UNIVERSITÉ DE NANTES

UFR SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

ANNÉE 2022 N° 2020*-104

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

Carole GARNIER

Présentée et soutenue publiquement le 19 Septembre 2022

Parler de l'observance aux patients hypertendus : médicaments, conseils et place du numérique.

Président : Pr. Sylvie PIESSARD, Pharmacien Praticien hospitalier, Professeur des Universités

Membres du jury :

Dr David FELDMAN, Pharmacien Praticien hospitalier – Maître de conférences associé
Dr. Charlotte HENAULT, Pharmacien Titulaire
M. Florian HURTEAU, interne en médecine générale

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **4**
TABLE DES ILLUSTRATIONS **7**
LISTE DES ABREVIATIONS **9**
INTRODUCTION **10**
HYPERTENSION ARTERIELLE ET OBSERVANCE **12**
I. L'hypertension artérielle **12**
A. Définition 12
B. Physiopathologie de l'hypertension artérielle 12
C. Epidémiologie 13
D. Facteurs de risque 13
1. Facteurs non évitables 14
2. Facteurs évitables 14
E. Prise en charge thérapeutique 15
1. Principes de la prise en charge globale de l'hypertension artérielle 15
2. La surveillance du parcours de soins 17
i. Focus sur l'AMT et la MAPA 18
3. Règles hygiéno-diététiques 19
i. Les habitudes alimentaires 19
ii. L'activité physique 20
iii. Le tabac 20
4. Les traitements médicamenteux 21
i. Mécanismes d'action des antihypertenseurs 24
F. Hypertension artérielle et observance médicamenteuse 27
II. L'observance médicamenteuse **28**
A. Définition 28
B. Facteurs influençant l'observance médicamenteuse 28
1. Facteurs liés au patient 29
i. Socio-économiques 29
a. Comportement individuel dans le temps 29
b. Croyances et représentations de la maladie et du traitement 30
c. Coût du médicament et reste à charges 30
ii. Facteurs intrinsèques socioculturels 31

2. Facteurs liés au système de soins 31
i. Complexité du parcours de soins et relation ville/hôpital 31
ii. La relation patient/médecin 31
iii. La qualité de la dispensation 32
3. Facteurs liés aux médicaments 32
i. Le médicament et ses conditionnements 33
ii. La forme galénique 33
iii. Modalités d'administration 34
iv. Les effets indésirables et bénéfiques du traitement 34
v. L'approvisionnement en médicaments 35
C. Outils d'observance médicamenteuse 35
1. Outils d'aide à l'administration 35
2. Les entretiens pharmaceutiques 38
3. Les outils numériques 39
OBSERVANCE THERAPEUTIQUE : ENQUETE SUR LA PLACE DU NUMERIQUE CHEZ DES SUJETS ATTEINTS D'HYPERTENSION ARTERIELLE 42
I. Objectifs 42
II. Matériel et méthode 43
A. Matériel 43
B. Durée de l'enquête et population 43
C. Méthodes 44
III. Résultats 47
IV. Discussion 62
A. Synthèse des résultats 62
B. Limites de l'enquête 67
C. Perspectives 68
CONCLUSION 69
BIBLIOGRAPHIE 70
ANNEXES 74

REMERCIEMENTS

Au Professeur Sylvie PIESSARD

Pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger mon travail. C'est aujourd'hui l'occasion de vous remercier pour la qualité de vos enseignements.

Au Docteur David FELDMAN

Pour la confiance que vous m'avez accordée en me proposant ce sujet de thèse. Merci pour votre accompagnement, votre disponibilité et tous vos conseils qui ont été précieux pour la réalisation de ce travail.

A Florian HURTEAU

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Merci pour ton accompagnement, ta gentillesse et pour tous ces fous rires durant mon année de PACES. Tu as été un tuteur formidable.

A Charlotte HENAULT et Brigitte LAMIRAULT

Pour votre encadrement durant mon stage de 6ème année. Merci pour votre bienveillance, votre patience, votre écoute et votre partage d'expérience. Vos qualités humaines et votre vision du métier m'ont confortée dans le choix d'exercer en officine. Je vous souhaite une belle poursuite professionnelle.

