on comptait 44% de possesseurs chez les hypertendus traités, contre 41% en 2012 et 36% en 2010. Parmi eux, 41% possédaient un tensiomètre au bras, contre 59% au poignet. (12)

Selon l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé), en France, les dépenses engagées pour l'ensemble des maladies cardio-vasculaires représentent 11,8 milliards d'euros, soit 10,7 % de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM). L'hypertension artérielle représente un coût de 2,6 milliards d'euros, derrière le cancer (4,5 milliards d'euros) et devant le diabète (1,1 milliards d'euros). Les dépenses de prévention des facteurs de risques liés à l'hypertension artérielle coûtent sensiblement moins cher que celles du traitement des complications. Aussi, les pouvoirs publics et la société toute entière ont intérêt à investir dans la recherche et la prévention de l'HTA. Cette politique s'inscrit dans une perspective de vieillissement de la population.

IV. L'HTA, MALADIE CHRONIQUE

Les maladies chroniques sont définies par l'OMS (16) comme « des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme » et qui « retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade ».

Le Pr J.P. Assa (17) propose une autre approche de cette définition en se basant sur la signification de la maladie et ses conséquences, pour le malade, pour le médecin, et pour la prise en charge thérapeutique.

Ainsi, la maladie chronique, par son caractère souvent non guérissable, son silence en dehors des crises et son évolution incertaine, va impliquer pour le patient la perte de son état de santé antérieur. Un gros travail d'acceptation est alors nécessaire, pouvant aller jusqu'à se rapprocher du travail de « deuil ». (18)

Par ailleurs, la maladie chronique entraîne pour le patient des changements de vie durables, une vigilance et une discipline quotidienne, souvent associés à la modification de son mode de vie (19). Il est responsabilisé dans sa prise en charge et devra se former à la gestion de son traitement, en intégrant le tout à sa vie sociale. La relation médecin-malade peut également s'avérer chamboulée car le rôle du médecin « guérisseur » se trouve mis à l'épreuve par l'aspect « incurable » de ces maladies.

L'HTA est une maladie chronique qui reste asymptomatique dans la grande majorité des cas. Il est donc souvent difficile pour le malade de comprendre et d'accepter l'intérêt de la prise en charge. Ceci explique l'intérêt de lui laisser le temps de cheminer à son rythme (cf. Modèle de Prochaska et Di Clemente) pour accepter cette pathologie et l'intégrer dans son quotidien. Cela nécessite aussi de prendre le temps d'interroger le malade sur ses attentes, ses expériences, ses préférences, ses priorités, ses connaissances, ses croyances, ses problèmes et les solutions qu'il envisage, afin de pouvoir prendre en compte toutes ces composantes. (20)(21)(22)

L'AMT peut tout à fait s'intégrer dans cette démarche, dans le cadre de la prise en charge de l'HTA.

Modèle de Prochaska et Di Clemente (1992) :

Pré-contemplation (« ce n'est pas mon problème ») → **Contemplation** (« j'y pense »)
→ **Décision** (« je vais le faire ») → **Action** (« Je passe à l'acte ») → **Maintien** (« je tiens ») → **Définitive** (« c'est mon nouvel état »).

Au cours de l'ensemble de ces phases, peuvent intervenir des **épisodes de rechutes** (« je n'y arrive plus »), cela fait partie intégrante du cheminement du patient.

V. L'AUTOMESURE TENSIONNELLE (AMT)

• Définition

La SFHTA définit l'AMT comme la « mesure de la pression artérielle par le patient lui-même, conscient et volontaire ».

• Recommandations

Malgré une certaine réticence initiale de la part du corps médical, les sociétés savantes françaises ont désormais validé l'AMT et l'ont intégrée dans leurs recommandations pour le diagnostic de l'HTA, puis pour le suivi des patients hypertendus (8)(23)(24)(25). En effet, une fois l'HTA suspectée, il est recommandé de la confirmer par une mesure tensionnelle au domicile du patient (sauf en cas d'HTA d'emblée sévère), soit par MAPA (enregistrement électronique de mesures tensionnelles automatiques répétées sur 24h par un appareillage spécifique), soit par AMT, qui semble plus adaptée à la prise en charge en soins primaires. (26)(27)(28)

En AMT, selon la SFHTA, les mesures sont recommandées :

- ✓ après au moins 5 minutes de repos, 30 minutes sans fumer,
- ✓ sans prise de repas, de caféine ou d'exercice physique,
- ✓ en position assise, au calme, l'avant-bras soutenu (posé sur une table par exemple),
- ✓ en restant immobile et sans parler, les jambes décroisées,
- ✓ en positionnant bien l'appareil (**Figure 5**) et selon la « règle des 3 » : 3 mesures le matin au petit-déjeuner, 3 mesures le soir avant le coucher, en espaçant les mesures de quelques minutes, pendant 3 jours de suite.
- ✓ Le patient doit ensuite noter scrupuleusement l'ensemble des valeurs ou les stocker dans la mémoire de son appareil.

Le seuil diagnostique d'HTA est alors fixé à 135/85mmHg pour la moyenne de l'ensemble des mesures effectuées. (8).

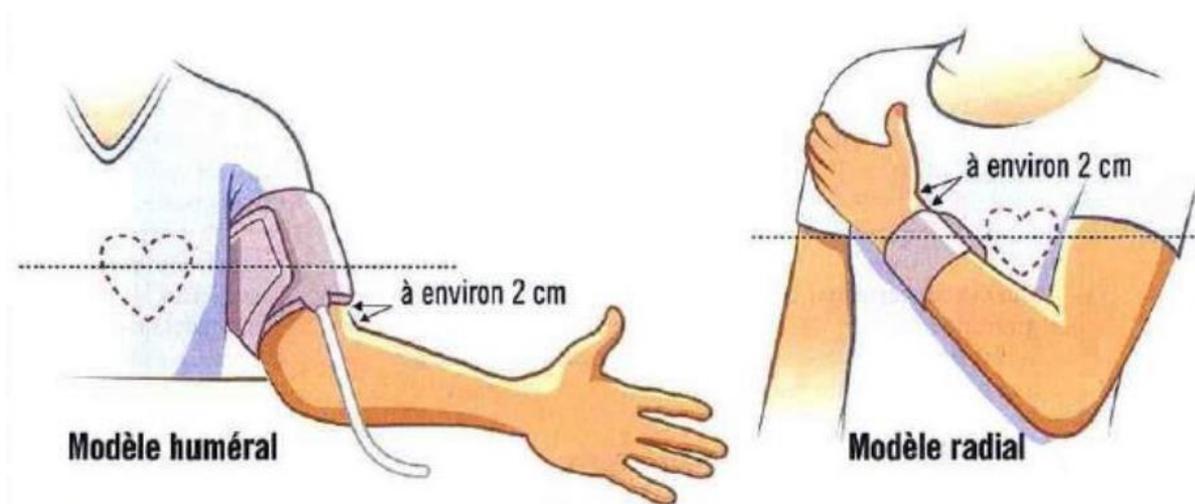


Figure 5 : Bon positionnement des appareils d'AMT (29)

Nous retrouvons cette même ligne de conduite dans les pays voisins, comme en Suisse ou en Belgique (30), malgré quelques divergences : la Société Européenne d'Hypertension recommande par exemple d'effectuer 2 mesures matin et soir pendant 7 jours, et de ne pas tenir compte des valeurs de la première journée pour le calcul de la moyenne. (31)

Dans tous les cas, l'éducation du patient à l'AMT est indispensable pour obtenir des résultats interprétables : enseignement de la technique de mesure (choix de l'appareil, fonctionnement de l'appareil, conditions de mesure, transcription des résultats), comportement vis-à-vis des résultats, recommandations hygiéno-diététiques... Cette éducation thérapeutique doit se faire au mieux à la fois oralement et par écrit, aidée par l'utilisation d'outils pédagogiques. (32) **(+ Annexes 2 (fiches d'informations sur l'AMT destinées aux patients) et 3 (Fiche de recueil - relevé d'AMT))**

A noter qu'il existe désormais des applications smartphone pour accompagner les patients dans l'automesure tensionnelle (synthèse des données, calcul de moyenne...).

- **Avantages de l'AMT (9)(33)(34)(35)(36)**

L'AMT a un intérêt dans la confirmation du diagnostic d'HTA au début de la prise en charge, puis un intérêt thérapeutique avec l'évaluation et le suivi du traitement anti-hypertenseur grâce à la répétition des mesures. Comme nous l'avons vu plus haut, la pression artérielle est en effet modifiée par de nombreux paramètres, et une série de mesures est, de ce fait, plus représentative qu'une mesure unique à un instant « t » au cabinet. (9)(35)(36)

D'autre part, elle a également une valeur pronostique supérieure à la mesure conventionnelle (étude OHHASAMA au Japon et étude SHEAF en France). L'AMT est un complément à la mesure clinique de la PA, plus fiable, reproductible et mieux corrélée à l'atteinte des organes cibles.

Par rapport à la MAPA (autre alternative de technique de mesure ambulatoire de la PA), l'AMT semble mieux acceptée car moins contraignante.

L'AMT permet de distinguer les HTA « permanentes » des cas d'HTA « blouse blanche », qui correspondent à une PA au cabinet > 140/90mmHg, alors que la PA en ambulatoire est < 135/85mmHg (25).

A l'inverse, elle permettrait également de détecter les HTA « masquées » qui se définiraient par une TA normale en consultation mais une HTA en ambulatoire, et qui auraient une valeur pronostique péjorative avec un retentissement viscéral plus important que dans l'HTA permanente (33).

Les différences entre ces diagnostics sont résumées dans le **Tableau 4**.

	AMT ou MAPA < 135/85mmHg	AMT ou MAPA > 135/85mmHg
PA en consultation < 140/90mmHg	Patient normotendu	HTA masquée
PA en consultation > 140/90mmHg	HTA blouse blanche	HTA

Tableau 4 : Les différences de diagnostic entre PA en consultation et en ambulatoire (33)

L'AMT peut augmenter l'observance du patient par rapport à son traitement en le rendant acteur de sa prise en charge (37)(38).

Lorsqu'elle est associée à des conseils hygiéno-diététiques et à une réévaluation régulière du traitement, l'AMT permet de diminuer significativement et durablement la pression artérielle (37).

D'une façon générale, l'AMT diminue la morbi-mortalité en lien avec l'HTA, grâce à une meilleure prise en charge des patients hypertendus (39).

Enfin, grâce à tout cela, l'AMT doit permettre de diminuer les coûts liés à l'HTA : diminution du nombre de consultations médicales et d'hospitalisations dues aux complications de l'HTA, réduction des consommations médicamenteuses grâce à une meilleure adaptation des traitements.

• **Limites de l'AMT**

L'AMT n'est pas indiquée chez tous les sujets (34)(9). En effet, certains paramètres peuvent rendre cette pratique inadaptée : âge, poids (taille du brassard non adaptée), troubles cognitifs (réalisation trop complexe). De même, il n'existe pas de seuil de référence chez l'enfant, la femme enceinte, et le sujet très âgé, chez qui l'AMT n'est donc pas recommandée.

L'AMT ne prend en compte qu'un nombre limité de mesures et de ce fait, ne permet pas d'évaluer la variabilité circadienne de la PA de façon optimale. Elle ne permet notamment pas d'obtenir de chiffres en période d'activité physique ou de sommeil, contrairement à la MAPA.

Il est nécessaire de prendre le temps d'éduquer le patient à la pratique de l'AMT, afin qu'elle soit réalisée correctement, permettant d'obtenir des mesures interprétables.

Si l'appareil d'automesure n'est pas prêté par le médecin, son acquisition est à la charge du patient, représentant un coût financier et pouvant amener le patient à acheter un appareil inadapté puisqu'il est libre de son achat.

Il peut y avoir des faux positifs et des faux négatifs avec l'AMT. En effet, une étude comparant la pratique de l'AMT à celle de la MAPA a montré que dans certains cas, les résultats ne concordaient pas (patients hypertendus avec l'une des méthodes et normotendus avec l'autre).

Enfin, chez certains patients, l'AMT peut être source d'anxiété et les résultats sont alors également non contributifs.

Au total, si l'intérêt de l'AMT est désormais indiscutable dans la population générale, il est indispensable d'adapter son indication au cas par cas.

• **Contre-indications et précautions d'emploi de l'AMT**

L'AMT est à proscrire dans les cas suivants (28):

- Arythmie (risque de mesures erronées),
- Obésité (insuffisance d'évaluation pour les bras dont la circonférence est supérieure à 33cm),
- Enfant (insuffisance d'évaluation et pouls trop rapide).

Elle doit également être déconseillée dans les cas suivants :

- Patients très anxieux,
- Patients ayant des troubles cognitifs ou sensoriels (néanmoins, une pratique de l'AMT avec l'aide d'un entourage bien formé peut être une alternative),
- Femme enceinte non hypertendue auparavant (insuffisance d'évaluation).

Enfin, il faut rappeler au patient qu'il ne doit en aucun cas adapter seul son traitement sans avis médical.

- **Types d'appareils**

La plupart des appareils électroniques d'automesure utilisent la méthode oscillométrique, basée sur l'analyse des oscillations de la paroi artérielle (9). Le principe repose sur le fait qu'à une pression suprasystolique dans le brassard, de petites oscillations dites supramaximales (dues au choc des pulsations sur le bord supérieur du brassard) sont captées ; lors du dégonflage, la première augmentation d'amplitude des oscillations détermine la PAS. La diminution progressive de la pression dans le brassard fait augmenter puis diminuer l'amplitude des oscillations. L'oscillation de plus grande amplitude détermine la pression moyenne et la dernière baisse de l'amplitude des oscillations détermine la PAD.

Le plus souvent, ces appareils utilisent un brassard occlusif placé sur le bras, le doigt ou le poignet, ce dernier étant de plus en plus populaire. L'emploi des dispositifs digitaux est déconseillé en raison de multiples sources d'erreurs. L'utilisation d'un tensiomètre au poignet nécessite de bien placer le poignet à hauteur du cœur au moment de la mesure pour la rendre exacte.

En 1998, la SFHTA précise qu' « en dehors de directives minimales de fabrication, aucune législation n'impose actuellement aux constructeurs un standard de qualité et de fiabilité. Cette carence permet la distribution d'appareils de qualité inégale. »

Actuellement, seuls certains appareils ont fait l'objet d'une validation rigoureuse et sont ainsi conseillés en officine. Toutefois, n'étant soumis à aucune réglementation spéciale, des autotensiomètres non validés et dont la fiabilité peut être remise en question peuvent aussi être achetés en grande surface, par correspondance ou encore sur internet. Il est alors important de prévenir le patient de cette carence en matière de fiabilité, et que le médecin vérifie la fiabilité de l'appareil lors du recueil des résultats.

Une liste des appareils autorisés par l'ANSM est disponible sur le site de l'agence, mais elle n'est malheureusement plus actualisée depuis 2012. Il faut donc encourager les patients à acheter leur appareil en officine où ils pourront bénéficier des conseils des pharmaciens. Par ailleurs, les sites <http://www.dableducational.org/> et <http://bhsoc.org/> donnent des listes d'appareils validés par la BHS, l'AAMI et l'ESH. Le site <http://www.automesure.com/Pages/tensiometre.htm> a également dressé une liste d'appareils fiables qui peut aider les patients à faire leur choix.(40)

Le coût moyen des appareils d'AMT s'élève à une cinquantaine d'euros, avec une importante variabilité de prix.

À noter que les dernières recommandations de l'ESH/ESC suggèrent de faire vérifier la précision des appareils d'AMT au moins tous les 6 mois (notamment en raison de leur sensibilité aux chocs).

- **État des lieux de la pratique de l'AMT**

- ✓ **Du point de vue des médecins généralistes**

Globalement, la pratique de l'AMT semble de plus en plus entrée dans les mœurs mais elle est encore insuffisante.

L'étude nationale MEGAMET réalisée en 2004 par questionnaire téléphonique auprès de plus de 500 médecins généralistes (41) a montré que seulement un tiers d'entre eux pratiquait régulièrement l'AMT, un tiers rarement et un tiers refusait de la pratiquer. Les principaux freins évoqués étaient la supposition du caractère anxiogène de l'AMT, la non fiabilité de la méthode, le manque de confiance dans les résultats transmis par le patient et les difficultés techniques pour mettre en place l'AMT. Le coût financier des appareils semble également freiner les médecins dans cette démarche (42).

L'étude MEGAMET 2 réalisée en 2008-2009 (43) a montré une amélioration de ces résultats avec 92% des médecins interrogés pratiquant l'AMT, mais pour la plupart, toujours de façon occasionnelle. Ces résultats restaient donc encore insuffisants.

D'autre part, les médecins pratiquant l'AMT semblent peu nombreux à respecter réellement les protocoles et valeurs seuils fixés par les recommandations actuelles. (42)

L'éducation faite aux patients est encore insuffisante. Les médecins estiment manquer de temps en consultation pour cela et jugent qu'une rémunération spécifique devrait être mise en place, en plus de la consultation, pour les inciter à davantage éduquer leurs patients.

Une grande majorité d'entre eux ne conseille aucun support spécifique à leurs patients pour la transmission de leurs résultats. Les autres soit leur donnent une grille type, soit leur conseillent des appareils avec mémoire intégrée ou imprimante, soit les orientent sur le site <http://automesure.com>.

Les médecins prêtent souvent un appareil à leurs patients mais les conseillent peu lorsque ces derniers souhaitent acheter leur propre appareil.

Les médecins généralistes trouvent majoritairement que l'AMT leur permet de mieux dialoguer avec leurs patients au sujet de l'HTA qu'avec la mesure conventionnelle.

Toutefois, ils estiment qu'une coordination de l'apprentissage avec d'autres professionnels de santé est indispensable pour améliorer les pratiques (12)(41)(43)(44)(45).

Selon plusieurs études (46)(47)(48), l'utilisation de l'AMT diminue l'inertie thérapeutique (absence de modification du traitement de la part du médecin malgré un objectif thérapeutique tensionnel non atteint) et exerce un contrôle émotionnel positif sur le médecin, l'incitant ainsi à intensifier son traitement (49).

En 2008, l'American Heart Association (AHA) et l'American Society of Hypertension (ASH) avaient lancé un appel pour limiter les freins financiers à l'AMT évoqués par les médecins. Elles recommandaient alors le remboursement des patients pour l'achat de l'appareil prescrit par un professionnel de santé, le remboursement du professionnel de santé pour les services liés à l'AMT à domicile (éducation initiale puis évaluation régulière avec validation de la fiabilité des mesures prises par le patient, interprétation des mesures, consultations et conseils médicaux y compris à distance) et le renouvellement des appareils après 5 ans d'utilisation ou lorsqu'ils sont devenus imprécis (50).

Malheureusement, ces recommandations n'ont à ce jour pas été suivies en France. Néanmoins depuis fin 2013, l'Assurance Maladie a lancé un dispositif de fourniture d'un tensiomètre pour chaque praticien, destiné à favoriser la pratique de l'AMT.

✓ **Du point de vue des patients**

Comme nous l'avons vu précédemment, les Français sont de plus en plus nombreux à posséder leur propre appareil d'AMT. (12)(51)

L'AMT semble améliorer l'observance des patients et leur connaissance de leur traitement, ainsi que de leur niveau tensionnel moyen (52)(53)(42). Elle est conseillée par le médecin traitant dans la majorité des cas.

Les patients pratiquant l'AMT ont majoritairement l'habitude de contrôler leur tension plusieurs fois par semaine voire tous les jours.

Les études s'intéressant aux expériences et opinions des patients utilisant l'AMT réalisées jusque-là ont montré des influences plutôt positives : discussion des résultats avec le médecin, renforcement de l'alliance thérapeutique patient-médecin, meilleure adhésion aux conseils hygiéno-diététiques et sentiment de réassurance. Les influences négatives étaient des erreurs dans la transmission des résultats et des confusions concernant les objectifs tensionnels, conduisant parfois le patient à des modifications de traitement de son propre chef sans supervision médicale.

Résultat inquiétant, certains patients admettent en effet modifier eux-mêmes leur traitement, sans l'avis de leur médecin, lorsqu'ils pensent que le médicament ne leur convient pas (8%) ou en fonction des résultats de l'AMT (5 à 8%). Cette tendance semble encore plus marquée chez les sujets âgés. Le patient reste seul décideur de l'observance de son traitement, en fonction de logiques qui lui sont propres (54). Cela nécessite une mise en garde systématique des patients à ce sujet car même si cette pratique fera probablement un jour partie de notre quotidien, elle reste dangereuse dans l'état actuel des choses, sans aucune « formation » préalable du patient. Elle nécessitera de redéfinir la relation médecin-malade (55)(56).

Globalement, les patients déclarent trouver la pratique de l'AMT « utile » pour la prise en charge de leur HTA, peu contraignante, et plutôt facile à réaliser.

En ce qui concerne l'anxiété générée par l'AMT, même s'il s'agit d'un obstacle fréquemment évoqué, il semblerait finalement qu'elle concerne peu de patients et même que certains soient plutôt rassurés par cette pratique (41)(43)(57)(45). Par ailleurs, il semblerait que cette anxiété s'atténue avec le temps. Nous devons rappeler que, comme nous l'avons vu précédemment, les sociétés savantes contre-indiquent l'AMT si elle est source d'anxiété trop importante pour le patient.