Merci Charlotte de faire partie de ce jury de thèse. Je suis ravie que tu puisses juger mon travail.

A l'équipe de la pharmacie Poincaré

Merci Charlotte, Anne-Laure, Sophie-Anne et Clémentine pour toutes les connaissances que vous m'avez transmises, votre patiente, votre générosité, votre bienveillance, et pour tous les bons moments passés au sein de l'équipe. Je suis ravie d'avoir travaillé avec vous.

Aux pharmacies d'Issé, de Moisdon-La-Rivière, Montbazon et Poincaré

Pour avoir distribué mes questionnaires. Je vous suis reconnaissante d'avoir su trouver le temps en ce contexte de pandémie.

A tous les patients qui ont répondu à mon questionnaire

Merci de m'avoir fait confiance et d'avoir permis la progression de ce travail.

Aux relecteurs de ce travail

A Anne-Claire, Fanny, Rémi et Camille pour avoir relu et pour m'avoir éclairé sur la pertinence de ce que j'ai écrit. Merci pour votre investissement.

A Anne-Claire et Stéphane

Pour votre accueil chaleureux et votre gentillesse. Grâce à vous j'ai pu passer le concours PACES dans des conditions optimales. Je n'aurais pas pu espérer mieux.

A nos riches échanges et à cette amitié née au début de mes études.

A toute ma famille

Pour m'avoir toujours épaulée dans les moments de joie comme de stress. Merci de m'avoir soutenue pour que je réalise ce rêve de petite fille. Vous êtes mes piliers.

J'ai une pensée pour mes grands-parents qui m'imaginaient déjà pharmacienne, quand je leur en parlais dès mon plus jeune âge.

Merci pour tout. Je vous aime.

A Martin

Pour ton soutien sans faille depuis notre rencontre. Pour tes précieux conseils pour faire progresser ce travail sans oublier tes compétences informatiques indispensables.

Cette thèse marque le début d'une nouvelle aventure, et je suis fière de la poursuivre avec toi. A nos futurs projets. Je t'aime.

A tous mes amis

A la promotion 2022 officine

Pour ces 3 belles années écoulées avec vous. Je suis persuadée que nous continuerons à échanger sur nos expériences. Vous serez d'excellents pharmaciens, je vous souhaite le meilleur.

Plus particulièrement à mes amis de PACES.

Sans vous, mes études n'auraient pas eu la même saveur. Nos moments passés ensemble sont uniques et je me sens privilégiée de vous avoir à mes côtés. Votre présence m'est indispensable et j'ai hâte de pouvoir encore partager de nombreux autres instants avec vous.

Vos qualités humaines feront de vous d'exceptionnels professionnels de santé. Je nous souhaite à tous une belle carrière et de beaux projets. Je vous aime.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Schéma de prise en charge de l'HTA de l'adulte (10) 16
Figure 2 : Effet aigu et chronique du tabagisme sur le système nerveux autonome selon Middlekauff HR et al. (18) 21
Figure 3 : Associations synergiques d'antihypertenseurs 22
Figure 4 : Représentation des sites de régulation du débit cardiaque et des résistances vasculaires périphériques (20) 24
Figure 5 : Schématisation d'un néphron, extrait de Katzung (21) 26
Figure 6 : Illustration du mécanisme d'action des diurétiques épargneurs de potassium (22) 27
Figure 7 : La e-santé selon le CNOM (2) 40
Figure 8 : Questionnaire « Ne pas oublier mes médicaments pour la tension » 45
Figure 9 : Nombre de médicament pris chaque jour dans l'enquête anonyme et en entretien 48

Tableau 1 : Hypertension artérielle et Risque cardiovasculaire (9) 14
Tableau 2 : Cibles tensionnelles à 6 mois (10) 17
Tableau 3 : Choix de la classe thérapeutique en fonction des comorbidités associées (1) 22
Tableau 4 : Synthèse des traitements contre l'hypertension artérielle, contre-indications et interactions médicamenteuses.(19) 24
Tableau 5 : Proportion d'hommes et de femmes dans l'enquête anonyme et en entretien .. 47
Tableau 6 : Répartition des âges des participants de l'enquête en anonyme et en entretien 47
Tableau 8 : Nombre de médicament pris contre la tension artérielle dans l'enquête anonyme et en entretien 49
Tableau 9 : Analyse de la connaissance du nom des traitements des patients de l'enquête en anonyme et en entretien. 49
Tableau 10 : Analyse de la connaissance des noms des traitements des patients de l'enquête en anonyme et en entretien. 49
Tableau 11 : Proportion d'oubli du traitement pour la tension dans l'enquête anonyme et en entretien 50
Tableau 12 : Fréquence d'oubli des traitements contre la tension dans l'enquête anonyme et en entretien 51
Tableau 13 : Fréquence de la réalisation de l'automesure dans l'enquête anonyme et en entretien 52
Tableau 14 : Proportion de patients mettant en place une ou des stratégies pour ne pas oublier son traitement en anonyme et en entretien 53
Tableau 15 : Stratégies mises en place par les patients dans l'enquête en entretien 54
Tableau 16 : Stratégies mises en place par les patients en anonyme. 55
Tableau 17 : Analyse de l'amélioration de la prise du traitement par la mise en place de stratégies dans l'enquête en anonyme et en entretien 56

Tableau 18 : Analyse de l'implication d'un soignant pour conseiller la mise en place de stratégies dans l'enquête en anonyme et en entretien..... 56
Tableau 19 : Analyse de l'utilisation d'un smartphone dans l'enquête en anonyme et en entretien..... 57
Tableau 20 : Analyse de l'utilisation d'une application dans l'enquête en anonyme et en entretien..... 57
Tableau 21 : Volonté d'utilisation d'application dans l'enquête en anonyme et en entretien 58
Tableau 22 : Analyse des stratégies non médicamenteuses dans l'enquête en anonyme 59
Tableau 23 : Analyse des stratégies non médicamenteuses dans l'enquête en entretien 60
Tableau 24 : Proportion de fumeurs dans l'enquête en anonyme et en entretien..... 61
Tableau 25 : Analyse de la durée du sevrage tabagique dans l'enquête en anonyme et en entretien..... 61

LISTE DES ABREVIATIONS

AMT : Automesure tensionnelle

CC : Clairance de la Créatinine

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

ECG : Electrocardiogramme

FDR : Facteur De Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

HTO : Hypertension Oculaire

IDM : Infarctus Du Myocarde

IR : Insuffisance Rénale

MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle

PA : Pression artérielle

PAD : Pression Artérielle Diastolique

PAS : Pression Artérielle Systolique

SFHTA : Société Française d'Hypertension Artérielle

SNS : Système Nerveux Sympathique

SRAA : Système Rénine Angiotensine Aldostérone

INTRODUCTION

Dans le contexte occidental marqué par un vieillissement de la population et un net accroissement du nombre de patients atteints de maladies chroniques, l'hypertension artérielle apparaît comme un enjeu majeur.

Etant la première pathologie chronique dans le monde(1) et concernant 1 milliard de personnes, elle représente un facteur de risque cardiovasculaire fondamental. La prise en charge de cette pathologie repose d'abord sur l'adoption de mesures hygiéno-diététiques, indispensables à la régulation de la pression artérielle. En deuxième intention, un traitement médicamenteux doit être suivi par le patient. Ces mesures concourent à réduire la pression artérielle et donc à obtenir des effets bénéfiques sur le risque d'accidents vasculaires et sur la préservation de la fonction rénale.(1)

Le pharmacien est en première ligne pour accompagner le patient : son rôle est de le sensibiliser à son hygiène de vie, de lui expliquer le fonctionnement de ses traitements et les bénéfices qu'ils lui apportent.

Pour améliorer l'observance médicamenteuse, de nombreux outils sont à disposition des soignants et des patients : le pilulier, le bilan de médication, les plans de prise etc.