Même s'ils sont en général capables de reconnaître si leur TA est bonne ou mauvaise, les patients ne savent souvent pas calculer la moyenne de leur mesure. La question se pose alors d'un possible défaut d'éducation thérapeutique sur ce point. (44)

Dans les faits, les patients pratiquant l'AMT de leur propre initiative semblent peu communiquer leurs résultats à leur médecin traitant : ont-ils peur de communiquer ces résultats ? Peur de changer un traitement qu'ils toléraient bien jusqu'à présent ? Peur de devoir prendre une autre molécule qu'ils toléreraient peut-être moins bien ? Peur de devoir prendre plus de médicaments ? Peur de devoir modifier leurs habitudes de vie ?

Malgré cela, ils estiment majoritairement que l'AMT leur donne l'occasion de mieux parler avec leur médecin.

Dans l'enquête Autoprov réalisée en 2004 et étudiant la restitution des résultats par les patients pratiquant l'AMT, « seuls les (patients) plus jeunes et diplômés parviennent à s'aider d'internet » (58).

D'une façon générale, la pratique de l'AMT semble meilleure après une éducation thérapeutique adaptée (44).

Nous noterons donc que malgré une amélioration progressive des pratiques, la situation concernant l'AMT n'est pas encore optimale.

La vision des médecins et des patients à ce sujet semble être assez différente : malgré l'engouement croissant des patients, certains médecins semblent encore très réticents à cette pratique et ne la réalisent pas correctement. La vision des médecins et de leurs patients sur le caractère anxiogène de l'AMT semble divergente.

Même si patients et médecins semblent trouver que la pratique de l'AMT favorise leurs échanges, la communication et les modifications thérapeutiques qui en découlent semblent encore insuffisantes.

Des efforts restent donc à faire, concernant à la fois les médecins, la communication entre les médecins et leurs patients, mais aussi les autorités pour donner aux médecins les moyens matériels permettant de pratiquer l'AMT dans les meilleures conditions.

VI. GÉNÉRATION SANTÉ CONNECTÉE ET « QUANTIFIED-SELF » (59-64)

Depuis toujours, la médecine n'a cessé d'évoluer. Actuellement, l'une des grandes révolutions à laquelle elle est confrontée concerne les NTIC (Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication) d'une part, et l'émergence du « quantified-self » (connaissance de soi par les chiffres) associée à une quête d'autonomie de la part des patients d'autre part.

En matière de NTIC, Internet a un impact majeur dans le domaine de la santé, en permettant notamment une démocratisation de l'accès à l'information médicale, en tout temps et en tout lieu.

La téléphonie mobile a également révolutionné la prise en charge médicale en de nombreux points : appels d'urgence, envois automatisés de SMS dans le cadre de programmes personnalisés...

Patients et médecins sont de plus en plus « connectés ».

Le marché des applications et des objets connectés de santé connaît actuellement une croissance exceptionnelle : en 2013, on comptait 100 000 applications de santé et on retrouvait des objets connectés chez 23% des Français.

Trois quarts des médecins possèdent un smartphone et s'en servent quotidiennement dans leur pratique. Néanmoins, si de plus en plus de ces médecins « mobinautes » (environ 1 sur 10) conseillent régulièrement des applications de santé à leurs patients, ils sont peu nombreux à les avoir déjà testées eux-mêmes.

La télétransmission devient également une réalité. Aujourd'hui les patients peuvent transmettre directement certaines de leurs données à leur médecin, sans sortir de chez eux.

Un vocabulaire varié s'est d'ailleurs peu à peu développé dans ce domaine. (**Figure 6**) (60) On parle de :

- e-santé : usage des technologies de l'information et d'internet dans un but de santé,
- m-santé : santé « mobile » : « pratiques médicales et de santé publique reposant sur des dispositifs mobiles tels que téléphones portables, systèmes de surveillance des patients, assistants numériques personnels et autres appareils sans fil » (OMS 2009), parfois gérées à l'initiative des consommateurs,
- télémédecine : médecine « à distance » mettant en relation des professionnels de santé entre eux ou avec leurs patients : téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, téléassistance...).

Le concept d'« ubimédecine » (décrit par le Docteur Postel-Vinay, fondateur du site automesure.com) va encore plus loin en mettant l'individu « directement en prise avec une aide à la décision informatisée » : l'utilisateur va lui-même prendre une décision selon les mesures qu'il vient d'effectuer, à l'aide d'un outil informatique.

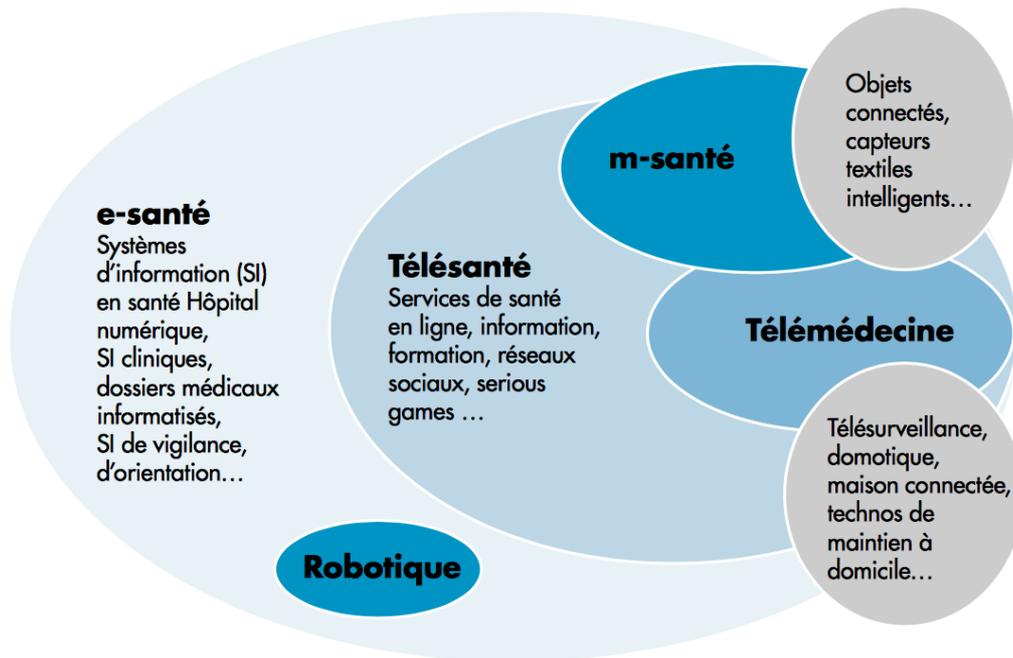


Figure 6 : De la e-santé à la santé connectée (Source : Livre Blanc du Conseil National de l'Ordre des Médecins - janvier 2015)(60)

Parallèlement à cela, on note que les patients sont de plus en plus demandeurs d'autonomie et de connaissance de leur propre corps.

On parle de « self-tracking » : curiosité et mesures sur soi-même, « notations chiffrées personnelles introduisant une forme de réflexivité ou de retour sur soi » (63).

Le « quantified-self » correspond au self-tracking avec des outils, avec la notion de partage des informations recueillies. Ces outils sont de plus en plus accessibles au grand public.

Les innovations dans ce domaine sont quasi sans limite. En témoignent les outils et objets connectés parfois improbables qui voient régulièrement le jour (la tétine connectée qui surveille la température des enfants en temps réel, la couche connectée qui permet d'être averti immédiatement quand la couche de bébé est humide, la fourchette connectée qui se veut être un allié diététique, les vêtements et chaussettes connectés qui mesurent l'activité des joggers, ou encore le sol connecté qui détecte les mouvements des personnes âgées et alerte un tiers en cas de chute, sont quelques exemples parmi tant d'autres) (61), ou encore le succès grandissant des autotests dans le domaine de la santé.

Encore dernièrement, le laboratoire Mylan a lancé une gamme impressionnante d'autotests *MyTest* (disponibles librement pour le grand public en pharmacie ou sur Internet, sans ordonnance, pour réaliser son propre « diagnostic » chez soi en quelques minutes seulement (tests sanguins : anémie, dysthyroïdie, maladie de Lyme, statut vaccinal vis-à-vis du tétanos, allergies, problème de prostate, hypercholestérolémie, présence d'*Helicobacter Pylori* ; tests urinaires : infection urinaire, consommation de cannabis, albuminurie, ménopause ; analyse de selles : pathologies digestives)).

Il est désormais possible de surveiller par soi-même un très grand nombre de paramètres.

L'automesure en elle-même est en réalité assez ancienne (balances et thermomètres datent du début du XXème siècle), la grande nouveauté est le caractère connecté, ainsi que l'extension des domaines dans lesquels elle est appliquée. On est désormais face à un nouveau rapport au corps et aux données.

Nous assistons à la naissance d'un marché, fruit d'une triple évolution : sociologique, marquée par l'« empowerment » (prise d'autonomie) des patients, technologique (avec une explosion d'innovations dans le monde des smartphones, capteurs et objets connectés), politico-économique (avec la recherche de solutions pour améliorer l'efficacité des systèmes de santé et pour augmenter les parts de marché des entreprises de la santé). Nous pouvons également ajouter à cela la notion de contrôle social, bien décrite par Michel Foucault, avec la naissance du « biopouvoir » dans le domaine de la santé publique. (65)



(Source : Cahiers IP du CNIL mai 2014 (62))

Les frontières entre bien-être, santé et soins sont parfois floues, et il est pourtant nécessaire de faire la part des choses entre ces entités en matière de santé connectée. En effet, l'importance du résultat n'a pas le même impact lorsqu'un paramètre est mesuré dans un contexte de loisir ou de curiosité de soi (souci ou exigence de performance, de compétition avec soi-même ou avec les autres) ou en cas d'utilisation médicale. Prenons par exemple le cas de la mesure de la fréquence cardiaque : son impact n'est pas le même s'il s'agit simplement de surveiller ce paramètre « par curiosité » au cours d'une activité physique chez une personne en bonne santé, ou s'il s'agit de détecter une arythmie chez un patient.

Concernant les outils connectés, nous pouvons remarquer plusieurs profils d'utilisateurs :

- Ceux qui font des mesures de « surveillance » simple : l'idée étant de rapprocher les mesures à l'état du sujet à un instant « t », sans action visée par rapport aux résultats. Cette surveillance n'est pas faite « par plaisir », mais pour contrôler que l'on n'a pas atteint un seuil « critique ». Il y a donc une notion de « risque », qui peut amener un certain degré d'anxiété.

- Ceux qui font des mesures de « régularité », dans une logique de routinisation : le but étant de rompre avec une mauvaise pratique, de changer une habitude.

- Et enfin, ceux qui font des mesures de « performance » : il s'agit d'un contrôle d'efficacité, par rapport à des objectifs définis personnellement.

Dans tous les cas, l'objectif est de se mesurer et de se comparer à une norme.

Le fait de partager ses données avec d'autres individus (surtout pour les logiques de surveillance et performance) ou d'entrer ses données biométriques personnelles (ex : nombre de pas pour les joggers) sur des forums de discussion instantanée en ligne, permet d'augmenter la motivation lorsqu'il s'agit d'améliorer une situation, avec un principe d'entraide pouvant se rapprocher du principe des groupes d'alcooliques anonymes. (63)

Nous assistons à une recherche de « construction identitaire » et de « mise en récit et en chiffres du soi » (64). Les mesures sont l'objet d'une attention intense, d'analyses, de comparaisons. Par exemple, un sujet peut contrôler sa TA ponctuellement, par rapport à des symptômes ressentis ou à des événements de vie.

Mais dans certains cas, les résultats peuvent être un peu « truqués » par les usagers (ex : absence de notation d'un résultat jugé insatisfaisant), le but étant de renouveler le regard sur soi, de se voir autrement, d'obtenir un regard bienveillant sur soi.

Quel sens pouvons-nous alors donner à ces chiffres empreints d'affectivité ?

Finalement, au lieu de permettre de prendre du recul sur soi, ces pratiques n'entraînent-elles pas plutôt une focalisation sur un aspect précis qui masque la vision globale ?

Si les progrès technologiques permettent d'aller toujours plus loin, la pertinence du recueil et de la transmission des données dépend avant tout du paramètre mesuré, du profil de l'utilisateur, et du contexte de mesure. Il est donc important de prévenir les mésusages de ces outils. (62)(59)



(Source : Cahiers IP du CNIL mai 2014 (62))

Mesurer son corps avec un appareil connecté à Internet est désormais facile. Mais aussi attrayantes que soient les nouvelles technologies, il faut rester lucide et rigoureux quand il s'agit de santé.

L'autonomie des patients est une réalité sociale récente dans la relation médecin-malade. Les individus deviennent « entrepreneurs » d'eux-mêmes, responsables de leur bon ou mauvais comportement en santé.

La santé connectée semble augmenter l'adhésion des patients, notamment en matière de prévention ou de maladies chroniques, et se veut complémentaire de la relation médecin-patient « habituelle », mais qu'en est-il réellement ?

Le patient devient « expert » de sa propre santé, et le rôle du médecin « seul décideur » est mis à l'épreuve. Il s'agit désormais d'un partenariat entre le médecin et son patient.

Toutes ces nouvelles pratiques soulèvent de très nombreuses questions :

- Confidentialité : la notion de « secret médical » est parfois bien remise en question, mais dans certains cas, il s'agit d'une volonté de la part des patients qui partagent eux-mêmes, volontairement, leurs propres données personnelles avec d'autres usagers
- Sécurité informatique et matérielle
- Fiabilité et sûreté sanitaire : nous sommes parfois très loin de la notion d'Evidence Based Medicine (EBM) et de l'expertise médicale, les usagers peuvent se retrouver perdus face à une multitude d'informations pas toujours exactes, et peu d'études scientifiques solides ont réellement été faites sur les différents objets connectés

- Déontologie : notion d' « idéalisme » soulevée par la comparaison à une norme (contrôle social), ou à d'autres individus, voire sentiment de « discrimination » des « moins performants », et risque de « fracture sociale » avec une exclusion des « non connectés » (patients âgés, classes sociales moins favorisées)
- Redéfinition de la relation médecin-patient : la « démystification » du rôle du médecin, et l'implication croissante des patients dans leur prise en charge est une réalité, mais que fait le patient après avoir eu son résultat, seul ? Comment l'interprète-t-il ? Quelle est sa réaction face à un mauvais résultat ? Se tourne-t-il ensuite vers un professionnel de santé ? Ou vers d'autres usagers (forums) ?
- Conflits d'intérêts / financements : les intérêts personnels des investisseurs pourraient prendre le dessus dans ces innovations, et l'écrasement de la concurrence est souvent une priorité, au détriment de l'intérêt des usagers. Par ailleurs, nous pourrions imaginer que l'assurance maladie ou les assurances complémentaires puissent participer au financement lorsque l'on retrouve un réel intérêt médical, mais sont-elles vraiment légitimes pour le faire ? Ne risque-t-on pas de les accuser de « surveiller » les assurés ? Se pose également la question du statut des médecins face à tout cela : gestion du temps et financement de la télémédecine ?
- Effet de « mode » : comme pour toute nouveauté, on assiste à un engouement important de la part du grand public pour les objets connectés, les autotests... Mais ne risquons-nous pas de voir apparaître une certaine lassitude des usagers avec le temps ?
- Ou au contraire accentuation du phénomène : à l'inverse, on peut également imaginer que le phénomène s'amplifie, et que les capteurs ne soient plus portés par les individus mais implantés en permanence en eux.

Il existe peu de réglementations sur toutes ces questions en Europe et de gros progrès restent à faire. La Commission Européenne a ouvert en 2014 une consultation sur les exigences en matière de e-santé, et un cadre juridique devrait théoriquement être mis en place pour 2020.



(Source : Cahiers IP du CNIL mai 2014 (62))

Les professionnels de santé doivent donc prendre en compte toutes ces nouveautés, les considérer comme des outils complémentaires de leur pratique courante et les intégrer dans leur exercice quotidien de façon adaptée et encadrée (en orientant leurs patients et en les mettant en garde vis-à-vis des risques).

A noter que le site www.dmd-sante.com propose une sélection d'applications mobiles et objets connectés en santé labellisés (label collaboratif) afin d'orienter les patients et les professionnels de santé vers des outils sûrs, en termes de valeur médicale, d'éthique, de vie privée, de conformité juridique et réglementaire et de sécurité.

VII. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer le vécu et l'expérience des patients pratiquant l'AMT, leurs représentations et leur regard à ce sujet, ainsi que l'impact de cette pratique sur leur vie quotidienne et sur leur rapport avec la santé.

Tous ces points ont été peu étudiés en France jusqu'à maintenant.

MÉTHODE

Il s'agit d'une étude qualitative (66) menée par entretiens semi-dirigés auprès de sujets pratiquant l'AMT.

I. CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

- **Critères d'inclusion**

- ✓ sujet majeur,
- ✓ pratiquant l'AMT.

- **Critères d'exclusion**

- ✓ patient ne maîtrisant pas la langue française,
- ✓ refus de participation à l'étude.

II. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

- **Recrutement des sujets**

- ✓ Après accord du pharmacien (Mme Nathalie PESME), des affiches et des flyers (**Annexe 4**) ont été distribués à la Pharmacie de Paris, située Place Royale à Nantes.
- ✓ Le choix s'est porté sur cette pharmacie en raison de sa taille, ainsi que de la relative mixité des patients qui la fréquentent. En effet, il s'agit d'une pharmacie de centre-ville, avec de nombreux « passages », à la différence d'une pharmacie de quartier.
- ✓ Les affiches ont donc été collées derrière les comptoirs et les flyers ont été placés dans les boîtes des tensiomètres en vente.

- ✓ Les pharmaciens et préparateurs ont également été informés de l'étude par Mme PESME afin de pouvoir la présenter à tous les patients souhaitant acquérir un tensiomètre.
- ✓ Les patients intéressés pour participer à l'étude devaient alors renseigner leurs coordonnées pour que nous puissions les contacter.
- ✓ Ce recrutement a été difficile et long, car malgré la fréquence des ventes de tensiomètres (plusieurs tensiomètres vendus chaque semaine), les sujets acquéreurs étaient peu nombreux à accepter de participer à l'étude. Selon Mme PESME, les patients sont en effet, d'une façon générale, de plus en plus réticents à communiquer leurs coordonnées. Nous pouvons également nous demander si le type de pharmacie ne joue pas un rôle « péjoratif » face à cela : grande pharmacie avec clientèle de ville pressée, relations patients-pharmaciens moins proches que dans une « petite » pharmacie de quartier et donc peut-être moins de « confiance » ?
- ✓ Nous avons donc décidé dans un second temps de solliciter (de la même façon) de plus petites pharmacies de quartiers, en imaginant que la proximité des pharmaciens avec leurs patients faciliterait les échanges et limiterait les réticences des potentiels candidats.
- ✓ En parallèle, nous avons également adressé un mail au Conseil de l'Ordre des Pharmaciens ainsi qu'au Syndicat des Pharmaciens de Loire Atlantique, afin qu'ils relayent l'information à plus grande échelle auprès des différentes pharmacies du département.
- ✓ Malheureusement, aucun patient n'a finalement été recruté par ce biais. Lors de nos nombreuses relances, les pharmaciens expliquaient d'une part, qu'ils vendaient assez peu de tensiomètres, et d'autre part, comme pour la Pharmacie de Paris, qu'ils se heurtaient à la réticence des rares candidats.
- ✓ Finalement, constatant le très faible nombre de patients recrutés par ce biais, nous avons décidé d'aller recruter les patients « en direct ». Avec l'accord de la Pharmacie de Paris, nous nous sommes postés tout un après-midi au dernier étage, destiné entre autres à la vente des tensiomètres et des objets connectés. Nous avons alors abordé tous les clients se présentant à cet étage en leur demandant s'ils pratiquaient l'AMT. Si les patients répondaient par l'affirmative, nous leur expliquions qui nous étions, le but de notre étude, le fonctionnement des entretiens... et leur demandions s'ils acceptaient de participer. Ceux qui étaient volontaires nous laissaient donc leurs coordonnées et nous les rappelions pour fixer un rendez-vous pour l'entretien quelques jours plus tard.
- ✓ En parallèle, nous avons également mis une grande affiche dans la salle d'attente du cabinet dans lequel nous faisons des remplacements réguliers au Loroux Bottereau (44), avec l'accord des médecins remplacés. Hélas, aucun patient ne nous a spontanément contactés.
- ✓ De plus, les médecins de ce même cabinet ont parlé directement de notre étude à certains de leurs patients qui pratiquaient l'AMT. Nous les avons ensuite contactés par téléphone. Plusieurs personnes ont accepté de nous accorder un entretien, d'autres non (par manque de temps pour certains, et sans raison particulière pour d'autres).
- ✓ Quelques personnes connues de l'auteure ont également été interrogées.