Toutefois, la participation active du patient est nécessaire pour atteindre tous ces objectifs. Une adhésion thérapeutique, ainsi qu'une coopération entre soignants et patients sont idéales pour mener à bien les parcours de soins.

Aujourd'hui, l'utilisation massive du numérique vient modifier nos modes de communication et nos habitudes quotidiennes. Ainsi, l'essor des smartphones a permis le développement de milliers applications et notamment celles impliquant la santé. En 2013, le CNOM affirme que 100 000 applications concernent la santé (2). Parmi elles, 70% sont des applications « grand public » centrées sur la santé et le bien-être, les 30% restantes sont destinées aux professionnels de santé pour la consultation de données (3).

C'est dans ce contexte que je souhaite, à travers ce travail, évaluer l'observance globale des patients hypertendus. Les stratégies et outils mis en place par les patients pour ne pas oublier leur traitement, seront identifiés par le biais d'un questionnaire, ainsi que par des entretiens

menés auprès des patients. Et c'est avec curiosité que je souhaite également recenser la part d'utilisation des applications numériques parmi ces stratégies.

Dans une première partie, nous détaillerons ce qu'est l'hypertension artérielle et sa prise en charge, mais aussi l'observance médicamenteuse et ses facteurs de variation. Dans un second temps, nous évaluerons, à travers un questionnaire (anonyme ou entretien) l'observance des patients interrogés. Nous mettrons plus particulièrement en lumière les stratégies et outils mis en place pour améliorer l'observance ainsi que la part d'utilisation des applications numériques.

HYPERTENSION ARTERIELLE ET OBSERVANCE

I. L'hypertension artérielle

A. Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (4) : l'hypertension artérielle est définie comme une augmentation pathologique de la tension artérielle. Par conséquent, elle induit une augmentation du risque cardiovasculaire et plus particulièrement des risques d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, et d'insuffisance rénale.

L'HTA est dite essentielle lorsqu'aucune cause n'explique son apparition. Cela représente 90% des cas (5). Dans les 10% restants, l'HTA est la conséquence d'une maladie. On qu'elle est secondaire à :

- une maladie des reins ou des glandes surrénales
- une prise de certains médicaments comme les corticoïdes, antidépresseurs, anti-inflammatoires non stéroïdiens, vasoconstricteurs nasaux d'utilisation prolongée, estrogènes, … etc.
- une pathologie endocrinienne
- la consommation de toxiques comme le cannabis et la cocaïne
- un syndrome d'apnée du sommeil chez une personne obèse

B. Physiopathologie de l'hypertension artérielle

D'étiologie essentielle ou secondaire, la pression artérielle est issue de l'éjection du sang par le cœur ; mécanisme indispensable à l'apport en oxygène et en nutriments pour l'organisme. Cette pression exercée sur les parois vasculaires est définie par deux valeurs (6) :

- La **pression systolique** : valeur haute mesurée lorsque le cœur se contracte et éjecte le sang dans l'aorte.
- La **pression diastolique** : valeur basse mesurée lorsque le cœur se relâche afin que les oreillettes se remplissent à nouveau de sang par les veines caves et pulmonaires.

Afin de confirmer le diagnostic d'hypertension artérielle, les mesures effectuées par le médecin doivent être :

- supérieures ou égales à 140 mmHg pour la pression systolique
- supérieures ou égales à 90 mmHg pour la pression diastolique.

Ces mesures doivent être constatées au minimum à deux reprises, et sur deux jours différents (4).

C. Epidémiologie

L'hypertension artérielle est une pathologie fréquente. En effet, on estime à 1 million le nombre de nouveaux français traité chaque année pour de l'hypertension artérielle (7).

Selon l'enquête Esteban menée par Santé Publique France en 2015 (5), la prévalence de l'hypertension artérielle s'élève à 30,6% de la population française dont 36,5% chez les hommes et 25,1% chez les femmes. Dans toutes les classes d'âge, cette dernière est plus élevée chez les hommes. La prévalence de l'hypertension artérielle augmente avec l'âge : 6,3% chez les 18-34 ans contre 67,8% chez les 65-74 ans.

En complément, l'INSERM (6) atteste que 10 à 30% des personnes hypertendues sont résistantes aux traitements disponibles. De plus, 1 adulte sur 3 est concerné par cette pathologie mais seulement la moitié en est consciente.

D. Facteurs de risque

L'hypertension artérielle fait partie intégrante du risque cardiovasculaire. Ce risque correspond à la probabilité de survenue d'une maladie ou d'un accident cardiovasculaire (8).

Le risque cardiovasculaire est multifactoriel, et on sait par exemple qu'il est corrélé au niveau de la pression artérielle, comme l'indique le Tableau 1 ci-dessous. On peut distinguer 2 types de facteur de risque : les évitables et non évitables.

<table>
<tr><th></th><th>PA 140-159 / 90-99</th><th>PA 160-179 / 100-109</th><th>PA ≥ 180/110</th></tr>
<tr><td>0 FDR associé</td><td>Faible</td><td rowspan="2">Moyen</td><td rowspan="3">Elevé</td></tr>
<tr><td>1 à 2 FDR associés</td><td>Moyen</td></tr>
<tr><td>≥ 3 FDR ou AOC* et/ou diabète</td><td rowspan="2">Elevé</td><td rowspan="2">Elevé</td></tr>
<tr><td>Maladie cardiovasculaire/rénale</td><td></td></tr>
</table>

AOC : atteinte d'organe cible (hypertrophie ventriculaire gauche ou microalbuminurie de 30 à 300 mg/j)

Tableau 1 : Hypertension artérielle et Risque cardiovasculaire (9)

1. *Facteurs non évitables*

Il s'agit des facteurs sur lesquels on ne peut pas agir comme l'âge, le sexe, ainsi que les antécédents familiaux de maladie ou d'accident cardiovasculaire. Ainsi les études démontrent, que chez l'homme le risque d'accident cardiovasculaire est plus élevé à partir de 50 ans. Chez la femme, les œstrogènes et la progestérone sont protecteurs jusqu'à 60 ans environ. Au-delà de cet âge, la probabilité de ce risque devient égale à celle de l'homme (8) du fait de la ménopause.

2. *Facteurs évitables*

Il s'agit de facteurs sur lesquels on peut agir comme :

- le tabagisme
- la consommation d'alcool
- les dyslipidémies et l'hypercholestérolémie
- la sédentarité et l'obésité
- le diabète
- le stress
- la consommation excessive de réglisse.

La multiplicité de ces facteurs met en évidence la nécessité d'une prise en charge globale de l'hypertension artérielle.

E. Prise en charge thérapeutique

1. Principes de la prise en charge globale de l'hypertension artérielle

En 2016, la HAS en association avec la Société Française d'Hypertension artérielle publie un diagramme de prise en charge de l'HTA de l'adulte, la détaillant en différents points (10) :

- Dans un premier temps, chez tout patient : il convient de confirmer le diagnostic en mesurant la pression artérielle (PA ≥ à 140/90) et de réaliser un bilan clinique et paraclinique afin d'écarter toute cause secondaire.

- Une fois le patient informé de sa pathologie et du bénéfice de sa prise en charge, des mesures hygiéno-diététiques devront être mises en place. Il s'agit d'un contrôle de la tension artérielle associé à une adaptation de l'hygiène de vie (mise en place d'une alimentation adaptée et pratique d'une activité physique, mais aussi une réduction de la consommation d'alcool et de tabac le cas échéant).

- Si ces mesures s'avèrent insuffisantes pour contrôler la PA après le diagnostic, l'instauration d'un traitement médicamenteux est nécessaire. Une monothérapie sera débutée puis, si cela est insuffisant au contrôle de la PA, un médicament supplémentaire sera ajouté jusqu'à, si nécessaire, une trithérapie. Si cette dernière ne convient pas, un avis spécialisé est recommandé pour aller chercher la cause de l'HTA.