- ✓ Nous espérions par ailleurs recruter quelques patients par « effet boule de neige », en encourageant les patients interrogés à nous adresser leurs proches pratiquant l'AMT, mais cela n'a pas été concluant. Certains patients interrogés nous ont même dit avoir été étonnés par les réactions de leurs proches lorsqu'ils leur ont parlé de l'étude : certains ne savaient pas qu'on pouvait prendre sa tension soi-même à la maison, d'autres n'avaient simplement pas envie de donner un peu de leur temps pour un entretien non rémunéré.
- ✓ Nous avons initialement envisagé de diversifier les lieux de recrutement afin de diversifier les profils de patients, mais cela n'a malheureusement pas été possible.
- ✓ Nous avons notamment envisagé de recruter des sujets dans les grandes enseignes d'électroménager qui vendent des tensiomètres (sans conseil médical), mais aucune d'elle n'a accepté de participer à notre étude, sans que l'on puisse connaître la raison de ce refus.
- ✓ De la même façon, nous espérions atteindre un tout autre profil de patients en recrutant des sujets au sein du magasin « Nature et Découverte », mais cela n'a pas été possible non plus car la vente de leurs tensiomètres se fait exclusivement par Internet.
- ✓ Enfin, les patients ont été recrutés jusqu'à saturation des données.

• Déroulement des entretiens

- ✓ Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-dirigés en suivant les conseils relatifs aux recherches qualitatives en santé (66).
- ✓ Un guide d'entretien a été élaboré (**Annexe 5**) à partir des recherches bibliographiques, servant de ligne directrice pour les échanges. Ce guide d'entretien a été testé auprès d'un proche de l'enquêtrice et modifié pour faciliter sa compréhension. Il a ensuite été enrichi au fil des entretiens.
- ✓ La participation était anonyme et bénévole.
- ✓ Les entretiens étaient enregistrés au moyen d'un dictaphone, après accord des patients interrogés, puis retranscrits sur Word. En fin d'entretien, le dictaphone était éteint, permettant à ceux qui le souhaitaient de s'exprimer un peu plus librement.
- ✓ Tous ces éléments étaient rappelés aux patients au début des entretiens.
- ✓ Les entretiens ont eu lieu au domicile des patients ou dans un lieu public selon les souhaits des personnes interrogées.

- **Méthode d'analyse**

Nous avons choisi une approche par théorisation ancrée : méthode d'analyse qualitative « visant à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives » (Paillé, 1996)(67)(68).

Nous nous sommes aidés du Logiciel NVIVO pour insérer et analyser les données recueillies.

RÉSULTATS

- ✓ 24 patients (appelés « P » dans la suite du chapitre) ont été inclus dans l'étude. 5 patients ont refusé de participer dès le premier contact et un patient âgé s'est désisté dans un second temps par crainte d'une « arnaque ».
- ✓ 18 patients ont donc finalement été interrogés : 12 femmes et 6 hommes, répartis en 15 entretiens (3 couples ont permis un entretien en commun). Ils étaient âgés de 60 ans en moyenne (30 à 84 ans), issus de différentes catégories socio-professionnelles, et de milieux urbain ou semi-rural. **(Cf Annexe 6 : Caractéristiques de l'échantillon)**
- ✓ Les entretiens ont duré en moyenne 30 minutes et 18 secondes (12 minutes et 29 secondes pour le plus court, et 48 minutes et 52 secondes pour le plus long).

1. Définition de l'HTA

Globalement, les patients ont du mal à définir l'HTA.

P6 (femme retraitée de 70 ans, auparavant comptable puis vendeuse) évoque « *quelque chose de nerveux* ».

P13 (femme de 46 ans, responsable commerciale dans un magasin de meubles) et P14 (homme de 30 ans, consultant immobilier) évoquent « *trop de tension dans les vaisseaux* ».

Pour P1 (directeur commercial de 55 ans) c'est la *notion* « *d'indicateur de tension* » qui est à prendre en compte, avec un « *curseur* » *différent selon les sujets*.

Pour plusieurs patients, il existe une notion de « *handicap familial* » (P11, retraitée de 83 ans, ancienne puéricultrice) et de lien avec « *un défaut d'hygiène de vie* » (P10, ancienne infirmière de 72 ans).

Pour certains, quand on a de l'HTA « *on n'est pas bien* » (P12, homme de 51 ans, agent des routes), « *c'est une gêne quand même* » (P11).

Certains définissent avant tout l'HTA comme un danger : pour P4 (femme de 60 ans travaillant dans l'aide à la personne, actuellement en invalidité) « *c'est un danger parce que c'est quand même le cœur* », pour P9 (ancienne infirmière de 63 ans) « *ça représente un risque* » sans trop savoir lequel.

Le principal risque de l'HTA évoqué par les patients est l'*AVC* (P8, ancien chauffeur-routier de 69 ans, P2, ancienne technicienne de laboratoire de 82 ans, P13). P15 (technico-commercial de 42 ans) exprime également le « *risque de fatiguer le cœur à long terme* ».

Enfin, pour P15, l'HTA est principalement synonyme de « *contrainte du médicament* ».

2. Prise en charge de l'HTA

Même s'ils ont parfois du mal à être rigoureux, les patients sont pratiquement tous conscients de l'intérêt d'une bonne hygiène de vie en plus de la prise des traitements médicamenteux, pour améliorer leurs chiffres tensionnels. Seule P6 (ancienne comptable puis vendeuse de 70 ans) ne semble pas en avoir été informée.

Plusieurs sujets essayent de pratiquer une activité physique régulière, notamment la marche.

Ils essayent de « *manger correctement* » : « *je ne mange pas de sel ni de beurre, je cuisine à l'huile d'olive ... pas l'alcool non plus* » (P7, 75 ans, veuve de gendarme) : « *je ne mange plus du tout de gras* » (P4, femme de 60 ans travaillant dans l'aide à la personne, actuellement en invalidité), « *j'essaye de manger autant que possible à la maison le midi, de la verdure...* » (P15, technico-commercial de 42 ans), « *pas de charcuterie, pas de sauce, beaucoup de légumes...* » même si « *parfois on se fait des petits plaisirs quand même* » (P9, ancienne infirmière de 63 ans), « *je me suis mis à la nourriture Feed pour essayer de limiter la malbouffe* » (P14, consultant immobilier de 30 ans), « *on essaye de limiter les dégâts* » (P8, ancien chauffeur-routier de 69 ans)...

P1 (directeur commercial de 55 ans) insiste également sur la nécessité de « *prendre le temps, arrêter de courir ... se poser, se reposer* ».

P11 (ancienne puéricultrice de 83 ans) « *limite les excitants comme le café* » et P12 (homme de 51 ans, agent des routes) « *évite de regarder des films stressants* ».

3. Pratique de l'AMT

Certains patients ont commencé à pratiquer l'AMT sur les conseils d'un médecin, d'autres de leur propre initiative.

Certains la pratiquent par curiosité : « *Pour apprendre à me connaître et voir comment je fonctionne* » dit P3 (étudiante infirmière de 31 ans), « *c'est moi qui ai décidé tout seul, à la suite de mon premier infarctus* » dit P8 (ancien chauffeur-routier de 69 ans), d'autres pour évaluer leur traitement : « *plutôt pour savoir si mon traitement est suffisant* » dit P11 (ancienne puéricultrice de 83 ans), « *pour arrêter mon traitement* » dit P15 (technico-commercial de 42 ans).

Si certains font des contrôles réguliers, d'autres contrôlent leur tension uniquement de façon occasionnelle : de façon « **systematique ... en mode préventif** » pour P1 (directeur commercial de 55 ans), « **tous les 3 mois, avant d'aller voir mon médecin** » et « **si j'avais un mal de tête suspect** » pour P10 (ancienne infirmière de 72 ans), « **régulièrement, une fois par mois** » et « **quand je ne me sentais pas très bien** » pour P8, « **2 fois par an pour contrôler** » pour P9 (ancienne infirmière de 63 ans) et son mari, tous les jours avant le petit déjeuner pour P6 (ancienne comptable puis vendeuse de 70 ans), « **surtout quand je suis en phase de modification de traitement** » pour P11, « **de temps en temps, quand j'y pense** » pour P12bis (agent de production de 54 ans), « **quand on a un petit souci pour faire un mini diagnostic** » pour P13 (responsable commerciale de 46ans) et 13bis (homme de 53 ans en reconversion professionnelle).

Aucun patient ne semble respecter intégralement la « règle des 3 ». Plusieurs font un contrôle sur 3 jours, mais sans faire systématiquement les 3 mesures matin et soir.

P12 (agent des routes de 51 ans) la prend **systematiquement aux deux bras**.

P11 admet prendre sa tension « **de façon un peu expéditive** » : « **je ne prends pas le temps de me poser avant** ».

P1 (directeur commercial de 55 ans), P13, P4 (femme de 60 ans travaillant dans l'aide à la personne, actuellement en invalidité), P6, et P8 estiment que la tension prise au cabinet est à peu près identique à celle prise en AMT chez eux. « **On a le même appareil** » dit P8.

P10, P12, P14 (consultant immobilier de 30 ans), P15, P2 (ancienne technicienne de laboratoire de 82 ans), P8 bis (ancienne femme de ménage en invalidité de 65 ans) et P9 ont tendance à avoir une tension plus élevée au cabinet que chez eux. « **On a quand même le stress dans le cabinet, surtout si on attend** » dit P12. P10 et P14 évoquent même spontanément le « **syndrome de la blouse blanche** ».

P11 trouve que sa tension est plus basse chez son médecin parce qu'en général elle vient de prendre ses médicaments.

P3, pour sa part, pense que la tension prise au cabinet est plus précise car « **le médecin la prend en manuel** ».

4. Achat du tensiomètre

L'achat d'un tensiomètre a souvent été conseillé par le médecin traitant (comme pour P8, ancien chauffeur-routier de 69 ans) ou par un médecin spécialiste, par exemple son néphrologue pour P1 (directeur commercial de 55 ans).

Pour le choix de l'appareil en lui-même, les patients ont majoritairement « ***fait confiance au pharmacien*** » (P11, ancienne puéricultrice de 83 ans), qui leur a le plus souvent conseillé un modèle au bras. P12 (agent des routes de 51 ans) estime que les modèles au poignet sont « ***moins fiables... moins réguliers*** ».

De son côté, P7 (retraîtée de 75 ans, veuve de gendarme) a profité d'une « ***promotion sur les tensiomètres*** » dans un supermarché pour s'équiper à petit prix.

Enfin, plusieurs patients interrogés estiment que la possession d'un tensiomètre est en lien avec leurs études ou leur profession, comme P3 (étudiante infirmière de 31 ans) qui dit : « ***si je n'avais pas été dans ce domaine je ne l'aurais pas acheté*** », ou P9 (ancienne infirmière de 63 ans) : « ***j'étais infirmière, donc j'avais un appareil à tension*** ».

5. Réalisation de l'AMT d'un point de vue technique

P6 (ancienne comptable puis vendeuse de 70 ans) a bénéficié d'une petite démonstration par la pharmacienne, et P7 (retraîtée de 75 ans, veuve de gendarme) par son médecin. Les autres patients semblent avoir appris la technique d'AMT seuls, en lisant le mode d'emploi pour P4 (femme de 60 ans travaillant dans l'aide à la personne, actuellement en invalidité), ou grâce à des tutoriels sur Internet pour P14 (consultant immobilier de 30 ans).

Globalement, ils ne trouvent pas l'AMT techniquement difficile : « ***on met le brassard et puis voilà*** » dit P6, « ***il n'y a plus qu'à appuyer sur le bouton*** » d'après P11 (ancienne puéricultrice de 83 ans).

Les patients interrogés prennent généralement leur tension assis, parfois allongés. Certains respectent un temps de repos avant les mesures et prennent plusieurs mesures d'affilée.

6. Interprétation des résultats d'AMT

Plusieurs des personnes interrogées ayant une formation paramédicale n'ont aucun souci pour interpréter les résultats.

En revanche, les autres sujets semblent très peu (in)formés à l'interprétation de leurs résultats. Ils sont nombreux à ne pas connaître du tout les seuils. P2 (ancienne technicienne de laboratoire de 82 ans) dit « ***on ne m'a rien expliqué du tout*** ». P11 (ancienne puéricultrice de 83 ans) dit « ***je connais à peu près*** ». P14 (consultant immobilier de 30 ans) s'est auto-formé en regardant des « ***tutos sur Internet*** » mais ne semble pas encore très à l'aise avec les chiffres. Et P8 (ancien chauffeur-routier de 69 ans) semble avoir une interprétation un peu approximative : « ***si ça va pas j'avise le moment venu*** ».

Seule P7 (retraîtée de 75 ans, veuve de gendarme) ne semble pas être en difficulté face à l'interprétation des résultats car son appareil le fait pour elle grâce à des couleurs et un commentaire vocal.

Enfin, plusieurs patients semblent chercher eux-mêmes une interprétation lorsqu'ils ont de mauvais résultats : « *j'essaye de savoir pourquoi, si c'est parce que j'ai eu un problème, ou que j'ai mal dormi* » dit P11, « *il faut comprendre son corps ... j'arrive à peu près à retrouver le problème en général* » dit P4 (femme de 60 ans travaillant dans l'aide à la personne, actuellement en invalidité), « *je crois savoir pourquoi ... j'ai des problèmes pour aller à la selle, alors je fais des efforts considérables* » explique P6 (ancienne comptable puis vendeuse de 70 ans).

7. Réaction face aux mauvais résultats

En cas de mauvais résultat, les sujets interrogés répondent de façon quasiment unanime, qu'ils recontrôlent, au bout de quelques minutes ou heures plus tard pour certains, le lendemain pour d'autres, et consultent leur médecin si cela persiste.

Entre temps, certains précisent qu'ils vont « *rester tranquille, zen* » (P4, femme de 60 ans travaillant dans l'aide à la personne, actuellement en invalidité), ou « *éviter de faire des trucs pas possibles* » (P13bis, homme de 53 ans en reconversion professionnelle).

8. Vécu de l'AMT

La plupart des patients semblent plutôt rassurés par le fait de contrôler leur tension chez eux. « *Ça me sécurise* » dit P7 (retraîtée de 75 ans, veuve de gendarme). « *Ça me conforte dans mon ressenti* » trouve P11 (ancienne puéricultrice de 83 ans).

Seule P10 (ancienne infirmière de 72 ans) semble réellement angoissée par cela. Elle se sent parfois « *trop préoccupée par cela* » par crainte de devoir modifier son traitement qui avait été difficile à équilibrer : « *à partir du moment où il faut que j'y pense, je crains que ça fasse monter ma tension, et j'ai peur de trouver un mauvais résultat* ».

P14 (consultant immobilier de 30 ans) ne se dit pas spécialement angoissé par l'AMT en général mais avoue qu'il paniquerait un peu si ses résultats n'étaient pas bons.

P1 (directeur commercial de 55 ans) trouve qu'au départ il était un peu inquiet quand il « *sortait des indicateurs au vert* » alors que maintenant il trouve cela rassurant de prendre sa tension car il a « *l'impression d'être en maîtrise du sujet, et donc en maîtrise de lui-même* ».

P11 (ancienne puéricultrice de 83 ans) ne veut pas être « *dépendante de son appareil* » malgré tout.

P8 (ancien chauffeur-routier de 69 ans) admet que ça lui permet de mieux accepter son traitement.

Globalement, l'AMT ne représente pas une contrainte pour les sujets interrogés. **« Il faut prendre l'habitude ... ensuite tout naturellement ... ça devient une routine »** trouve P1. Selon P9 (ancienne infirmière de 63 ans), **« par rapport à d'autres choses de santé à faire, c'est vraiment rien du tout. Et puis c'est même assez ludique »**. Elle ajoute que, selon elle, c'est **« un petit peu normal que les gens se prennent en charge par eux-mêmes »**.

P15 (technico-commercial de 42 ans) semble être le seul à trouver l'AMT contraignante : **« il faut y penser ... Et puis il faut se poser, prendre le temps »**.

9. Impact de l'AMT sur la relation médecin-malade

Plusieurs patients pensent que l'AMT a permis d'améliorer leurs échanges avec leur médecin. P12 (agent des routes de 51 ans) estime que l'AMT **« permet de mieux communiquer »** : **« je venais avec mes petits relevés où j'avais mis mes annotations, donc on en discutait »**. P5 (femme de 85 ans, ancienne assistante sociale ayant fait des études d'infirmière) estime que **« la relation est un peu moins paternaliste »**. P9 (ancienne infirmière de 63 ans) parle de **« travail d'équipe »** : **« j'y vais en confiance ... il sait que je ne triche pas, puisque c'est ma santé »**.

Plusieurs personnes interrogées ne se sentent malgré tout pas assez considérées ou écoutées par leur médecin. **« C'était un cœur, c'est tout »** dit P2 (ancienne technicienne de laboratoire de 82 ans) à propos de la visite du cardiologue lors de son hospitalisation, **« c'est un peu la routine »** trouve P8 (ancien chauffeur-routier de 69 ans). Certains n'osent pas poser de questions : **« j'ose pas lui demander, j'ai peur de la déranger »** dit P6 (ancienne comptable puis vendeuse de 70 ans).

P4 (femme de 60ans travaillant dans l'aide à la personne, actuellement en invalidité) trouve qu'elle a moins besoin d'aller chez le médecin maintenant qu'elle se comprend mieux elle-même.

Si P10 (ancienne infirmière de 72 ans) et P11 (ancienne puéricultrice de 83 ans) n'ont jamais osé modifier leur traitement seules (**« c'est le médecin qui me dit quoi faire »** dit P11), P5, P6 et P7 (retraîtée de 75 ans, veuve de gendarme) ont fait leurs petites expériences thérapeutiques sous couvert de l'AMT, avant d'en discuter avec leur médecin : **« je me suis dit que j'allais faire un test : j'ai arrêté ce médicament tout en continuant à surveiller ma tension »** admet P5.

10. Patient expert

Globalement, sans devenir réellement « experts » de leur propre santé, les patients apprennent à mieux se connaître et se comprendre à travers leur autosurveillance. « ***On se sent plus au courant de ce qui se passe*** » dit P1 (directeur commercial de 55 ans), « ***maintenant je sais reconnaître quand j'ai trop de tension ou une baisse de tension*** » dit P12 (agent des routes de 51 ans). P8 (ancien chauffeur-routier de 69 ans) a même réussi à faire diminuer notablement son taux d'hémoglobine glyquée grâce à cela.

11. Autosurveillance, autotests, santé connectée

Quand nous parlons d'autosurveillance, autre que tensionnelle, les patients interrogés semblent peu adeptes. P8 (ancien chauffeur-routier de 69 ans) aime bien « ***comprendre ce qu'il se passe*** » et surveille ses glycémies dans le cadre de son diabète. Seule P10 (ancienne infirmière de 72 ans) évoque la surveillance de son poids.

Seuls P14 (consultant immobilier de 30 ans) et P15 (technico-commercial de 42 ans) possèdent des objets connectés (bracelet pour P14, montre pour P15), pour surveiller leur sommeil et leur rythme cardiaque, en ayant les « ***résultats en instantané sur l'appli*** » (P15). P14, pour sa part, apprécierait d'avoir un appareil plus évolué, notamment pour une meilleure fiabilité, et pour pouvoir transmettre directement les données au médecin.

Si P15, semble avoir une utilité occasionnelle de sa montre connectée, P14 explique « ***j'ai besoin de tout contrôler, de savoir à l'instant t où j'en suis*** ». Il a besoin de savoir que les indicateurs sont bons pour pouvoir se sentir « ***en pleine forme*** ».

Pour les autres sujets interrogés, les freins à l'achat d'objets connectés sont : le prix pour P4 (femme de 60 ans travaillant dans l'aide à la personne, actuellement en invalidité), les difficultés techniques pour P12 (agent des routes de 51 ans) qui explique avoir « ***un mauvais feeling avec l'électronique*** », la méfiance des ondes pour P9 (ancienne infirmière de 63 ans) et la crainte de dépendance psychologique, exprimée à plusieurs reprises (« ***fil à la patte ... psychologiquement un peu lourd*** » pour P1 (directeur commercial de 55 ans), « ***il y a des gens qui se mettent la pression avec des trucs comme ça*** » selon P7 (retraîtée de 75 ans, veuve de gendarme), « ***pas envie de devenir dépendante des machines*** » dit P9.

L'utilisation d'Internet pour la santé est assez variable selon les patients. Globalement, ils savent tous qu'il faut rester prudent dans cette pratique mais certains l'utilisent malgré tout. P10 ne veut pas « ***trop interpréter*** » elle-même et centre ses recherches sur un seul site qu'elle estime fiable, celui du magazine de la santé, « ***seulement par intérêt*** ». P9 utilise Internet pour se renseigner sur la composition des médicaments. P4 et P14 y ont parfois eu recours par peur face à certains symptômes, en cherchant les informations sans filtre via des moteurs de recherches classiques : « ***on a la tentation quand on a quelque chose d'aller voir un peu*** » dit P4.

Enfin, la question des autotests n'a finalement été abordée qu'avec P3 (étudiante infirmière de 31 ans), qui « **trouve ça intéressant mais ... un peu dangereux** ».