Chaque pallier de la prise en charge de l'HTA va nécessiter une surveillance globale du patient à court (de 0 à 6 mois) et à long terme (au-delà plus de 6 mois). Envisager une évolution de cette prise en charge est possible si cette dernière n'a pas été suffisante pour atteindre la cible tensionnelle.

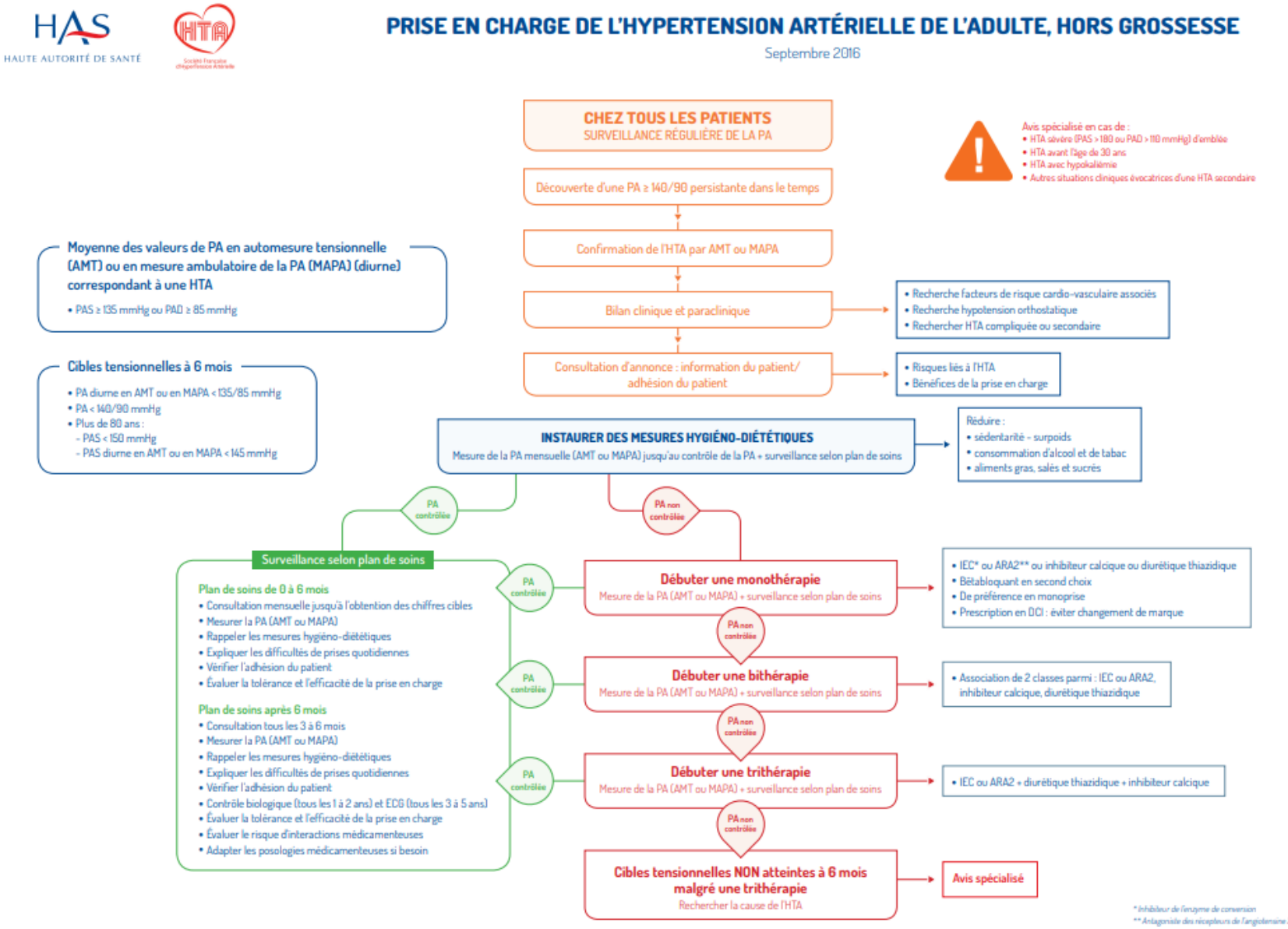


Figure 1: Schéma de prise en charge de l'HTA de l'adulte (10)