12. Automédication, médecines alternatives

En terme d'automédication pure, la plupart des patients ont tendance à prendre seuls les médicaments dits « **courants** » (P2, ancienne technicienne de laboratoire de 82 ans) : antidouleurs, traitements symptomatiques des infections ORL, antidiarrhéiques, vitamines... avant d'aller voir le médecin. « **Comme la plupart des Français** » estime P13 (responsable commerciale de 46 ans). P4 (femme de 60 ans travaillant dans l'aide à la personne, actuellement en invalidité) « **essaye de voir un peu, d'aller à la pharmacie** ».

P13bis (homme de 53 ans en reconversion professionnelle) admet que dans ces cas-là il « **joue un peu à l'apprenti sorcier parfois** ». Il soulève néanmoins le problème des « **mauvais comportements** » que peut engendrer l'impression de trop bien se connaître et le risque de passer à côté de quelque chose en ne prenant d'avis médical.

P15 (technico-commercial de 42 ans), lui, déclare ne jamais prendre de médicaments, de sa propre initiative.

D'une façon générale, l'automédication ne concerne pas le traitement habituel des patients interrogés. P10 (ancienne infirmière de 72 ans) explique qu'il ne modifie « **sûrement pas** » son traitement lui-même et qu'il préfère « **demander au médecin** ».

Seul P8 (ancien chauffeur-routier de 69 ans) semble oser modifier seul son traitement, notamment ses diurétiques : « **ça j'arrive à le gérer moi-même à peu près** ».

En ce qui concerne les médecines dites alternatives, finalement, très peu de patients disent ne jamais y avoir recours du tout (P1 (directeur commercial de 55 ans) et P8).

Pour les autres, ils pratiquent cela avant d'aller voir le médecin (« **on essaye le naturel avant** » dit P12 (agent des routes de 51 ans)), en particulier pour éviter de prendre des traitements plus forts : « **je n'ai pas envie de rajouter encore un médicament. Comme j'ai un traitement lourd pour la tension, j'estime que c'est suffisant** » dit P11 (ancienne puéricultrice de 83 ans), ou en parallèle de la médecine traditionnelle « **pour compléter en douceur ce qui a été fait** » (P13).

À plusieurs reprises, nous notons que d'une façon générale, les patients assimilent ces pratiques à une idée de relaxation et de bien-être : « **anti-stress, parce que ça nous oblige à nous poser d'une part, et puis c'est un instant de détente** » (P13). De cette façon, P8 va même jusqu'à considérer ses voyages comme un traitement à part entière : « **en camping-car je me sens tellement bien qu'il n'y a plus de malade** ».

La notion d'écoute de son corps rentre également en compte pour plusieurs patients : « **je me suis rendue compte que si je dors mal pendant une ou deux nuits, la troisième nuit je dors, alors je préfère éviter de prendre des soporifiques** » (P11), « **mon corps me dit un peu quand je dois aller voir l'ostéopathe** » (P15)

Plusieurs patients fréquentent les magasins bio (P9 (ancienne infirmière de 63 ans) y commande de la propolis) et ont recours aux compléments alimentaires : levure de bière et son d'avoine pour P6 (ancienne comptable puis vendeuse de 70 ans), noix, amandes et pépins de courges pour le magnésium, et également levure de bière pour les cheveux pour P7 (retraîtée de 75 ans, veuve de gendarme).

P11 fait du yoga et P12/12bis (respectivement agent des routes de 51 ans et agent de production de 54ans) du shiatsu, de la réflexologie plantaire et de la gym douce, pour lutter contre les douleurs et le stress.

P15 (technico-commercial de 42 ans) pratique la naturopathie.

P13/13bis (respectivement responsable commerciale de 46ans et homme de 53 ans en reconversion professionnelle) ont été bluffés par les services d'un toucheur pour soulager les brûlures de leur fille.

L'acupuncture semble un peu moins attractive : P6 dit qu'une fois elle avait été « **mal piquée** » et qu'elle garde « **des douleurs à cet endroit-là** », P4 (femme de 60 ans travaillant dans l'aide à la personne, actuellement en invalidité) semble craintive : « **les aiguilles, je ne sais pas, il paraît que ça ne fait pas mal mais bon..., ça fait quand même pas mal de piqûres alors je ne sais pas...** ».

P13 a tenté l'hypnose pour arrêter de fumer, sans grand résultat.

P3 (étudiante infirmière de 31 ans) utilise les huiles essentielles en première intention : « **quand j'ai mal à la tête, je prends un peu de menthe poivrée avant de prendre du Doliprane© par exemple** ». P15 en utilise beaucoup également, mais davantage en traitement préventif.

Certains patients ont recours à la phytothérapie pour divers soucis de santé. P4 prend des gélules à base de plante pour ses soucis de sommeil, P6 (ancienne comptable puis vendeuse de 70 ans), souhaite utiliser le Ginkgo Biloba pour soulager ses maux de tête, car elle pense que ça améliore « **la circulation cérébrale** », et P7 (retraîtée de 75 ans, veuve de gendarme) a eu un résultat concluant pour « **une veine qui était un peu**

bouchée ». Plusieurs patients utilisent les plantes sous forme de tisanes, en demandant le plus souvent des conseils auprès d'un herboriste : P12 (agent des routes de 51 ans) les utilise pour les vers, P13 responsable commerciale de 46 ans) les a utilisées pour traiter les infections urinaires récidivantes de sa fille. Selon P7, la phytothérapie semble être inoffensive : « ***je me suis dit que finalement je ne risquais rien, c'est des plantes, alors j'ai tenté*** ».

L'ostéopathie, parfois assimilée à la kinésithérapie par les patients, semble être fréquemment pratiquée pour les problèmes algiques.

L'homéopathie est également une des médecines alternatives les plus fréquemment citées par les personnes interrogées, notamment en traitement préventif ou symptomatique des infections hivernales (P15) et de la grippe (P4 et P12), le traitement des douleurs (P11, ancienne puéricultrice de 83 ans), pour perdre du poids, ou pour régler des soucis de tension (P13). P6 (ancienne comptable puis vendeuse de 70 ans), elle, a utilisé l'homéopathie pour réduire les effets secondaires de la chimiothérapie pour son cancer du sein. Elle estime que grâce à ça elle n'a eu aucun effet secondaire, et c'est ce qui l'a « ***sauvée*** ».

Ceux qui pratiquent l'homéopathie ont généralement été conseillés, au moins initialement, par un homéopathe. P12bis (agent de production de 54 ans) estime d'ailleurs que le manque d'homéopathes à proximité de chez elle est un frein.

Enfin, globalement, les patients qui déclarent avoir recours aux médecines alternatives semblent convaincus par les résultats obtenus. P12bis déclare « ***j'ai confiance dans ce genre de médecine*** ».

P13 résume : « ***il ne faut pas forcément chercher d'explication, mais si ça peut aider c'est tant mieux. La médecine est la base de tout, ensuite il peut y avoir des ramifications qui peuvent apporter un complément.*** »

DISCUSSION

Atouts et limites de l'étude

L'approche qualitative de cette étude permet d'illustrer la perception de l'HTA par les patients, leur pratique de l'AMT d'une façon générale, leur ressenti par rapport à cette pratique et l'impact sur la relation médecin - malade dans la prise en charge de l'HTA. Elle permet également de faire un parallélisme entre la pratique de l'AMT et le rapport des patients avec l'automédication, les médecines alternatives et la santé connectée.

La relative variabilité de l'échantillon et la saturation des données ont été des atouts.

Cette étude a toutefois des limites.

Le recrutement des patients en direct par l'enquêtrice elle-même, notamment au cabinet, de certains patients vus en consultation auparavant, a pu engendrer la crainte de jugement.

Parmi les patients recrutés, un grand nombre a bénéficié, de façon plus ou moins poussée, d'une formation en lien avec la santé (**Cf. Annexe 6 : Caractéristiques de l'échantillon**). Nous pouvons alors imaginer que ces personnes sont plus sensibilisées et donc plus enclines à s'investir dans leur suivi.

L'échantillon est également inéquitable en matière de répartition hommes / femmes (2/3 de femmes) : est-ce un hasard ou les femmes sont-elles plus préoccupées par leur santé ? Selon une étude menée par le Ministère de la Santé en 2013 (69), les femmes seraient plus sensibles à leur santé et aux messages de prévention. Cela pourrait être dû à leur rôle de « gestionnaire de la santé du groupe familial » qui contribue à leur proximité avec le système de santé, tout comme le suivi gynécologique.

Le recrutement des patients a globalement été très difficile. On peut émettre plusieurs hypothèses pour expliquer cela : réticence des patients par manque de temps ou par crainte d'une « intrusion » dans leur vie privée, manque d'intérêt pour l'étude, affiches non remarquées ou pas assez attirantes, manque d'implication des pharmaciens pour présenter l'étude, faible débit de vente de tensiomètres pour les petites pharmacies...

Par ailleurs, la restriction des lieux de recrutements (cabinet médical et pharmacies) a pu constituer un frein au recrutement. Un recrutement dans d'autres types d'endroits (magasins d'électroménager, grandes surfaces, boutiques bien-être...) aurait été intéressant pour notre étude, mais cela n'a malheureusement pas été possible. Peut-être aurions-nous pu tenter un recrutement plus large dans un lieu neutre, non en lien avec la santé (voie publique par exemple), mais étant donnée la réticence des patients lors du recrutement en pharmacie, il est probable que l'on se serait heurté à une réticence encore plus grande dans un lieu neutre et public.

Enfin, le manque d'expérience de l'enquêtrice a probablement conduit certains entretiens à être plus directifs, surtout au début, même si la réalisation d'un entretien test a permis de limiter cela.

Définition de l'HTA

La définition exacte de l'HTA est globalement mal connue par les patients interrogés, y compris par les personnes ayant eu une formation médicale. Ils savent tous que le contrôle de leur tension artérielle est important, mais pour la plupart, sans savoir précisément pourquoi.

Nous observons des définitions très variées. Certains la définissent par son mécanisme (c'est la représentation culturelle du corps « machine » décrite par Christine Durif-Bruckert, chercheuse en psychologie sociale et en anthropologie sur les questions du corps, de la santé et des soins (70), selon laquelle le corps est composé de pièces qui s'emboîtent et s'articulent, avec une armature constituée de nerfs et de muscles, et fonctionnant grâce à une énergie correspondant à un fluide magnétique électrique transporté par les nerfs et le sang), d'autres par les symptômes qu'elle engendre, certains encore la définissent par ses causes (en particulier hérédité et défaut « d'entretien » du corps machine), d'autres par ses risques (cardiovasculaires), ou encore par les contraintes qu'elle crée (avec en particulier la notion de fardeau du traitement (19)).

Finalement, dans l'esprit du grand public comme dans la littérature (9), la définition de l'HTA présente de multiples facettes. Comme nous l'avons vu dans notre introduction, cette variabilité dépend notamment du point de vue et des intérêts de chacun. Il n'y a pas une seule et unique définition de l'HTA.

Prise en charge de l'HTA

Les sujets interrogés ont globalement tous conscience de l'intérêt d'une bonne hygiène de vie, et de la nécessité de s'y impliquer, même s'ils ont parfois du mal à s'y astreindre.

Les recommandations actuelles (8) accordent une place prépondérante aux mesures hygiéno-diététiques dans la prise en charge de l'HTA. Si les patients interrogés insistent sur la limitation de leurs apports lipidiques et la pratique d'une activité physique régulière, ils évoquent peu les autres mesures hygiéno-diététiques telles que la limitation des apports sodés et de la consommation d'alcool, ou encore l'arrêt du tabac. Les patients sont-ils bien informés de l'intérêt de ces mesures pour la prise en charge de leur HTA ? Est-ce le fait que ces mesures sont trop contraignantes aux yeux des patients (pour certains il est peut-être plus simple d'avaler un comprimé que de faire attention à leur hygiène de vie) ? Il n'est pas impossible non plus que certains médecins insistent peu à ce sujet, car il est peut-être plus simple et plus rapide pour eux de faire une ordonnance de médicament. Une étude menée par Anne Véga (anthropologue) (71) montre en effet les tendances culturelles favorables aux ordonnances (8 consultations de médecine générale sur 10 se terminent par une ordonnance). Les médecins généralistes semblent avoir une confiance parfois un peu « aveugle » dans les produits prescrits et une représentation « optimiste » de ces produits. Les prescriptions

médicamenteuses seraient faites en l'absence d'alternatives thérapeutiques valorisées et apprises en faculté, mais auraient également un rôle rassurant pour les prescripteurs qui auraient peur de « passer à côté de quelque chose ». Par ailleurs, ces prescriptions médicamenteuses seraient, pour certains, un moyen de contourner des difficultés de relation avec leurs patients.

D'autre part, si certains se disent plus investis, notre étude n'a pas permis de réellement montrer si l'implication des patients pratiquant l'AMT, était meilleure par rapport aux patients ne pratiquant pas l'AMT, dans la prise en charge de leur HTA, et de leur santé en général. La notion d'implication est en réalité difficile à objectiver. Néanmoins, on peut constater que la pratique de l'AMT ne semble pas amener les patients à une excellente connaissance de l'HTA et de ses modalités de prise en charge.

Pratique de l'AMT

Si certains pratiquent l'AMT sur les conseils d'un médecin, d'autres ont décidé de contrôler leur tension de leur propre initiative : par simple curiosité pour certains (besoin de mise en chiffre de soi-même, de se mesurer pour se sentir en bonne santé (63)) ou encore par volonté d'émancipation pour d'autres.

Chacun semble avoir un peu sa façon de faire, notamment en termes de régularité de contrôle. La « règle des 3 » recommandée par la SFHTA semble assez mal respectée dans son intégralité. Le temps de repos préalable n'est pas toujours respecté non plus. Si certains évoquent simplement un manque de temps, d'autres ne semblent pas informés de ces recommandations.

Mais, dans ce cas, les résultats d'AMT sont-ils réellement interprétables ? Une meilleure information des patients pourrait donc potentiellement réduire ces variabilités individuelles.

La vidéo explicative du site www.automesure.com peut être un support intéressant pour aider les patients à réaliser correctement leur AMT.

Enfin, bien que la meilleure représentativité de l'AMT par rapport aux mesures effectuées au cabinet médical soit incontestable d'après la littérature, on peut noter que les patients interrogés ne sont pas tous d'accord sur les différences observées entre ces 2 types de mesures. Certains estiment que l'AMT est plus juste que la TA prise au cabinet : la notion de « savoir absolu » du médecin est alors remise en question, et le patient est davantage considéré dans sa globalité, dans sa vie quotidienne. D'autres ne voient pas de différence entre les deux mesures. Une patiente estime même que la TA prise au cabinet est plus précise que celle qu'elle prend elle-même à son domicile, par manque de confiance envers les tensiomètres électroniques selon elle, bien que de plus en plus de médecins utilisent eux-aussi des tensiomètres électroniques en consultation.

Achat du tensiomètre

La majorité des patients ont acheté leur tensiomètre en pharmacie, une personne l'a acheté en supermarché lors d'une campagne promotionnelle, aucun ne l'a acheté sur internet.

L'achat en supermarché pose d'une part le problème de la fiabilité de l'appareil, et d'autre part le problème du manque de conseils associés, pour le choix de l'appareil, mais aussi pour la pratique de l'AMT et pour la prise en charge de l'HTA d'une façon générale. Par ailleurs, l'achat de biens de santé en supermarché témoigne de la marchandisation de la santé, phénomène en pleine expansion dans notre société de consommation. Tout cela a déjà été décrit par Van der Geest et al. (72) vis-à-vis du médicament qui, dans ce contexte de marchandisation de la santé, échappe à certaines réglementations. Tout comme pour le tensiomètre, le consommateur n'a de ce fait plus de garantie sur sa qualité, et les conseils sur son utilisation sont limités.

La question du libre accès aux médicaments a été étudiée par Sylvie Fainzang (73). Les avis des usagers par rapport à cela semblent un peu mitigés. Si certains craignent une banalisation du médicament et les risques liés à l'absence de contrôle du pharmacien, d'autres estiment que « le rôle du pharmacien « conseil » est un mythe », et apprécient de pouvoir choisir eux-mêmes, refusant l'infantilisation qu'impliquait pour eux l'impossibilité d'avoir accès aux médicaments librement auparavant. Si on généralise ces conclusions, le libre accès aux produits de santé favoriserait donc l'autonomie des patients.

Réalisation de l'AMT d'un point de vue technique

Même si les patients ne semblent pas être en difficulté face à la réalisation technique de l'AMT, nous pouvons nous étonner de constater qu'ils semblent souvent un peu livrés à eux-mêmes pour apprendre cela.

Nous pouvons nous interroger sur la place du médecin généraliste dans cet apprentissage. Le manque de temps est l'un des principaux freins relevé par les médecins (41)(43). La délégation de cette tâche à de tierces personnes peut dans ce cas être une alternative. Les infirmiers peuvent par exemple répondre à cela, en lien avec les médecins généralistes, à travers le dispositif Asalée (Action de Santé Libérale en Equipe) ou la pratique avancée (74). Le développement des assistants médicaux évoqué récemment par le gouvernement pourrait également répondre à cette problématique (75). Le site internet www.automesure.com propose par ailleurs une vidéo explicative sur l'AMT, qui peut être conseillée par les professionnels de santé pour permettre à leurs patients une autoformation à domicile.

Parallèlement aux freins matériels à l'apprentissage de l'AMT, il semble également que certains médecins aient du mal à accepter « l'empowerment » des patients que représente l'AMT, vécu comme une atteinte à leur pouvoir médical et à leur liberté d'exercice (76). Il est donc nécessaire que ces médecins changent leur point de

vue sur cette pratique paternaliste de la médecine afin de la faire évoluer, en accordant plus de place à l'autonomie des patients.

Interprétation des résultats d'AMT

Nous pouvons, là encore, nous étonner de constater que les personnes n'ayant pas reçu de formation médicale ou paramédicale spécifique ne connaissent pas leur seuil d'HTA. Finalement, il semble assez fréquent que les patients contrôlent leur tension sans comprendre les résultats.

Il se pourrait que certains patients n'aient pas de réel souhait de comprendre leurs résultats. Wallston et Wallston (77) ont décrit en 1978 le concept de « lieu de contrôle » concernant le comportement face à la santé. Si certains patients sont décrits comme « contrôleurs internes », désirant jouer un rôle dans leur prise en charge, d'autres sont qualifiés de « contrôleurs externes », ne désirant pas réellement jouer un rôle dans la prise en charge de leur propre santé, préférant l'intervention d'une tierce personne, du médecin.

Certains patients évoquent un manque d'information. L'autonomie des patients est de ce fait un peu limitée puisque les patients sont finalement peu nombreux à savoir interpréter leurs résultats sans l'aide d'un professionnel de santé. Il y a donc probablement un progrès à faire en matière d'éducation thérapeutique dans ce domaine, en particulier lorsque l'AMT est prescrite par le médecin, ou lorsque le patient achète son appareil en pharmacie : le médecin et le pharmacien pourraient probablement informer davantage leurs patients, quitte à utiliser un support (fiche conseil ou page internet par exemple) pour les y aider et limiter l'aspect chronophage de cet apprentissage. Mais cette éducation thérapeutique nécessite de définir au préalable la démarche dans laquelle s'inscrit l'AMT : contrôle de l'observance, lutte contre l'inertie thérapeutique, ajustement aux besoins du patient, empowerment du patient... Là encore, la délégation de tâche à de tierces personnes pourrait être une alternative. Il resterait toutefois à réfléchir à un moyen d'information pour les patients qui pratiquent l'AMT de leur propre initiative et achètent leur appareil en ligne ou dans des enseignes non spécialisées.

Certains appareils donnent une indication d'interprétation (par code couleurs ou oralement) qui peut orienter les patients, même si cette interprétation n'est pas personnalisée. Nous pourrions éventuellement imaginer que de futurs appareils enregistrent les données propres à chaque patient (âge, facteurs de risque...) afin de donner une interprétation individualisée grâce à un algorithme.

Le site Hy-Result (78) utilise justement ce principe d'algorithme et pourrait s'avérer utile pour aider les patients à l'aise avec l'informatique à comprendre et interpréter leurs résultats au cas par cas.

Nous notons par ailleurs que, dans la plupart des cas, les résultats obtenus entraînent une réflexion personnelle de la part des patients pour expliquer les chiffres obtenus, selon leur modèle explicatif de la maladie, phénomène décrit par Kleinman (79) dans les années 1980. Selon lui, dans toute culture, l'individu cherche à définir l'étiologie, le moment, et le contexte d'apparition de sa maladie, sa physiopathologie, son évolution et son traitement. Dans notre étude, bien que les patients ne comprennent pas précisément leurs résultats, ils cherchent à les analyser, et à en expliquer les variations en fonction de leur comportement ou du contexte dans le lequel ils se trouvent (surmenage, constipation, situation de stress...). Nous pouvons finalement aussi rapprocher cela du « self-tracking » (curiosité et mesures sur soi) décrit en introduction (63). Il est donc important que les soignant interrogent leurs patients sur l'ensemble de leurs croyances par rapport à un problème de santé donné (nature du problème, causes, contexte d'apparition, physiopathologie, évolution, traitements) afin d'adapter leur prise en charge à leur culture et à leurs conceptions de la santé.

Enfin, les résultats d'AMT renvoient à la complexité du normal et du pathologique décrite par Georges Canguilhem en 1943 (80). Certains patients semblent en effet se créer leurs propres « normes », sans réellement accorder d'importance aux seuils officiels. Les normes sont construites par l'ordre social pour répondre à une exigence de rationalisation. Pour autant, les dérèglements intérieurs que nous pouvons connaître ne sont pas forcément synonymes de pathologie. De plus, les normes et les seuils d'HTA varient selon les recommandations, ce qui montre également que la norme n'est pas intangible. Le normal et le pathologique doivent donc être appréhendés de manière globale. Ainsi, l'AMT pourrait être l'occasion de définir pour le patient un objectif de TA personnalisé avec son médecin.

Réaction face aux mauvais résultats

De mauvais résultats entraînent souvent une modification de comportement des sujets interrogés : « *je reste tranquille, zen* » (P4, femme de 60 ans travaillant dans l'aide à la personne, actuellement en invalidité), « *se poser, prendre le temps, arrêter de courir* » (P1, directeur commercial de 55 ans). Ceci est plutôt positif car il s'agit de l'un des objectifs de l'autosurveillance, et de l'éducation thérapeutique en général, qui vise à faire acquérir au patient des compétences d'auto-soin et d'adaptation par rapport à son état de santé.

Par ailleurs, à juste titre puisque la TA n'est pas une donnée figée, les patients ont le réflexe de faire un deuxième contrôle en cas de mauvais résultat. Il se pourrait qu'ils aient acquis ce réflexe en observant l'attitude du médecin en consultation, qui réalise une deuxième mesure après quelques minutes de repos en cas de chiffres élevés.

Vécu de l'AMT

En règle générale, les sujets interrogés ne semblent pas angoissés et sont même plutôt rassurés par l'AMT. Ces données sont en accord avec celles retrouvées dans la littérature (41)(43)(57). Ils ne paraissent pas se sentir davantage « malades » à travers cette pratique.

Une patiente en revanche avoue être angoissée par cela, car cela la renvoie aux difficultés d'adaptation de traitement qu'elle a connues auparavant qui la faisaient se sentir « malade ». Nous pouvons alors nous demander si l'AMT était vraiment indiquée dans son cas, puisqu'elle est théoriquement déconseillée chez les patients anxieux.

Les patients disent globalement ne pas trouver l'AMT contraignante. Néanmoins, d'une part ils semblent rarement respecter l'intégralité du protocole (3 mesures matin et soir pendant 3 jours pourraient être plus contraignantes qu'une seule mesure de temps en temps) et d'autre part il se pourrait que certains patients n'aient pas osé avouer qu'ils trouvaient cela contraignant, par crainte de jugement de la part de l'enquêtrice.

Néanmoins un patient trouve l'AMT contraignante et cela renvoie à la notion de fardeau du traitement (19). Cette notion regroupe l'ensemble des choses que le patient doit faire pour prendre en charge sa santé (prise de traitements, contrôles cliniques et biologiques, consultations, modification du mode de vie...) et qui peuvent devenir un véritable « fardeau » pour certains : investissement de temps, d'attention, d'énergie... parfois mal vécu et altérant leur qualité de vie.

Impact de l'AMT sur la relation médecin-malade

L'AMT semble globalement avoir un impact positif sur la relation médecin – malade. Selon les patients interrogés, elle favorise les échanges, elle permet une prise en charge conjointe de l'HTA par le médecin (généraliste ou spécialiste) et par le patient lui-même, dans un climat de confiance réciproque (*« c'est un travail d'équipe »* dit P9, ancienne infirmière de 63 ans), et pour certains, elle permet également d'améliorer l'adhésion aux soins.

Malgré tout, nous pouvons constater que certains patients communiquent peu avec leur médecin aux sujets de leurs résultats, avec un sentiment de manque de considération ou d'attention de la part de ce dernier, et parfois une crainte de déranger le médecin. En réalité, ces difficultés de communication représentent un des enjeux majeurs de la complexe relation médecin – patient en général. À nouveau, la possibilité d'avoir recours à une tierce personne en complément du médecin (un infirmier par exemple), qui jouerait un rôle de médiateur, de porte-parole, pourrait être bénéfique pour ces patients.

D'autre part, les expériences thérapeutiques faites par certains patients sur eux-mêmes dans ce contexte d'AMT (P5, femme de 85 ans, ancienne assistante sociale ayant fait des études d'infirmière : « *je me suis dit que j'allais faire un test : j'ai arrêté ce médicament tout en continuant à surveiller ma tension* ») doivent attirer l'attention. Il faut à la fois respecter l'autonomie des patients, et leurs stratégies pour maîtriser les risques et accroître l'efficacité des traitements, et à la fois veiller à ce qu'ils ne se mettent pas en danger, en échangeant régulièrement avec eux sur leurs pratiques et en fixant ensemble les objectifs et les limites éventuelles à cette autogestion. Plutôt que de s'opposer à ces pratiques, il est préférable de les accompagner intelligemment (73).

Patient expert

Les patients apprécient globalement de mieux se connaître et mieux se comprendre grâce à l'AMT. Le concept de « patient expert » est le produit de trois faits de la société : la critique de l'expert scientifique (liée, d'une part au fait que la médecine n'est pas une science exacte et que l'expert scientifique a une compétence profonde mais limitée, et accentuée d'autre part par certains scandales médiatisés, renvoyant une image du médecin comme parfois corrompu et soumis aux intérêts de l'industrie), la diffusion du savoir favorisée notamment par les nouvelles techniques de communication, et l'existence d'un savoir expérientiel acquis par les patients (81). Dans notre étude, sans se sentir réellement « experts », les sujets interrogés acquièrent ainsi une certaine « connaissance experte » d'eux-mêmes (notion de « self-tracking » décrite en introduction, amenant les patients à une réflexion sur eux-mêmes). L'un des patients interrogés devient même un peu « expert pour les autres », en supervisant les surveillances tensionnelles de sa compagne.

Autosurveillance, autotests, santé connectée

Malgré l'essor de la santé connectée relaté dans notre introduction, les patients interrogés semblent peu adeptes de l'autosurveillance ou des objets connectés. Les patients les plus jeunes semblent néanmoins un peu plus attirés par cela : phénomène de mode ? Nouvelles technologies difficiles à utiliser pour les sujets âgés non-initiés ?

L'utilisation d'Internet pour la santé est très inégale selon les sujets. Si certains semblent l'utiliser avec précautions, en limitant leurs sources, d'autres ne semblent pas avoir de filtres. D'après une thèse menée par Guillaume Nogues en 2013 (82), les patients accordent une plus grande confiance aux sites affiliés au Ministère de la santé ou encore aux témoignages de patients, mais ils semblent consulter le plus souvent des sites commerciaux lorsqu'ils recherchent une information médicale. Le code HON (Health On the Net) (83) permettait de certifier les informations médicales fiables sur Internet, mais était peu connu et peu utilisé par les patients, et a donc finalement été abandonné (84). Ces derniers sont demandeurs d'être davantage guidés par leur médecin dans leurs recherches médicales sur Internet. Les médecins pourraient de ce fait conseiller à leurs patients des sites Internet fiables et qui leur semblent pertinents, afin d'orienter leurs recherches. Le site Kitmedical.fr a été créé par le Dr Bammert,

médecin généraliste, pour centraliser les outils fiables d'aide à la consultation pour le médecin généraliste. Certains des sites répertoriés, regroupés dans la rubrique « infos patients » (85), peuvent tout-à-fait être conseillés aux patients.

Enfin, la question des autotests n'a finalement été abordée qu'avec une seule patiente. L'occasion ne s'est pas présentée spontanément au cours des autres entretiens.

Automédication, médecines alternatives

Face à cet essor du « je fais moi-même », nous avons cherché à savoir si les sujets pratiquant l'AMT pratiquaient également l'automédication. La plupart des sujets interrogés pratiquent facilement l'automédication, en particulier pour les traitements symptomatiques des « petits maux courants ». Ceci est à la fois une bonne chose pour éviter de trop surcharger les cabinets médicaux, mais peut à la fois représenter un risque pour le patient : risque de méconnaître un diagnostic potentiellement grave, et risque de prendre un traitement inadapté (dosages différents selon les personnes, contre-indications à respecter...). Les travaux réalisés par Brutus et al. en 2017, « Se soigner par soi-même », montrent que les patients pratiquent en réalité l'automédication de façon assez raisonnable. Ils font une sorte de « bricolage » fondé sur l'expérience, en tenant compte des conseils et prescriptions des professionnels de santé (86). Une bonne communication entre le médecin et son patient est donc indispensable pour accompagner au mieux ces pratiques, tout en respectant l'autonomie du patient (73).

La grande majorité des sujets interrogés ont (ou ont déjà eu) également recours aux médecines alternatives en complément de la médecine traditionnelle. D'après les travaux de Brutus et al. sur l'automédication, le médicament aurait une connotation négative du fait de sa composition chimique, des abus de certains laboratoires pharmaceutiques, et de la notion de faiblesse et de dépendance à laquelle il renvoie. A l'inverse, le naturel serait synonyme de faible risque. En réalité, la majorité des patients semble « bricoler » avec ces deux types de soins. Ils semblent, là encore, s'appuyer sur l'expérience (savoirs liés à l'écoute et à la connaissance de soi, mais aussi conseils de l'entourage, habitudes locales et communautaires et informations reçues par les médias) pour utiliser les médecines alternatives, de façon plutôt raisonnable, en ayant recours aux professionnels de santé en cas de besoin (certains patients font même valider ces pratiques par leur médecin avant d'y avoir recours). Ces formes d'auto-soins peuvent d'ailleurs aussi être pratiquées par des personnes bien portantes, simplement désireuses de prendre soin d'elles-mêmes. Toutefois les risques encourus semblent parfois mal mesurés par certains patients, comme notre patiente qui a utilisé la phytothérapie pour traiter sa thrombose veineuse, sur les conseils d'une amie.

Enfin, il est donc important que les médecins d'aujourd'hui prennent en compte ces différents éléments dans leur pratique quotidienne, car ces usages semblent être de plus en plus courants. Il est du devoir des médecins de questionner leurs patients sur leurs usages en matière d'automédication et de médecines alternatives. Ils pourront de ce fait, informer leurs patients sur ces pratiques et les mettre en garde sur les éventuels risques encourus (devoir d'information de la part des médecins). Ils pourront également

intégrer ces pratiques dans la prise en charge globale de leurs patients, en complément de leurs ordonnances.

CONCLUSION

Avec plus d'un quart de la population mondiale adulte hypertendue, l'HTA est devenue une priorité de santé mondiale, au cœur de nombreux débats.

Comme toute maladie chronique, l'HTA et ses traitements sont parfois difficiles à comprendre et à accepter pour les sujets atteints.

L'AMT est aujourd'hui recommandée pour le diagnostic puis pour le suivi des patients hypertendus, malgré une réticence de la part de certains médecins.

Cette démarche d'AMT s'inscrit dans un contexte d'émergence du « quantified-self » et de quête d'autonomie de la part des patients, associées à un essor de la santé connectée, susceptible de bouleverser la relation médecin-malade.

Selon notre étude, les modalités de pratiques de l'AMT semblent très diversifiées selon les patients, ce qui remet en question sa fiabilité et sa reproductibilité.

Les patients pratiquant l'AMT ne semblent pas avoir une meilleure connaissance de l'HTA en général et de sa prise en charge. En revanche, ils sont globalement plutôt rassurés par cette pratique, qui semble leur permettre une meilleure connaissance d'eux-mêmes.

L'AMT permet à certains de gagner en autonomie et à d'autres d'avoir de meilleurs échanges avec leur médecin.

Les patients pratiquant l'AMT semblent avoir fréquemment recours à l'automédication et aux médecines alternatives, mais ils sont peu nombreux à pratiquer d'autres types d'autosurveillance, et semblent peu adeptes de la santé connectée en général.

Finalement, cette étude montre que l'AMT doit s'inscrire dans une prise en charge globale du patient, basée sur la communication. Le médecin doit interroger son patient sur ses habitudes et ses pratiques, et lui donner des informations et conseils personnalisés pour la pratique de l'AMT, pour son HTA et sa santé d'une façon générale. Pour cela, le médecin peut s'aider de supports papiers ou informatiques, ou encore, si besoin, faire appel à une tierce personne pour compléter sa prise en charge.

Il pourrait être intéressant de proposer une étude similaire chez des patients suivis avec le dispositif Asalée (Action de Santé Libérale en Equipe) par exemple, afin de comparer les résultats obtenus. Ces patients comprennent-ils mieux ce qu'est l'HTA et connaissent-ils mieux leurs seuils ? Pratiquent-ils l'AMT en suivant davantage les recommandations actuelles ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet*. 15 janv 2005;365(9455):217- 23.
2. Imothep Médecine Sciences. Histoire de la mesure de la pression artérielle [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.automesure.com/Pages/mesure-novembre/mesure-novembre.html>
3. Ménard J. Les va-et-vient de l'histoire de l'hypertension artérielle. *Rev Prat*. mai 2010;60.
4. Postel-Vinay N. Seuils et cibles de pression artérielle : chiffres sous influences. *HTA Info* [Internet]. nov 2010;(29). Disponible sur: <http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/09/seuils-PA-npv-2010.pdf>
5. Silbernagl S, Despopoulos A. Coeur et circulation. In: Atlas de poche de physiologie. Médecine-Sciences Flammarion; 2006.
6. Attias D, Besse B, Lellouche N. Hypertension artérielle essentielle de l'adulte. In: *Cardiologie vasculaire*. Vernazobres Grego. 2010. (KB Médecine - ECN).
7. Collège des enseignants de cardiologie et maladies vasculaires. Item 221 : Hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2012. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/cardiologie-et-maladies-vasculaires/enseignement/cardio_130/site/ressources/styles/index.css
8. Haute Autorité de Santé (HAS), Société Française d'Hypertension Arterielle (SFHTA). Algorithme : Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte, hors grossesse [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/algorithme_hta.pdf
9. Asmar R. Pression artérielle. Régulation et épidémiologie. Mesures et valeurs normales. In: *Néphrologie et thérapeutique*. 2007. p. 163- 84.
10. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Hypertension artérielle [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/hypertension-arterielle>
11. Fondation de Recherche sur l'HyperTension Artérielle (FRHTA). Tout sur l'hypertension [Internet]. 2004. Disponible sur: http://www.frhta.org/tout_sur_l_hypertension.php
12. Comité Français de Lutte Contre l'HTA, Girerd X. Etude HTA Flash 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.comitehta.org/wp-content/uploads/downloads/2015/12/Flash-2015_Partiel.pdf

13. Saiz LC, Gorricho J, Garjón J, Celaya MC, Erviti J, Leache L. Blood pressure targets for the treatment of people with hypertension and cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018;(7). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010315.pub3/abstract>
14. Brunström M, Carlberg B. Association of Blood Pressure Lowering With Mortality and Cardiovascular Disease Across Blood Pressure Levels: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 1 janv 2018;178(1):28- 36.
15. Bangalore S, Toklu B, Gianos E, Schwartzbard A, Weintraub H, Ogedegbe G, et al. Optimal Systolic Blood Pressure Target After SPRINT: Insights from a Network Meta-Analysis of Randomized Trials. *Am J Med*. 1 juin 2017;130(6):707-719.e8.
16. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le défi des maladies chroniques [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report_fre.pdf
17. Assal J-P. La maladie chronique : une autre gestion, une autre prise en charge. In: *Encycl Méd Chir, AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine*. Elsevier. 1998.
18. Grimaldi A. La maladie chronique. *Trib Santé*. 2006;no 13(4):45- 51.
19. Tran V-T, Harrington M, Montori VM, Barnes C, Wicks P, Ravaud P. Adaptation and validation of the Treatment Burden Questionnaire (TBQ) in English using an internet platform. *BMC Med*. 2 juill 2014;12(1):109.
20. Haute Autorité de Santé (HAS). Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e_version_format2clics-aa_patient_mc_300414.pdf
21. Vannotti M. La relation médecin-patient. Des conditions de base à la conduite d'entretien [Internet]. Disponible sur: <http://www.cerfasy.ch/cours-en-ligne/mod%C3%A8le-bio-m%C3%A9dical-et-mod%C3%A8le-bio-psycho-social/la-ph%C3%A9nom%C3%A9nologie-son-int%C3%A9r%C3%AAt-dans-une-conception-syst%C3%A9mique-de-lhomme-malade/la-relation-m%C3%A9decin-patient-des-conditions-de-base-%C3%A0-la-conduite-dentretien>
22. Peljak D. L'éducation thérapeutique du patient : la nécessité d'une approche globale, coordonnée et pérenne. *Santé Publique*. 23 juin 2011;Vol. 23(2):135- 41.
23. Fondation de Recherche sur l'HyperTension Artérielle (FRHTA). HTA et automesure [Internet]. Disponible sur: http://www.frhta.org/hta_et_autom mesure.php#corps
24. Fiessinger J-N, Postel-Vinay N, Bobrie G. Recommandations concernant l'automesure tensionnelle | Académie nationale de médecine [Internet]. Académie Nationale de Médecine; 2010 mars p. 663- 6. Disponible sur: <http://www.academie->

medecine.fr/publication100036153/

25. Automesure de la pression artérielle à domicile : parfois utile. Prescrire. 2012;(32):526- 31.
26. Postel-Vinay N, Bobrie G. Bien mesurer la pression artérielle : recommandations pour la pratique [Internet]. Imothep médecine-sciences; 2008. Disponible sur: <http://www.automasure.com/library/pdf/bmesurer-MGv2.pdf>
27. Ruckebusch D. Thèse : Audit de pratique de l'automesure tensionnelle dans un cabinet de soins primaires de la ville de Hem et proposition d'un protocole de prise en charge pluridisciplinaire [Internet]. Lille; 2014.
28. Postel-Vinay N, Bobrie G, Ruelland A, Ménard J. Automesure tensionnelle : 5 messages à enseigner. Rev Prat - Médecine Générale. 24 nov 2003;17(632):1531- 4.
29. Isabel P. Le matériel d'autosurveillance : Autotensiomètres. Monit Pharm Form Supplément. mars 2011;(120):9- 11.
30. Frantz J, Feihl F, Waeber B. Directives pratiques de la Société européenne d'hypertension sur la mesure de la pression artérielle à domicile. Rev Médicale Suisse. 2010;1696- 9.
31. Schinazi J. Thèse : Définition du niveau tensionnel par automesure tensionnelle à domicile - Comparaison des différentes recommandations du nombre de mesures nécessaires. Paris Sud 11; 2012.
32. La revue du praticien, Automasure.com. Fiche patient : Mesurez vous-même votre pression artérielle [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.automasure.com/library/pdf/Fiche-patient-hypertension.pdf>
33. Vaisse B. L'hypertension artérielle masquée. Réal Cardiol [Internet]. mai 2006;(217). Disponible sur: <http://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/sites/2/2006/05/10.pdf>
34. Postel-Vinay N, Bobrie G. Automesure de la tension artérielle [Internet]. Imothep médecine-sciences; 2002. Disponible sur: <http://www.hy-result.com/PDF/1-Livret-tension-automasure.pdf>
35. MacManus R, Mant J, Bray EP. Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. Lancet. 2010;376:163- 72.
36. McManus RJ, Mant J, Haque MS, Bray EP, Bryan S, Greenfield SM, et al. Effect of self-monitoring and medication self-titration on systolic blood pressure in hypertensive patients at high risk of cardiovascular disease: the TASMIN-SR randomized clinical trial. JAMA. 27 août 2014;312(8):799- 808.

37. Tucker KL, Sheppard JP, Stevens R, Bosworth HB, Bove A, Bray EP, et al. Self-monitoring of blood pressure in hypertension: A systematic review and individual patient data meta-analysis. *PLOS Med.* 19 sept 2017;14(9):e1002389.
38. Haynes RB, Sackett DL, Gibson ES, Taylor DW, Hackett BC, Roberts RS, et al. Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. *Lancet Lond Engl.* 12 juin 1976;1(7972):1265- 8.
39. Cappuccio F, Kerry S, Forbes L, Donald A. Blood pressure control by home monitoring : meta-analysis of randomised trials. *Br Med J.* 2004;(329):145- 51.
40. Bobrie G, Denolle T, Postel-Vinay N. Les appareils d'automesure : fiabilité, validation, disponibilité. In: *Automesure tensionnelle - Guide pratique.* Imothep Médecine-Sciences. 2000.
41. Rousseau S. Thèse : Automesure tensionnelle pratique en soins primaires - Etude MEGAMET : Enquête téléphonique nationale auprès de 546 médecins généralistes de mai à août 2004. [Nancy]: Henri Poincaré; 2007.
42. Michenaud J. Thèse : Automesure tensionnelle en médecine générale : enquête d'opinion et de pratique auprès de 300 médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée en 2007. Nantes; 2008.
43. Tsou-Gaillet T-J. Thèse : L'utilisation de l'automesure tensionnelle par les médecins généralistes en 2009 : les recommandations de l'HAS et de l'ESH ont-elles eu un impact sur la pratique de l'automesure par rapport à l'enquête de 2004 ? - Etude MEGAMET 2 : enquête téléphonique nationale auprès de 500 médecins généralistes d'avril 2008 à mars 2009. [Nancy]: Henri Poincaré; 2010.
44. Fouassier-Gouvion L. Thèse : Intérêt et pratique de l'automesure tensionnelle dans la prise en charge des patients hypertendus en médecine générale : enquêtes de pratique et d'évaluation de l'éducation auprès des patients, enquête d'opinion auprès des médecins généralistes d'Alsace, mise en place de moyens pour améliorer la pratique. [Strasbourg]: Louis Pasteur; 2005.
45. Honoré-Zaher A. Thèse : Facteurs limitant la pratique de l'automesure tensionnelle à domicile chez les médecins généralistes : une revue de la littérature. Rouen; 2015.
46. Agarwal R, Bills JE, Hecht TJW, Light RP. Role of home blood pressure monitoring in overcoming therapeutic inertia and improving hypertension control: a systematic review and meta-analysis. *Hypertens Dallas Tex* 1979. janv 2011;57(1):29- 38.
47. Márquez Contreras E, Martel Claros N, Gil Guillén V, Martín De Pablos JL, De La Figuera Von Wichman M, Casado Martínez JJ, et al. Control of therapeutic inertia in the treatment of arterial hypertension by using different strategies. *Aten Primaria.* juin 2009;41(6):315- 23.