2. La surveillance du parcours de soins

Le diagramme de prise en charge rédigé par la HAS et la SFHTA (10) détaille deux types de surveillance en fonction du plan de soins : à court terme (entre 0 et 6 mois) et à long terme (à plus de 6 mois). Ces surveillances sont valables en cas de PA contrôlée.

De 0 à 6 mois, elle se base sur une consultation médicale mensuelle associée à une mesure tensionnelle en AMT ou MAPA. Les professionnels de santé rappellent les mesures hygiéno-diététiques, déterminent les difficultés rencontrées par les patients, qu'elles soient d'ordre médicamenteux ou non.

A 6 mois, la cible tensionnelle varie en fonction de l'âge :

	Age < 80 ans	**Age > 80 ans**
Mesure par AMT ou MAPA	PA < 135 mmHg/85 mmHg	PAS < 145 mmHg
Mesure au cabinet médical	PA < 140 mmHg/90mmHg	PAS < 150 mmHg

Tableau 2 : Cibles tensionnelles à 6 mois (10)

A plus de 6 mois, les consultations médicales interviennent tous les 3 à 6 mois. S'ajoute aussi un contrôle biologique tous les 1 à 2 ans. Seront alors mesurées la kaliémie, la natrémie, la créatininémie et la protéinurie. Si le patient est diabétique, insuffisant rénal, ou si tout évènement pouvant induire une hypovolémie se présente, ces contrôles seront plus fréquents. De plus, un ECG sera effectué tous les 3 à 5 ans, sauf si le patient présente une pathologie cardiaque auquel cas cet ECG sera mesuré plus fréquemment.

Cette surveillance globale va permettre de contrôler la bonne tolérance des soins, d'adapter le traitement médicamenteux si besoin, d'analyser l'adhésion du patient ainsi que sa motivation, dans un objectif d'observance médicamenteuse.

i. Focus sur l'AMT et la MAPA

Ces deux appellations caractérisent des mesures de la tension artérielle en dehors du cabinet médical. Selon la publication de la SFHTA de 2011 (11), ces techniques sont utilisées pour confirmer le diagnostic avant d'instaurer un traitement médicamenteux, pour écarter un effet « blouse blanche » ou encore pour mesurer la tension artérielle lorsqu'elle n'est pas contrôlée en consultation.

La Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle (MAPA) consiste à mesurer la pression artérielle sur 24h. Elle est donc la seule technique permettant de mesurer la PA en journée et pendant le sommeil. Elle est recommandée dans les situations suivantes (11) :

- pour poser le diagnostic d'une HTA en l'absence d'AMT
- en cas de discordance entre la PA au cabinet médical et en AMT
- devant la constatation d'une PA normale et d'une atteinte des organes cibles
- en cas de suspicion d'hypotension artérielle

L'automesure tensionnelle (AMT) est la mesure de la pression artérielle par le patient lui-même. Elle s'organise suivant la règle des 3 : 3 mesures le matin et le soir, pendant 3 jours.

La MAPA et L'AMT sont donc des éléments essentiels de diagnostic et de suivi de l'HTA. Il est alors essentiel que le patient soit sensibilisé et formé à la pratique de l'AMT par son médecin ou son pharmacien.