48. Crowley MJ, Smith VA, Olsen MK, Danus S, Oddone EZ, Bosworth HB, et al. Treatment intensification in a hypertension telemanagement trial: clinical inertia or good clinical judgment? *Hypertens Dallas Tex* 1979. oct 2011;58(4):552- 8.
49. Mallion J-M, Clerson P, Bobrie G. Predictive factors for masked hypertension within a population of controlled hypertensives. *J Hypertens*. déc 2006;24(12):2365- 70.
50. Pickering TG, Miller NH, Ogedegbe G, Krakoff LR, Artinian NT, Goff D, et al. Call to action on use and reimbursement for home blood pressure monitoring: executive summary: a joint scientific statement from the American Heart Association, American Society Of Hypertension, and Preventive Cardiovascular Nurses Association. *Hypertens Dallas Tex* 1979. juill 2008;52(1):1- 9.
51. Viera AJ, Cohen LW, Mitchell CM, Sloane PD. How and why do patients use home blood pressure monitors? *Blood Press Monit*. juin 2008;13(3):133- 7.
52. Bobrie G, Chatellier G, Genes N. Pronostic cardio-vasculaire de « l'hypertension artérielle masquée » mise en évidence par automesure tensionnelle chez des patients hypertendus âgés traités. *JAMA*. avr 2004;(4):199- 206.
53. Comité Français de Lutte Contre l'HTA. La pression artérielle : mesure, variation, interprétations et recommandations. Groupe d'évaluation et de mesures. Imothep / Maloine; 1997.
54. Sarradon-Eck A. Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues. *Sci Soc Santé*. 2007;25(2):5- 36.
55. Postel-Vinay N, Bobrie G. Place des patients dans le contrôle de leur hypertension artérielle : encourager l'autosurveillance. *Rev Prat*. 20 mai 2010;60:660- 5.
56. Bobrie G, Postel-Vinay N, Delonca J, Corvol P. Self-Measurement and Self-Titration in Hypertension : A Pilot Télémédecine Study. *Am J Hypertens*. déc 2007;20(12):1314- 20.
57. Lambert F. Thèse : Automesure tensionnelle : pratique des patients hypertendus. Saint Etienne; 2015.
58. Postel-Vinay N, Bobrie G, Asmar R. Automesure de la pression artérielle : quelle restitution par les patients ? - Enquête Autoprov. *Supplément Rev Prat*. 20 oct 2009;59:8- 12.
59. Postel-Vinay N. Smartphone et santé : juger la pertinence médicale du quantified self nécessite des évaluations. *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*. 2014;37- 42.
60. Ordre National des Médecins. Santé connectée : de la e-santé à la santé connectée - Le Livre Blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.autom mesure.com/library/pdf/medecins-sante-connectee.pdf>

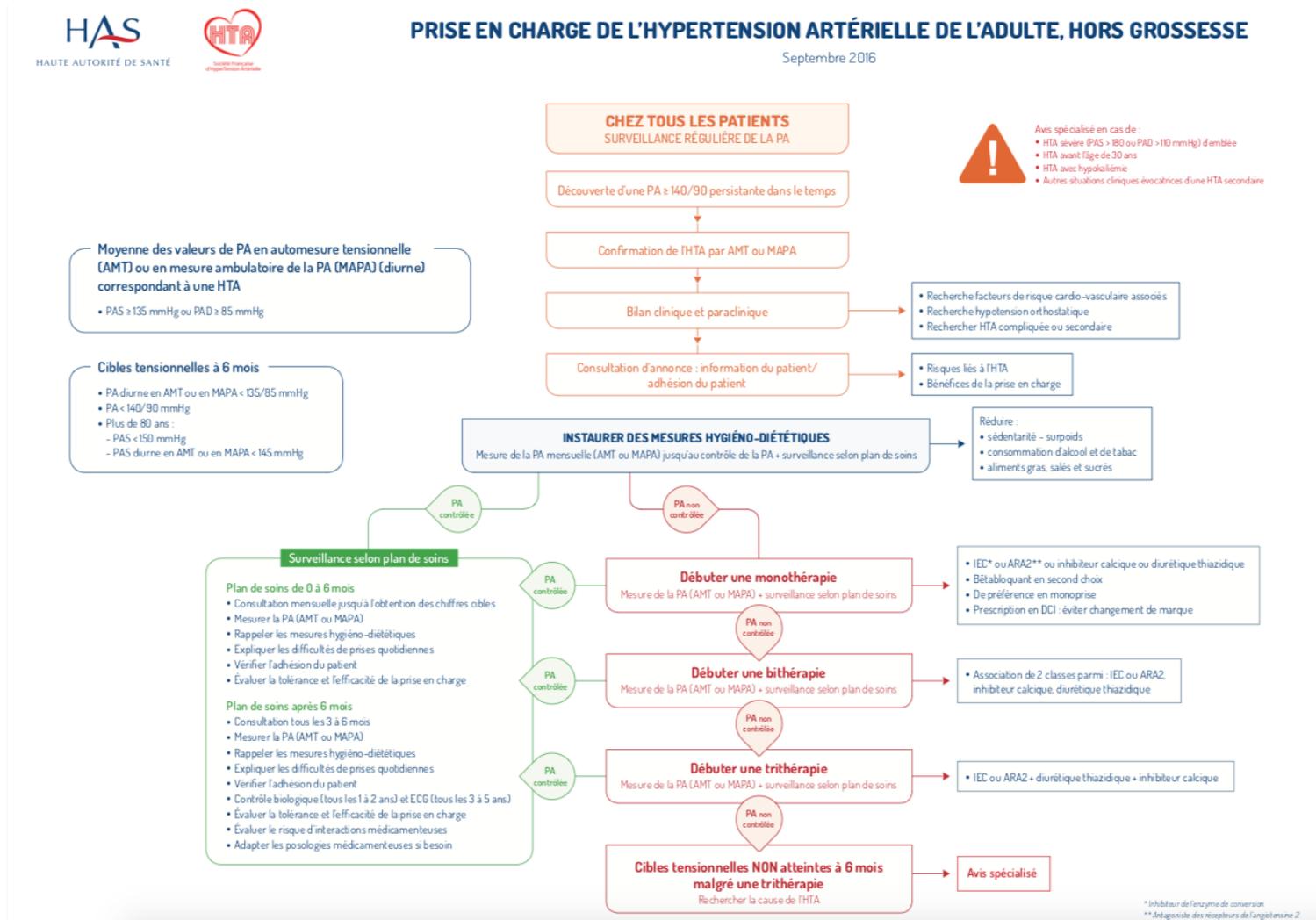
61. Bellanger-Trely M-V. Vade-mecum des objets connectés - Réalités, tendances et futur proche [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.automesure.com/library/pdf/VM-Objets-Connectes.pdf>
62. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Le corps, nouvel objet connecté - Du quantified-self à la m-santé : les nouveaux territoires de la mise en données du monde. Cah IP Innov Prospect. mai 2014;(2).
63. Pharabod A-S, Nikolski V, Granjon F. La mise en chiffres de soi, Self-quantifying. Réseaux. 2 mai 2013;(177):97- 129.
64. Gori R. La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du « souci de soi », The medicalisation of existence. Champ Psychosom. 1 juill 2008;(42):55- 83.
65. Marzano M. Foucault et la santé publique. Trib Santé. 6 févr 2012;(33):39- 43.
66. Kivits J, Balard F, Fournier C. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin. 2016. 336 p. (U : Sociologie).
67. Mucchieli A, Auziol E, Bianquis-Gasser I. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Masson & Armand Colin. 1996. 312 p.
68. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147.
69. Fourcade N, Gonzalez L, Rey S, Husson M. La santé des femmes en France. Etudes Résultats. mars 2013;(834):6.
70. Durif-Bruckert C. Une fabuleuse machine. Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques. Métailié. 1994. 224 p. (Traversées).
71. Vega A. Positivisme et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. Sci Soc Santé. 28 déc 2012;30(3):71- 102.
72. Van der Geest S, Reynolds Whyte S, Hardon A. The anthropology of pharmaceuticals : A Biographical Approach. Annu Rev Anthropol. oct 1996;25:153- 78.
73. Fainzang S. L'automédication ou les mirages de l'autonomie. Presses Universitaires de France; 2012. 194 p.
74. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/la-pratique-avancee-417776>
75. Ministère de la santé. « Ma santé 2022 » : les 10 mesures phare de la stratégie de transformation du système de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/ma-sante-2022-les-10-mesures-phare-de-la-strategie-de-transformation-du-systeme>

76. Desse L, Dugelay G. Thèse - L'automesure tensionnelle au secours du contrôle de l'hypertension en médecin générale : que de chemin à parcourir. Les médecins sceptiques à une utilisation régulière. Nancy; 2017.
77. Wallston BD, Wallston KA. Locus of control and health: a review of the literature. *Health Educ Monogr.* 1978;6(2):107- 17.
78. Postel-Vinay N, Bobrie G, Ruelland A, Oufkir M, Savard S, Persu A, et al. Automated interpretation of home blood pressure assessment (Hy-Result software) versus physician's assessment : a validation study. *Journal of Hypertension.* sept 2015;
79. Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture : An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry.* Univ Calif Press. 1980;
80. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique.* Presses Universitaires de France. 2013. 300 p. (Quadrige).
81. Grimaldi A. Les différents habits de l'« expert profane ». *Trib Santé.* 3 août 2010;(27):91- 100.
82. Nogues G. Thèse : L'utilisateur de la santé face à l'information médicale sur Internet [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2013.
83. Health On the Net, promotes transparent and reliable health information online through HONcode certification. [Internet]. Disponible sur: <https://www.hon.ch/en/>
84. Hamon P. Thèse : Recherche d'informations médicales sur Internet: besoins et attentes des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.
85. Bammert T. Kitmedical.fr (Le kit numérique des médecins généralistes) - Infos patients [Internet]. Kitmedical. 2018. Disponible sur: <http://kitmedical.fr/index.php/categorie-produit/exercice-medical/par-types/infos-patients/>
86. Brutus L, Fleuret S, Guienne V, *Se soigner par soi même: recherche interdisciplinaire sur l'automédication.* Paris, France: CNRS Edition; 2017. 170 p.

ANNEXES

ANNEXE 1

Recommandations HAS (Septembre 2016) : Algorithme de prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte, hors grossesse



ANNEXE 2

Fiches d'information sur l'AMT destinées aux patients (site Automesure.com)

automesure.com®

Fiche rédigée, en octobre 2000, par le service d'hypertension artérielle de l'hôpital européen Georges Pompidou (Paris), et le service de santé publique de la faculté Broussais Hôtel-Dieu (Paris). Ce texte a été relu par des patients et des infirmières spécialisées en éducation pour la santé.

Cette fiche est disponible sur le site Internet: automesure.com. Sa reproduction pour une utilisation non commerciale est autorisée, sans correction ni ajout. Pour une utilisation imprimée plus large, nous contacter par l'intermédiaire du site Internet. Copyright Thot e-santé®

Fiche d'information à remettre au patient

Sachez mesurer vous-même votre tension



Vous pouvez mesurer votre tension artérielle vous-même. C'est facile et utile à condition de bien le faire. Cette fiche est destinée à vous y aider. Elle vous explique comment faire, et vous signale les erreurs à ne pas commettre. Vous trouverez également dans ce document des explications sur votre pression artérielle, et l'intérêt de surveiller vous-même votre santé. Cette fiche a été rédigée par des médecins et des infirmières en collaboration avec des patients.

Pourquoi mesurer soi-même sa tension ?

Votre tension varie tout au long de la journée et en fonction de vos activités. Ainsi, votre tension au repos n'est pas la même que pendant un effort. C'est pourquoi, votre niveau de pression artérielle n'est pas

toujours facile à préciser. Une ou deux mesures réalisées de temps à autre ne suffisent pas pour bien définir votre niveau de pression artérielle. Il est préférable de multiplier le nombre de mesures. C'est l'intérêt de l'automesure qui permet d'effectuer un grand nombre de mesures.

Pour la surveillance de votre santé, l'automesure de la pression artérielle est utile :

- ▶ Pour aider votre médecin à reconnaître si vous êtes hypertendu ou pas.
- ▶ Pour étudier l'efficacité de votre traitement et vérifier si votre tension est suffisamment contrôlée.

Choisissez un appareil de bonne qualité

Tous les appareils ne sont pas de qualité égale. Il en existe même qui peuvent donner des valeurs inexactes, (notamment ceux qui mesurent la tension au bout du doigt). Votre médecin ou votre pharmacien peuvent vous recommander un appareil de bonne qualité. Sachez qu'il existe des appareils recommandés par la Société française d'hypertension artérielle (pour les connaître consultez le site Internet < <http://www.automesure.com> >).

En pratique, comment faire ?

Commencez par lire le mode d'emploi de votre appareil ou faites-vous montrer son fonctionnement par une infirmière ou votre médecin. Ensuite :



- 1° Installez l'appareil sur une table.
- 2° Asseyez-vous confortablement.
- 3° Reposez-vous cinq minutes environ.
- 4° Enfilez le brassard gonflable au niveau de votre bras. Ajustez-le à la bonne hauteur dans le sens indiqué par le fabricant.
- 5° Placez votre bras sur la table à la hauteur de votre cœur, (c'est-à-dire au niveau de votre poitrine à hauteur de votre sein). Il doit être fléchi, comme sur le dessin.
- 6° Une fois bien installé, actionnez la mesure. Pendant le gonflage et le dégonflage du brassard ne bougez pas et restez détendu.

Afin de bien vous familiariser avec votre appareil, n'hésitez pas à faire plusieurs essais sans tenir compte des premiers résultats.

Quand mesurer votre pression artérielle ?



- ▶ Le matin, avant le petit-déjeuner, (avant de prendre vos médicaments).
- ▶ Le soir, avant le coucher.

Le matin et le soir, répétez la manœuvre **3 fois de suite**, à une ou deux minutes d'intervalle.

Il ne sert à rien de mesurer votre pression artérielle dans d'autres moments de la journée. Ces mesures supplémentaires compliqueraient inutilement l'analyse de votre médecin.

Les mesures s'effectuent pendant **3 jours de suite**, au minimum. Dans certains cas, plus longtemps. Votre médecin est le mieux placé pour vous préciser la durée adaptée à votre situation personnelle.

À quoi correspondent les chiffres mesurés ?

Vous avez souvent entendu parler de « prise de tension », il vaudrait mieux dire « mesure de la pression artérielle ». Cette mesure (automesure lorsque c'est vous-même qui mesurez votre tension) correspond à la pression de votre sang qui circule. Votre pression varie chaque seconde sous l'influence des battements de votre cœur. Le résultat de la mesure de la pression artérielle est exprimé par deux chiffres.



126 76



126 76

- ▶ **Le premier chiffre** correspond au moment où le cœur se contracte (ce moment est appelé systole). Le sang est poussé dans les artères et la pression est alors maximale : c'est la « **pression systolique** ».
- ▶ **Le second chiffre** correspond au moment où le cœur se relâche (diastole). Le sang n'étant plus poussé dans les artères, la pression diminue jusqu'à une valeur minimale : c'est la « **pression diastolique** ».

Votre résultat de pression est souvent exprimé sous la forme « douze/huit », par exemple. **L'unité de mesure** de pression artérielle actuellement admise est **le millimètre de mercure**. Il est donc préférable de dire, pour l'exemple précédent, 120/80 millimètres de

mercure (mmHg). C'est avec la même unité que votre appareil affiche le résultat de votre mesure tensionnelle.

Que faire de tous ces chiffres ?



Notez, mémorisez, archivez tous les résultats de vos mesures en mentionnant bien **dans un cahier ou un agenda la date, l'heure, et le traitement en cours**. L'utilisation d'un appareil équipé d'un système d'enregistrement est préférable, car dans ce cas les relevés sont automatiques.

Si vous faites 3 mesures chaque matin et chaque soir pendant 7 jours, vous disposez de 42 mesures. Votre médecin étudiera ces chiffres en détail et en calculera la moyenne.

Attention, n'éliminez pas certaines mesures sous prétexte qu'elles vous paraissent trop élevées. C'est votre médecin qui fera cette analyse.

Quelle est la pression artérielle normale ?

Votre médecin est le mieux placé pour vous indiquer si votre tension est satisfaisante ou pas.

Chez votre médecin, la pression artérielle mesurée avec un tensiomètre classique est considérée comme normale lorsqu'elle est **inférieure à 140/90 mmHg**.

À domicile avec un tensiomètre électronique, la pression artérielle est un peu plus basse : la moyenne de vos mesures doit être **inférieure à 135/85 mmHg** pour être considérée comme normale. Ces normes ont été

définies par des experts (la Société française de l'hypertension artérielle et l'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé)¹⁻³.



1. Société française d'HTA, filiale de la Société française de cardiologie, rédaction mars 1998. Note sur les appareils pour la mesure de la pression artérielle en milieu médical. HTA-Info 1998; 3: 12-13.

2. Asmar R, Zanchetti A. Guidelines for the use of self-blood pressure monitoring; a summary report of the first international consensus conference J Hypertens 2000; 18 (5): 493-508.

3. Anaes. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Recommandations cliniques et données économiques, avril 2000.

Attention, les tensiomètres électroniques ne vous conviennent peut-être pas. C'est le cas :

- ▶ **Si votre bras est gros :** le brassard de votre appareil peut ne pas être adapté et être à l'origine de faux résultats. Demandez conseil à votre pharmacien ou votre médecin.
- ▶ **Si votre cœur est irrégulier :** les arythmies (irrégularité des battements du cœur) sont susceptibles d'être à l'origine de valeurs fausses pour les appareils électroniques.
- ▶ **Pour les enfants :** Il n'y a pas de normes définies pour cette technique de mesure.

Quelques conseils

Lorsque votre médecin vous recommande de mesurer votre tension avec un appareil à mémoire, **ne prêtez pas votre appareil** : dans ce cas des chiffres qui ne seraient pas les vôtres viendraient fausser l'analyse.

Ne changez pas votre traitement vous-même en fonction des résultats des mesures. **Prévenez votre médecin** de la situation.

Apportez régulièrement (une à deux fois par an) **votre appareil à votre médecin**, pour qu'il en vérifie la fiabilité.



M., M^m _____

Mesurez votre tension à domicile

Mesurez votre tension le matin, avant le petit-déjeuner (avant de prendre vos médicaments) et le soir, avant le coucher. Faites les mesures 3 jours de suite minimum.

- Lisez le mode d'emploi de votre tensiomètre.
- Installez l'appareil sur une table. Puis, asseyez-vous confortablement.
- Reposez-vous 5 minutes environ. Dégagez votre bras de tout vêtement.
- **Si votre tensiomètre s'adapte au bras:**
Enfilez le brassard gonflable (bras gauche si vous êtes droitier). Ajustez-le en serrant légèrement le brassard avec le rabat. Le tuyau est dirigé vers votre main. Posez l'avant-bras sur la table, paume de la main vers le haut, sans serrer le poing.
- **Si votre tensiomètre s'adapte au poignet:**
Posez votre coude sur la table et mettez le poignet à la hauteur du cœur.
- Une fois bien installé, actionnez la mesure. Pendant le gonflage et le dégonflage, ne bougez pas et restez détendu.
- Répétez la manœuvre 3 fois de suite à une minute d'intervalle pour obtenir 3 mesures consécutives.
- Si vous ne disposez pas d'un appareil avec imprimante ou doté d'une mémoire, notez tous vos résultats sur un cahier avec la date et l'heure. Reportez toutes les valeurs, sans oubli, ni omission, même si celles-ci vous paraissent trop fortes ou trop basses.



Ne prêtez pas votre appareil si celui-ci est équipé d'une imprimante ou d'une mémoire : dans ce cas des chiffres de tension qui ne seraient pas les vôtres fausseraient l'analyse.

La tension est considérée comme normale si la moyenne des pressions systoliques est inférieure à **135 mmHg** et la moyenne des pressions diastoliques est inférieure à **85 mmHg**, en automesure à domicile.

Votre médecin jugera de votre situation d'après la moyenne de vos mesures. Ne changez pas votre traitement vous-même.

De nombreux appareils sont commercialisés^{3,4}. Attention, ils ne sont pas tous fiables.

1 Les appareils équipés d'un brassard placé au niveau du bras sont préférables.



2 Les tensiomètres au poignet sont d'utilisation délicate. Très peu sont validés, et la mauvaise position du poignet expose à des erreurs.

3 Les tensiomètres digitaux ne sont pas fiables ; il ne faut pas les utiliser.



Si vous avez accès à Internet, vous pouvez récapituler vos valeurs sur le site automesure.com. Le calcul de vos moyennes de tension se fera automatiquement, et pourra être imprimé pour votre médecin. C'est lui qui fera l'analyse des résultats.



Pour en savoir plus, consultez le site Internet www.automesure.com

Fiche rédigée selon la conférence internationale de consensus sur l'automesure¹ et les recommandations de la Société européenne d'hypertension artérielle².

1. Guidelines for the use of self-blood pressure monitoring: a summary report of the first international consensus conference. *J Hypertens* 2000; 18 (5): 493-508.

2. Blood pressure measuring devices: recommendations of the European Society of Hypertension. *BMJ* 2001; 322: 531-6. Rédaction: décembre 2001.

3. Validation of A&D UA-767 device for the self-measurement of blood pressure. *Blood Press Monit* 2000; 5: 227-31.

4. Quels tensiomètres choisir? *Rev Prat MG* 2001; 53: 1025-29.

ANNEXE 3

Fiche de recueil – Relevé d'automesure tensionnelle

Nom : Prénom : Période du relevé : du au Traitement :	Cachet de l'officine
---	----------------------

Important : Montrer ce document
 - au pharmacien lors de votre venue à l'officine
 - au médecin à la prochaine consultation

RELEVÉ D'AUTOMESURE TENSIONNELLE

3 mesures consécutives (à quelques minutes d'intervalle) le matin avant le petit déjeuner
 3 mesures consécutives (à quelques minutes d'intervalle) le soir entre le dîner et le coucher
 3 jours de suite

Inscrire **tous les chiffres** qui apparaissent sur l'écran du tensiomètre

Jour 1	Matin			Soir		
	systolique	diastolique	pouls	systolique	diastolique	pouls
Mesure 1	
Mesure 2	
Mesure 3	

Jour 2	Matin			Soir		
	systolique	diastolique	pouls	systolique	diastolique	pouls
Mesure 1	
Mesure 2	
Mesure 3	

Jour 3	Matin			Soir		
	systolique	diastolique	pouls	systolique	diastolique	pouls
Mesure 1	
Mesure 2	
Mesure 3	

MOYENNE SYSTOLIQUE*	MOYENNE DIASTOLIQUE*	Autotensiomètre Marque : Modèle : <input type="checkbox"/> poignet <input type="checkbox"/> bras
------------------------	-------------------------	---

* additionner toutes les mesures systoliques ou diastoliques et diviser par 10

ANNEXE 4

Affiches et flyers distribués aux pharmacies

**MESURER
SA TENSION
SOI-MÊME
c'est POSSIBLE !**

Ce sujet vous intéresse ?

Vous contrôlez votre tension vous-même ?

PARLONS-EN !

PARTICIPIEZ
dès à présent à notre étude !

RENSEIGNEZ-VOUS
auprès de votre pharmacien.

(étude gratuite et anonyme, menée dans le cadre d'une thèse de médecine générale).

Madame, Monsieur,

Médecin généraliste dans la région nantaise et dans le cadre d'une thèse de médecine sur « l'automesure tensionnelle » (mesure de la tension artérielle par les patients eux-mêmes, avec un appareil comme celui que vous venez d'acheter), je suis à la recherche de personnes à interroger utilisant ce type d'appareils

Profil : personnes de tout âge contrôlant elles-mêmes leur tension.

Méthodologie employée : sous forme d'un petit entretien anonyme et gratuit au cours d'une discussion informelle.

Pour participer à l'étude, merci d'indiquer ci-dessous vos coordonnées et de remettre cette fiche à votre pharmacien.

Je vous contacterai alors pour convenir d'un rendez-vous pour l'entretien.

CIVILITÉ : Monsieur Madame

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE :

En vous remerciant d'avance pour votre participation, et au plaisir de vous rencontrer.

Fanny PAINÉCOLE

(06.33.50.69.08)
Médecin généraliste

PARLONS-EN !

ANNEXE 5

Guide d'entretien

Introduction :

*« Bonjour, je m'appelle Fanny PANNECOUKE, je suis médecin généraliste remplaçant, et **je vous remercie** d'avoir accepté de me rencontrer pour un entretien dans le cadre de ma **thèse de doctorat en médecine**.*

*Cet entretien restera **anonyme**, et sera, si vous le voulez bien, enregistré sur ce dictaphone.*

*Je réalise un travail **de recherche auprès de personnes qui utilisent un appareil d'automesure tensionnelle** comme celui que vous venez d'acheter. Vos **réponses** seront totalement **libres et anonymes**. Il n'y aura **pas de jugement** porté sur vos réponses. Il n'y a **pas de bonne ou de mauvaise réponse, c'est la vôtre qui compte.** »*

1^{ère} partie : « D'une façon générale, pratiquez vous l'auto-soin, l'auto-diagnostic, l'auto-surveillance en matière de santé... ? »

- *D'une façon générale, prenez vous en charge votre **santé par vous-même** ? **Comment** ?*
- *Pratiquez-vous régulièrement d'autres types de **mesures de vous-même** (performances...) ?*
- *Utilisez-vous des **applications ou appareils connectés** ?*
- *Avez-vous l'impression de devenir « **expert** » de votre santé ? De votre **corps** ?*
- *Avez-vous recours aux **médecines alternatives** ?*

2^{ème} partie : « Qu'est-ce que l'HTA pour vous ? »

- *Que représente l'HTA pour vous ? Vision personnelle de l'HTA, importance à vos yeux...*
- *Quel est votre vécu personnel de l'HTA (l'histoire de votre HTA, crainte liée à des cas familiaux...) ?*
- *Pourquoi mesurer sa TA ?*
- *Comment est traitée votre HTA (médicaments, RHD, rien...) ?*
- *A quelle fréquence voyez vous votre médecin traitant pour votre HTA ?*

3^{ème} partie : « Quel est votre ressenti par rapport à la pratique d'auto-mesure tensionnelle ? Quels changements cette pratique a-t-elle apporté dans votre vie ? »

- *Trouvez vous cela bien de prendre votre TA vous même ? Pourquoi ? A quel rythme ? Pour quelle(s) raison(s) prenez vous votre TA ?*
- *Est ce que cela vous inquiète ?*
- *Vous rassure ?*
- *Vous semble contraignant ?*
- *Avez vous l'impression que cette auto-surveillance a changé quelque chose dans votre vie ?*

- *Est-ce que cette pratique **change votre « relation » avec votre médecin et avec le corps médical en général ?***
- *Avez vous posé des **questions à votre médecin** à la suite de ces mesures ?*
- *Cela a-t-il changé votre **rapport avec la santé d'une façon générale ?***
- *Est ce que cela vous semble plus juste que la TA que votre médecin prend à son cabinet ? Pourquoi ?*
- *Est-ce qu'un site internet pour vous aider à prendre votre TA et à interpréter vos résultats vous intéresserait ? En connaissez vous déjà un ?*

4^{ème} partie : « Quelle est votre façon de pratiquer l'automesure tensionnelle ? »

- *Pensez vous que l'on puisse faire confiance aux appareils d'AMT ? Comment avez vous choisi le vôtre ?*
- *Est-ce que quelqu'un vous a montré comment prendre votre TA ? Si oui, qui ? Ou peut-être vous êtes vous renseigné(e) sur internet sur la technique ?*
- *Comment vous y prenez vous ? (Conditions, nombre de mesures, relevé des mesures, utilisation d'une application...)*
- *Trouvez vous qu'il est difficile de prendre correctement la mesure avec l'appareil ?*
- *Trouvez vous qu'il est difficile de lire les résultats sur l'écran ? Les comprenez vous (bons ou mauvais) ? Qu'en faites-vous ?*
- *Trouvez vous qu'il est difficile de comprendre les résultats tout seul ?*

5^{ème} partie : Informations personnelles (qui resteront anonymes) :

- *Age :*
- *Sexe :*
- *Commune :*
- *Etudes, parcours professionnel... :*
- *Parcours personnel, origine, évènements de vie, parcours de santé...*

6^{ème} partie : (dictaphone éteint)

- *Qu'avez vous pensé de cet entretien ? Avez vous qqc à rajouter ?*
- *Souhaitez vous recevoir ma thèse ?*

ANNEXE 6

Caractéristiques de l'échantillon

Référence - Durée d'entretien	Sexe	Age	Commune	Etudes, parcours professionnel...	Parcours personnel, origine, évènements de vie, parcours de santé...
E1 (test) 17'22	Homme	55 ans	Carquefou (44)	Directeur commercial grands groupes	Marié, 3 enfants Néphropathie découverte il y a moins de 5 ans à un stade avancé Père décédé en septembre 2016 dans un contexte multifactoriel dont insuffisance rénale aigüe (sur chronique ?) avec dialyse + infection
E2 28'12	Femme	82 ans	Vendôme (41)	Retraitée Auparavant technicienne de laboratoire d'analyses médicales	Veuve, 7 enfants, vit seule à domicile (maison) avec téléalarme Mari décédé en janvier 2016 d'un AVC hémorragique massif Lourdes opérations dans l'année : prothèse de genou bilatérale, puis pose de stents coronariens et remplacement valvulaire pour RAO serré symptomatique, compliqué d'un choc cardiogénique (séjour en réanimation).

E3 12'29	Femme	31 ans	Nantes (44)	Termine ses études d'infirmière. A le projet de travailler en psychiatrie au CHU ensuite. Auparavant a fait une école de « massage - bien-être » puis a exercé quelques années à domicile dans ce domaine, comme auto-entrepreneur	Un petit garçon de 9 ans. Plutôt hypotendue.
E4 31'19	Femme	60 ans	Nantes (44)	Formation dactylographie comptabilité. Aide à la personne et ménage. Actuellement en invalidité jusqu'à la retraite. Apprend l'italien à la fac.	Migraines, acouphènes, micro-AVC. Traumatisme crânien avec coma suite à violences conjugales il y a plusieurs années. Invalidité pour un problème orthopédique. Bientôt arrière-grand-mère.
E5 48'52	Femme	84 ans	Nantes (44) (centre ville)	Etudes d'infirmière puis assistante sociale.	Tumeur du cervelet de diagnostic difficile, opérée. Vit seule en appartement.
E6 29'59	Femme	70 ans	Carquefou (44)	Comptabilité puis vendeuse dans une boutique.	Vit en maison avec son mari. 2 enfants et plusieurs petits-enfants. Cancer du sein en 1995.
E7 29'57	Femme	75 ans	Saint Sébastien / Loire (44)	A arrêté l'école à 14 ans, après son certificat d'études, pour aider ses parents commerçants. Femme de ménage.	Femme de gendarme, mari décédé il y a 15 ans d'un cancer du pancréas. Vit seule en maison. A eu un gros accident de la voie publique

				Assistante maternelle.	en 1991.
E8 / 8bis 41'07	Homme / Femme	69 ans 65 ans	Le Landreau (44)	Monsieur : CAP plombier – chauffagiste, puis armée, puis commercial, puis chauffeur routier Europe. Actuellement en invalidité. Madame : ancienne femme de ménage, en invalidité.	Monsieur diabétique avec de nombreux problèmes cardio-vasculaires. Madame a un rein unique et également de nombreux soucis cardio-vasculaires. Veufs tous les 2. Vivent ensemble depuis 6 ans. Voyagent en camping-car 8 mois / an.
E9 34'33	Femme	63 ans	Le Loroux Bottereau (44)	Ancienne infirmière (chirurgie cardiaque à Paris, puis hôpital local du Loroux) A arrêté (à « regrets ») en 1990 pour élever ses enfants	Mariée, 3 enfants Mari kiné / ostéopathe
E10 28'48	Femme	72 ans	Saint Julien de Concelles (44)	Ancienne infirmière (médecine, chirurgie, bloc, transplantation, entreprise...) S'est arrêtée tôt pour élever son enfant, puis études d'arts-plastiques pour le plaisir	Mariée, 1 enfant
E11 23'08	Femme	83 ans	Nantes (44)	Ancienne puéricultrice	Veuve, femme et fille de notaire 4 enfants Grand-mère et arrière-grand-mère
E12 / 12bis	Homme / Femme	51 ans	Le Loroux Bottereau	Monsieur : actuellement agent des routes, auparavant a travaillé comme ébéniste	Mariés, 2 grands enfants, bientôt grands- parents

40'28	Femme	/ 54 ans	(44)	puis dans la logistique + ancien pompier volontaire Madame : agent de production à la chaîne, auparavant travaillait dans le maraîchage	Pratiquent tous les deux le bénévolat de façon régulière Monsieur vient d'avoir une pose de stents pour angor instable et est toujours en arrêt de travail pour cela Madame est en arrêt de travail prolongé depuis plusieurs mois pour des douleurs persistantes
E13 / 13bis 44'33	Femme / Homme	46 ans / 53 ans	Le Loroux Bottereau (44)	Madame : bac pro commerce, actuellement responsable commerciale dans un magasin de meubles Monsieur : BTS informatique, actuellement en reconversion pour travailler avec son frère dans la réparation de pare-brises de voitures, à plusieurs centaines de kilomètres de chez lui (ne s'épanouissait plus dans son emploi précédent)	Mariés, 2 enfants (20 et 21 ans) Madame a eu un épisode d'HTA à l'âge de 10 ans + importants antécédents cardio- vasculaires familiaux Monsieur non hypertendu
E14 15'34	Homme	30 ans	Nantes (44)	A fait une 1 ^{ère} année de médecine qu'il a râtée, puis a fait des études de droit avant de partir dans l'immobilier	Marié, 2 enfants Pas de soucis de santé personnel Terrain un peu anxieux (voire hypochondriaque ?) HTA blouse blanche

E15 26'17	Homme	42 ans	Landemont (44)	Technico-commercial Formation : BTS force de vente	En couple, 2 enfants Pas d'antécédent notable Compagne coach de vie
--------------	-------	-----------	-------------------	---	---

ANNEXE 7

Retranscriptions des entretiens

ENTRETIEN N° 1 (entretien test) (E1)

NB : personne connue de l'auteur

- **Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ma thèse. Il faut savoir que les résultats seront anonymes, vous pouvez dire ce que vous voulez, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, et aucun jugement ne sera porté. Tout sera anonymisé.**
Dans un premier temps, je voudrais que vous me disiez si d'une façon générale vous pratiquez l'autodiagnostic, l'auto-surveillance, et l'auto-soin d'une façon générale pour votre santé.
- Oui, d'une façon générale je le pratique, et je le mets en exergue, puisque l'obligation que j'ai au travers de l'insuffisance rénale, avec le néphrologue qui est quelqu'un avec qui je suis en relation tous les 3-4 mois, m'oblige en contrepartie à m'éduquer sur ce genre de dispositions. C'est un avantage, puisque, en dehors du fait de le faire de façon systématique tous les 3-4 mois, j'ai tendance maintenant à le faire de façon beaucoup plus régulière, et à faire attention, et à essayer de comprendre aussi pourquoi par moments il peut y avoir des pics et des choses qui ne sont pas aussi régulières que la normale. Ça déclenche des alertes, et forcément des modifications comportementales, ou sportives, ou cérébrales...
- **De quel type par exemple ?**
- Tout simplement se poser, prendre le temps, arrêter de courir comme un fou, oui vraiment se poser, se reposer aussi. Je me suis rendu compte que quand je me reposais et j'avais une hygiène de vie organisée, la contrepartie était entre autres les bons indicateurs de la tension. Donc ça ne doit pas être que le hasard...
- **Donc ça c'est uniquement pour la tension, mais est-ce que d'une façon générale, vous faites aussi d'autres autodiagnostic, auto-surveillances... ? Quand vous courez par exemple, est-ce que vous utilisez des applications..., des choses qui permettent de surveiller votre pouls, la distance que vous parcourez... ?**

- Non, je ne rentre pas dans ce travers là, parce que je pense qu'après ça peut devenir un peu plus « fil à la patte », et psychologiquement un peu plus lourd, donc pour l'instant je me cantonne qu'à la prise de tension.
- **Est-ce que, du coup, vous avez l'impression de devenir un peu expert de votre tension, de votre santé... ou pas vraiment ?**
- Expert c'est un grand mot, par contre ce qui est intéressant, c'est qu'on se sent plus au courant de ce qui se passe, et des conséquences du changement de tension. Si il y a vraiment des pics, on peut éventuellement savoir pourquoi. Je connais mon bon rythme et mes bons indicateurs, je ne vais pas dire de survie, mais de sérénité. J'ai bien en tête les indicateurs sur ma tension, et je sais à quoi ça peut correspondre pour moi. Alors après, est-ce que c'est la bonne mesure, pour tout le monde, je ne sais pas, mais en tout cas pour moi, elle me correspond bien. C'est une préconisation du néphrologue, qui est maintenant en application systématique et en réflexe préventif chez moi.
- **C'est vraiment depuis que vous avez ces problèmes de reins que vous le faites ? Avant vous ne le faisiez jamais ?**
- Honnêtement non. C'est vraiment le fait d'avoir décelé cette insuffisance rénale qui a modifié une hygiène de vie au sens large, qu'elle soit sportive, comportementale, intellectuelle, professionnelle, ou même personnelle dans la vie de tous les jours. C'est vraiment depuis cette alerte là que je me suis dit : dans un âge un peu plus avancé comme le mien, travaillons sur une sérénité au sens large.
- **Et est-ce que vous pratiquez également des médecines un peu « parallèles » ou pas du tout ?**
- Non non, les médecines parallèles ne font pas partie de ma façon de voir les choses. J'ai plutôt tendance à rester assez traditionnel ou classique sur ce sujet là.
- **Très bien. Pourriez-vous me dire ce que représente pour vous l'hypertension artérielle ? Quelle en est votre vision ? Qu'est-ce que c'est pour vous ?**
- L'hypertension artérielle je ne sais pas véritablement à quoi ça correspond ou les conséquences que ça peut avoir. Encore une fois, pour moi je pense qu'il y a plus une question d'indicateur de tension, qui peut forcément déclencher une hypertension, mais où on met le curseur ? ça je ne sais pas. Moi j'ai tendance à dire que si je sors d'un 135/85, qui est à peu près ce que j'ai en tête comme étant mon indicateur de référence et de sérénité, si je monte à 17 ou 18, ce qui a été le cas récemment suite à une infection, puisque c'est des choses qui peuvent arriver, dans ces cas là, grâce au fait que je prenne aussi cette tension, c'est moi qui ai déclenché la prise de rendez-vous chez le médecin. Donc c'est plutôt pas mal. C'est-à-dire qu'une alerte suite à une routine de contrôle me fait déclencher une prise de rendez-vous. Je me rends compte que là c'était une hypertension passagère.
- **Y-a-t-il des choses dans votre vécu, autres que votre néphropathie, qui auraient pu influencer votre rapport à cette surveillance de tension ?**
- Non, pas forcément, parce que je pense qu'on était issus de générations avec mes parents, où l'état général était tenu plus secret, et c'est donc malheureusement suite à une expérience personnelle que j'ai déclenché les choses, alors que j'aurais pu les déclencher plus tôt si j'avais eu connaissance de l'hérédité des soucis de santé. *(NDLR : référence à une néphropathie sévère et une HTA découvertes très tardivement chez son papa récemment décédé)* C'est

complètement idiot parce que maintenant on a tendance à courir après le temps pour rectifier le sujet, alors que quand on est dans une prévention et éventuellement une éducation régulière de ce que je fais aujourd'hui, ça n'arriverait peut-être pas.

- **Le fait de prendre votre tension a-t-il tendance à vous inquiéter ? Vous rassurer ?**
- Au départ, quand on a mis en place ce système, j'avoue que ça m'inquiétait un peu quand je sortais des indicateurs au vert, ça avait plus un effet, pas forcément négatif, mais pas très rassurant. Alors qu'aujourd'hui, au contraire, c'est rassurant de la prendre, que ça soit pour de bons ou de mauvais indicateurs. Je pense qu'au contraire, c'est le « double effet kiss-cool » avec le fait de pouvoir être rassuré au sens large, que ça soit bon ou mauvais.
- **Ça vous conforte un peu dans votre ressenti ?**
- Complètement. J'ai vraiment l'impression d'être en maîtrise du sujet, et donc en maîtrise de moi-même.
- **Est-ce que vous trouvez cela contraignant de prendre sa tension ?**
- C'est pas spécialement contraignant. Je pense encore une fois, que quand on parle d'hygiène de vie, on peut acquérir des réflexes. Il faut prendre l'habitude et savoir pourquoi c'est bien de le faire, et ensuite naturellement on a tendance, au contraire, à l'intégrer et à le systématiser. Ça devient une routine de fonctionnement. Même quand il y a des pics un peu plus importants, où il faut serrer un peu la vis et le faire 3 fois par jour matin, midi et soir, c'est possible aussi. Pour être très concret, même lorsque je suis en déplacement professionnel sur quelques jours, j'emporte mon appareil dans ma valise. C'est un peu nouveau dans ma façon de fonctionner.
- **C'est un signe que c'est entré dans votre quotidien.**
- Oui, c'est intégré.
- **Est-ce que ça a changé votre rapport au corps médical ? Visiblement un peu quand même puisque vous prenez plus facilement rendez-vous chez le médecin quand les indicateurs sont mauvais, c'est bien ça ?**
- Oui, j'ai tendance à être un peu plus vigilant grâce à ça. Maintenant j'ai intégré le fait que c'était entré dans mon fonctionnement, et que c'était un système préventif. Ça peut être de mon initiative : pas besoin d'être complètement alité ou en perte de connaissance pour aller voir le médecin.
- **Est-ce que ça a changé votre rapport avec la notion de santé d'une façon générale ?**
- Le rapport avec la notion de santé non, pas spécialement, parce que j'ai toujours été malgré tout assez vigilant là-dessus. Etant sportif compétiteur, j'ai déjà le réflexe de faire une ou deux fois par an, selon le sport que je pratique, des certificats médicaux, et donc j'en profite pour faire un bilan avec le médecin. Donc ça n'a pas véritablement changé les choses de façon radicale, ça les a plutôt confortées et enrichies.
- **Avez-vous ensuite posé des questions à votre médecin par rapport à cette surveillance de tension ? Par rapport à l'hypertension en général ?**
- Non, pas spécialement, parce que les indicateurs en question sont le reflet d'une bonne santé ou de ce qui me correspond, donc en dehors de ces alertes sur les chiffres, il n'y a pas forcément besoin d'avoir les explications complémentaires. Par contre, ça a une incidence en fonction de l'évolution de ces indicateurs sur mon cas personnel, parce que si ces indicateurs se dégradaient et qu'il y avait une

conséquence sur mon traitement médical (qui est maintenant un traitement à vie avec l'insuffisance rénale) forcément ça peut, non pas réduire mon espérance de vie, mais augmenter mon obligation de greffe. Donc c'est un dispositif qui permet aussi d'estimer de façon plus précise les conséquences de ces indicateurs et de cette dégradation de santé. Ce qui a changé radicalement pour moi quand même, c'est d'être en mode préventif de façon systématique. C'est un peu une révélation tardive pour moi, c'est très constructif.

- **Est-ce que vous trouvez que cette prise de tension est plus juste que celle qu'on peut prendre chez le médecin ?**
- J'ai l'impression que c'est comparable. Je dirais que la prise de tension chez le médecin est souvent conforme à celle que je prends chez moi. J'ai tendance à dire qu'avec les appareils que l'on a chez soi, avec lesquels on se substitue sur cet axe là au médecin à un moment donné, permettent d'avoir une corrélation entre les deux. Donc au contraire, ça renforce le diagnostic et ça le conforte.
- **Et d'ailleurs, comment avez-vous choisi votre appareil ? Etes-vous allés à la pharmacie ?**
- L'appareil a été préconisé par mon néphrologue, qui m'a dit qu'il existait des appareils plus ou moins contraignants, et que celui là était plus adapté à ma façon de vivre, avec un petit boîtier pas trop lourd et pas trop encombrant, qui permet de l'emporter partout, et de ne pas le prendre comme quelque chose de « répugnant ».
- **Il vous a vraiment donné un modèle précis ?**
- Oui, enfin il m'a orienté plutôt sur un système, et m'a demandé si j'avais un pharmacien de confiance et fiable. Comme je lui ai répondu que oui, il m'a dit de voir ça directement avec lui pour trouver le bon compromis pour moi.
- **C'est un tensiomètre au poignet que vous avez ?**
- Non, au bras.
- **Et trouvez-vous cela difficile à utiliser ?**
- Non pas du tout. La seule petite contrainte c'est quand on est en chemise, de devoir l'enlever ou en faire un accordéon au niveau du bras, d'un point de vue professionnel c'est un peu plus contraignant. Ça oblige à ne pas se réfugier derrière ce genre de trucs qui serait de dire « puisque c'est contraignant je ne le fais pas », mais c'est à moi de m'organiser autrement pour le faire dans d'autres conditions. C'est dans mon intérêt, donc la contrepartie c'est que je fasse l'effort de m'éduquer correctement, sinon ce n'est pas la peine.
- **A quelle fréquence contrôlez-vous votre tension ? Est-ce régulier ?**
- Oui, c'est assez régulier. Pour le néphro, on s'est dit qu'on faisait des cycles de 3 jours une fois par mois. Par contre, moi je m'impose, en règle générale de le faire plutôt 2 fois par mois, sur 3 jours. Et j'alterne par contre, en faisant une fois par mois un cycle complet 3 mesures le matin, le midi et le soir, 3 jours de suite. Et sur ma petite feuille je fais ma synthèse sur l'indicateur de référence moyen, puis je transmets au néphrologue.
- **Et vous contrôlez un peu plus lorsque vous ne vous sentez pas bien par exemple ?**
- Oui tout à fait. Par exemple, dans le cas de mon infection urinaire récemment.
- **Merci beaucoup.**

ENTRETIEN N° 2
(E2)

NB : personne connue de l'auteur

- **Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ma thèse. Il faut savoir que les résultats seront anonymes, vous pouvez dire ce que vous voulez, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, et aucun jugement ne sera porté. Tout sera anonymisé.**
Dans un premier temps, je voudrais que vous me disiez si d'une façon générale vous avez l'impression de vous occuper de votre santé par vous même.
- Par moments je me soigne avec des médicaments courants quand j'ai quelque chose. J'ai surtout des douleurs, alors c'est surtout du Doliprane, ou quand j'ai le rhume quelque chose dans le nez. Et sinon non.
- **Est-ce que vous surveillez votre santé avec des appareils, pour votre tension votre cœur... ?**
- Jamais.
- **Vous ne faites rien d'autre ?**
- Je n'ai jamais fait ça jusqu'à maintenant.
- **Utilisez-vous Internet pour surveiller votre santé ?**
- Jamais non plus.
- **Et pratiquez-vous des médecines alternatives ?**
- J'ai fait de l'ostéopathie et de la kiné, surtout parce que j'ai de l'arthrose partout. Bon, je sais que pour la tension, on est un peu une famille à tension, et j'ai toujours eu de la tension, mais j'ai toujours été soignée pour ça. Sinon non, quand j'ai mal de gorge je me soigne comme ça. C'est tout.
- **C'est tout ?**
- Oui c'est tout.
- **Avez vous l'impression qu'en surveillant votre tension vous devenez un peu experte de vos problèmes cardiaques ? De votre santé ?**
- Peut-être un peu plus depuis qu'on m'a dit de prendre ma tension. Avant je ne savais jamais. D'abord je ne sens pas si j'ai de la tension ou pas. En général j'ai toujours eu plus de tension le matin que le soir. Ça c'est le médecin qui me l'a dit. Mais non, il y a des gens qui sentent, moi pas. Par contre, depuis que j'ai commencé à prendre ma tension, par moments je me suis amusée à la prendre. Entre autres, un jour où j'avais fait une longue promenade avant le déjeuner, je suis rentrée et je trouvais que j'étais fatiguée, alors je me suis dit, est-ce que j'ai beaucoup de tension ou pas, je n'en sais rien. Et bien j'en avais très peu, j'avais 9/9.
- **Ah oui, alors vous aviez quand même bien senti quelque chose !**
- Ah oui, là oui, j'avais senti quelque chose. Je ne savais pas si c'était en trop ou pas en trop, mais je sentais que j'étais fatiguée.
- **Et du coup, qu'avez-vous fait après ?**

- Et bien, vite j'ai mangé.
- **Et vous avez recontrôlé votre tension après ?**
- Oui.
- **Oui ?**
- Et bien elle était remontée un peu. Alors je l'ai reprise 2 ou 3 fois, et puis je me suis reposée, mais je me repose toujours après le déjeuner, parce que j'ai souvent un coup de pompe.
- **Est-ce que vous avez l'impression de mieux comprendre ce qu'est l'hypertension depuis que vous surveillez votre tension vous-même ?**
- Je crois, oui je crois.
- **Qu'est-ce que c'est pour vous l'hypertension finalement ?**
- Bah l'hypertension c'est que je n'ai pas du tout envie d'avoir un AVC ! Je sais que dans la famille, la tension est généralement assez forte.
- **Il y a eu des problèmes à cause de ça dans la famille de votre côté ?**
- Oui, enfin je ne sais pas si c'était la tension... Mon père est mort d'une crise cardiaque, mais je ne sais pas si c'était la tension. Il était certainement un homme stressé, c'est évident. Il a aussi certainement eu une alimentation trop riche après la guerre : pendant la guerre il ne mangeait rien, quand après il a été libéré il s'est probablement un peu trop rattrapé. Sinon, il avait eu quand même pas mal de soucis de santé, il a eu plusieurs choses, mais c'est vrai qu'il est mort subitement alors que rien ne laissait prévoir ça. Enfin si, Maman avait un rendez-vous pour elle chez le cardiologue et elle trouvait qu'il était fatigué, alors elle a dit au cardiologue « prenez plutôt mon mari ». Et à ce moment là il a eu des examens, je ne sais pas ce que c'était, mais on n'a jamais eu les résultats des examens, il est mort entre les 2. Le médecin m'a téléphoné en disant « il faut que votre père soit hospitalisé », et je lui ai dit « mon père est mort ».
- **Ah oui d'accord...**
- Maman n'a jamais rien eu. Elle avait une tension pas faible, mais enfin, jamais rien. Elle a peut-être eu de petits AVC vers 80-85ans, enfin je ne sais pas trop, elle a été soignée un peu pour ça. Donc oui, dans la famille la tension a toujours été assez forte, mais je crois que dans l'ensemble personne ne l'a jamais tellement senti.
- **Et pour vous alors, qu'est-ce que ça représente vraiment l'hypertension ? C'est plus le risque d'avoir un AVC ? Qu'est-ce que vous imaginez que c'est ?**
- Plutôt la peur d'avoir un AVC. Jusqu'à ce que j'ai eu mon problème d'aorte
- **Votre opération de valve c'est bien ça ?**
- Oui, de valve, je ne craignais rien du tout. Maintenant j'ai beaucoup plus peur, c'est certain.
- **Et depuis surveillez-vous votre tension chez vous ?**
- Depuis que j'ai été en convalescence, j'ai été voir le médecin, qui m'a dit de faire un contrôle sur 3 jours.
- **C'est donc lui qui vous a demandé ? Spontanément avant vous ne l'aviez jamais fait ?**
- Jamais. J'avais l'appareil pour mon mari, mais je ne prenais pas. Enfin j'ai pris une fois de temps en temps. Mais ça fait des années, quand j'avais 40 ou 50ans, quand j'allais voir le médecin, il me mettait dans le noir, parce que, il me connaissait, et il savait que rien que si il me disait « je vous prends votre tension », catastrophe

elle montait elle montait. Alors il me mettait dans le noir, il tirait son rideau, il partait et revenait 5 minutes après, et la tension avait baissé.

- **Et les autres médecins après c'était pareil ?**
- Les autres médecins en général ils me la prennent 2 fois parce que souvent quand même la 1^{ère} est élevée.
- **Et du coup, avez-vous l'impression que la tension que vous prenez chez vous est plus juste que celle que vous prenez au cabinet ? Comme chez vous vous êtes détendue...**
- Euh oui. Enfin, en général j'étais bien réglée, j'avais 13/7 quand on me la prenait l'après-midi. C'était toujours plus fort quand on me la prenait le matin, mais ça ça avait été contrôlé, je le savais.
- **C'est pareil chez vous ou au cabinet pour vous ?**
- C'est à dire que chez moi je la prends vers 10h du matin, après avoir pris mon petit déjeuner et fait ma toilette. Je la prenais 3 fois de suite, en attendant un peu, et il est vrai qu'en général la 2^{ème} fois était moins forte que la 1^{ère}. Par moment elle se situait aux environs de 14-15, en général plus faible en milieu d'après-midi.
- **Et vous ne la prenez jamais le soir ?**
- Si par moments, les jours où je me sens fatiguée, et par moments je me demande si le traitement n'est pas un peu fort, parce que je n'ai pas une tension haute.
- **Alors il faut le noter justement à ces moments là.**
- Oui, parfois l'après-midi ce n'est pas élevé...
- **Qu'avez vous comme traitement pour votre hypertension ?**
- Euh... Je ne sais plus... J'ai les boîtes dans la cuisine...
- **Vous ne savez plus ? Ce sont des médicaments ?**
- Je sais que j'ai du Crestor.
- **Mais le Crestor c'est pour le cholestérol...**
- Oui pour le cholestérol, on m'a dit qu'il fallait absolument le prendre. Mais je ne me souviens plus du reste.
- **Vous voyez votre médecin souvent pour votre tension ?**
- Depuis que je suis rentrée de l'hôpital c'est tous les mois, et je revois le cardiologue le mois prochain. Il m'a dit qu'il ferait peut être mettre un appareil pour enregistrer la tension sur 24h.
- **Un holter ?**
- Oui. J'en ai déjà eu à l'hôpital mais j'ai passé une nuit épouvantable et je crois que ça n'a pas bien marché. On ne peut pas bouger...
- **Et justement, est-ce que vous trouvez que prendre la tension à la maison est contraignant ?**
- Pas le moins du monde. Par moments je la fais en plus, histoire de voir.
- **Ça vous angoisse ou ça vous rassure de prendre votre tension ?**
- Je crois que ça me rassure quand même. Quand elle est à 12-13 ou même 14, je trouve que c'est bien.
- **Finalement vous avez toujours eu de bons résultats à part après votre promenade ?**
- Oui, mais de temps en temps je trouve qu'elle n'est quand même pas très haute.
- **Est-ce que quelqu'un vous a expliqué les différents seuils pour la tension ?**
- Non on ne m'a rien expliqué du tout.
- **Qu'est ce qu'on vous a dit au départ ?**

- On m’a juste dit de prendre ma tension 3 fois le matin et le soir. J’ai la feuille mais pour le moment je n’ai pas noté dessus, j’ai écrit sur des petits bouts de feuille.
- **Ils ne vous ont donné aucune consigne ?**
- Non on ne m’a rien dit du tout. Par contre, on m’a donné quand je suis sortie de l’hôpital on m’a donné un espèce de truc qu’il fallait toujours que j’ai sur moi, une bouffée.
- **Pour le cœur ? Le Natispray ou Trinitrine ?**
- Oui.
- **Et ça on vous a expliqué pour quoi c’était ou pas ?**
- On ne m’a rien dit. On m’a dit que c’était si je sentais quelque chose qui ne va pas, mais je ne sais pas dans quel sens.
- **C’est pour éviter de boucher les artères du cœur ça.**
- Ah bon ?
- **Oui, si jamais vous avez une douleur dans la poitrine. Par contre il faut que vous soyez assise voire allongée si vous le prenez parce qu’en effet ça peut faire baisser votre tension.**
- On ne m’a pas dit !
- **Vous n’avez pas osé poser de questions ?**
- Non. J’ai été admirablement soignée à l’hôpital, mais un jour le médecin a regardé mon dossier et mes radios mais ne m’a pas regardé du tout. J’étais consciente mais il a fait son ordonnance et est reparti sans m’adresser la parole. C’était un cœur, c’est tout. Alors une autre fois j’ai demandé à ce qu’on m’explique un peu. On m’a un peu expliqué, mais il y a encore des choses que je n’ai pas bien comprises. Après on reste sur son ignorance...
- **Donc là, est-ce que le fait de contrôler votre tension a changé quelque chose dans votre quotidien ?**
- Si je vois que ma tension est trop faible, je me dis qu’il faut que je m’arrête.
- **Vous êtes plus vigilante.**
- Oui. Je m’aperçois que dans la journée elle n’est pas stable du tout. Je crois que mon état de fatigue est en lien avec ma tension.
- **Vous avez l’impression que c’est un peu un signal d’alarme ?**
- Maintenant oui. Avant je ne savais pas pourquoi j’étais fatiguée. Et puis, ce séjour à l’hôpital m’a fait très peur.
- **Vous avez été un peu miraculée.**
- Oui, ça m’a fait voir un peu la vie autrement, je n’ai pas envie de perdre un instant de la vie.
- **Avez-vous l’impression que le fait de contrôler votre tension a changé votre relation avec votre médecin ?**
- Je ne peux pas répondre à ça, parce que mon médecin est parti. Pendant 1an je n’ai pas eu de médecin traitant. Et le nouveau je ne l’ai vu que 2 fois, après ma sortie de convalescence.
- **Est ce que vous avez l’impression que vous lui parlerez plus facilement de ces problèmes là grâce à vos prises de tension ?**
- Oui.
- **Vous comprenez un peu plus ce qui se passe ?**
- J’espère. C’est vrai que j’ai eu une année difficile avec toutes mes opérations (moi qui n’avais jamais été opérée), alors je ne sais pas très bien si c’était seulement la tension.

- **Et comment aviez-vous choisi votre appareil pour la tension ?**
- J'ai demandé à la pharmacienne.
- **Et trouvez vous qu'il est difficile de s'en servir ?**
- Non pas du tout. Par contre je ne sais pas pourquoi, il ne sonne pas. Mais on sent bien quand il se dégonfle alors après je regarde.
- **Comment faites-vous exactement ?**
- Je fais 3 mesures après ma toilette, je reste assise dans le bureau, j'attends un peu avant et après chaque mesure. Parce que quand je marche c'est très fatiguant pour moi, alors il faut que je me repose un peu avant. Le médecin m'a dit qu'il fallait attendre 2 minutes ou quelque chose comme ça entre 2 mesures, alors j'attends et je reprends.
- **Et vous refaites une 2^{ème} fois dans la journée ?**
- Le soir, souvent je le fais assez tard, après le dîner, ou en allant me coucher. Je fais pareil.
- **Et trouvez vous qu'il est difficile d'interpréter vos chiffres toute seule ?**
- Non, parce qu'il m'a mis « systole » pour le chiffre du haut et je ne sais plus quoi pour le chiffre du bas.
- **Aviez-vous d'autres choses à rajouter ?**
- Non.
- **Avant votre opération vous n'aviez pas eu l'idée de prendre votre tension chez vous ?**
- Non, je n'y ai jamais pensé alors que j'étais très fatiguée. Je n'arrivais pas à définir ce que c'était. Voilà, je crois que je t'ai tout dit.
- **Merci beaucoup.**

Les retranscriptions des autres entretiens

peuvent être demandées à l'auteur, à l'adresse suivante :
 naz_fanny@hotmail.com

Vu, le Président du Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Noël Trochu.

Vu, le Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Laurent Brutus.

Vu, le Doyen de la Faculté,

Automesure tensionnelle : Vécu des patients et impact sur leur vie quotidienne et sur la relation médecin – patient

RÉSUMÉ

Contexte : Avec plus d'un-quart de la population mondiale adulte hypertendue, l'hypertension artérielle (HTA) est devenue une priorité de santé mondiale, au cœur de nombreux débats. Comme toute maladie chronique, l'HTA et ses traitements sont parfois difficiles à comprendre et à accepter pour les sujets atteints. L'automesure tensionnelle (AMT) est aujourd'hui recommandée pour le diagnostic, puis pour le suivi des patients hypertendus, malgré une réticence de la part de certains médecins. Cette démarche d'AMT s'inscrit dans un contexte d'émergence du « quantified-self » et de quête d'autonomie de la part des patients, associées à un essor de la santé connectée, susceptible de bouleverser la relation médecin-malade.

Objectifs : Évaluation du vécu et de l'expérience des patients pratiquant l'AMT, de leurs représentations et leur regard à ce sujet, et de l'impact de cette pratique sur leur vie quotidienne et sur leur rapport à la santé.

Méthodes : Étude qualitative menée par des entretiens semi-dirigés auprès de sujets pratiquant l'AMT. Approche par théorisation ancrée.

Résultats : 18 patients, ayant des pratiques de l'AMT très aléatoires, ont été interrogés. Ils ne semblent pas avoir une meilleure connaissance de l'HTA en général et de sa prise en charge, grâce à l'AMT. En revanche, ils sont plutôt rassurés par cette pratique qui semble leur permettre une meilleure connaissance d'eux-mêmes. L'AMT permet à certains de gagner en autonomie, et à d'autres d'avoir de meilleurs échanges avec leur médecin. Les sujets interrogés semblent avoir fréquemment recours à l'automédication et aux médecines alternatives, mais ils sont peu nombreux à pratiquer d'autres types d'autosurveillance, et semblent peu adeptes de la santé connectée en général.

Conclusion : L'AMT doit s'inscrire dans une prise en charge globale du patient, basée sur la communication. Le médecin doit interroger son patient sur ses habitudes et ses pratiques, et lui donner des informations et conseils personnalisés pour la pratique de l'AMT, pour son HTA et sa santé d'une façon générale. Pour cela, le médecin peut s'aider de supports papiers ou informatiques, ou encore, si besoin, faire appel à une tierce personne pour compléter sa prise en charge.

MOTS CLÉS

Automesure tensionnelle – Hypertension artérielle – Étude qualitative – Relation médecin-malade – Autonomie des patients – Self-tracking