La HAS définit comme suit, les modalités de l'automesure tensionnelle(7) :

- préférer l'utilisation d'un appareil au bras, plutôt qu'au poignet
- effectuer au moins 2 mesures, en position assise, le bras posé sur la table, après 3 à 5 minutes de repos, dans le calme et sans parler
- réaliser 3 mesures le matin (avant le petit-déjeuner et la prise de médicaments) et 3 mesures le soir (avant le coucher) comme le précise la règle des 3. Répéter l'opération 3 jours de suite. Espacer les mesures consécutives de quelques minutes.
- demander au patient de noter les mesures de PAS, PAD et de la fréquence cardiaque. Il existe des carnets de mesures que l'on peut donner aux patients. *Cf Annexe 2 : Relevé d'Automesure élaboré par le Comité Français de lutte contre l'hypertension artérielle.*

3. *Règles hygiéno-diététiques*

Les mesures hygiéno-diététiques sont indispensables à la normalisation de la pression artérielle. Elles sont complémentaires aux thérapeutiques médicamenteuses. Pourtant, BLACHER (12) assure qu'elles sont trop peu utilisées en pratique clinique quotidiennes. Elles apparaissent comme contraignantes et génèrent donc une mauvaise observance.

i. Les habitudes alimentaires

La limitation de la consommation de sel est la première mesure à mettre en place par les patients. De nombreuses études ont montré que réduire la consommation de sel fait baisser la tension artérielle. MIDGLEY (13), dans sa méta-analyse incluant 3500 patients hypertendus ou non, a démontré qu'une diminution d'apports sodés à 6g/j réduit respectivement les PAS et PAD de 3,7 et 0,9 mmHg chez les hypertendus, et de 1 et 0,1 mmHg chez les normotendus.

La normalisation du poids est aussi un élément fondamental. Selon l'étude américaine NHANES III (National Health and Nutritional Examination Survey), la prévalence de l'HTA est deux fois plus importante chez les sujets obèses (IMC > 30) comparé à des sujets de poids normal (IMC < 25) (14).

Pour atteindre cet objectif de normalisation du poids, il est donc primordial de manger équilibré, en respectant les principes ci-dessous :

- réduire les apports en graisse et notamment les graisses saturées qui favorisent la prise de poids
- réduire la consommation d'alcool, l'apport de produits et boissons sucrés, notamment en dehors des repas (car ils augmentent le risque d'insulinorésistance).
- augmenter la part des fruits et légumes, des produits laitiers non sucrés ainsi que des céréales complètes.
- manger 3 repas par jour et éviter le grignotage

ii. L'activité physique

En parallèle d'une hygiène alimentaire saine, la pratique d'activité physique adaptée est essentielle pour réduire le risque cardio-vasculaire. Idéalement, l'exercice physique doit faire l'objet d'un programme individualisé prenant en compte les comorbidités des patients ainsi que les traitements pris. En effet, un patient sous bêtabloquant aura une fréquence cardiaque maximale. Ce facteur limitant poussera à choisir un type d'exercice plutôt qu'un autre.

L'American College of Sports Medecine recommande un avis médical ainsi que la réalisation d'un test d'effort pour les personnes concernées par un risque cardiovasculaire élevé ou une hypertension artérielle non contrôlée (15). Ils démontrent une diminution de la PAS et de la PAD au repos de 5 à 7 mmHg chez les patients hypertendus pratiquant un exercice aérobie (endurance) chronique d'intensité et de durée adaptée.

Les exercices de type aérobie (endurance), de souplesse, et de renforcement musculaire adaptés aux personnes hypertendues sont détaillés dans le tableau en annexe 3.

iii. Le tabac

Le tabagisme est un facteur de risque cardiovasculaire modifiable majeur responsable de 1 décès sur 10 dans le monde dans les années 2000 (16). « En moyenne, un fumeur régulier sur deux meurt de son tabagisme » (17).

Les conséquences de la consommation chronique de tabac sur l'HTA sont bien renseignées. Les substances toxiques contenues dans une cigarette associées à de la combustion induisent des effets sur :

- Le Système Nerveux Autonome. La sensibilité baroréflexe est altérée et ne permet donc pas de réguler une PA augmentée. Plus le sujet est jeune, moins ce réflexe sera dysfonctionnel.
- L'état des artères. En effet, on observe une altération structurelle des artères et un dysfonctionnement endothélial. Ceci serait responsable d'une installation progressive d'une HTA plus ou moins perçue par les patients. Le tabagisme est d'ailleurs un facteur de risque d'athérosclérose.

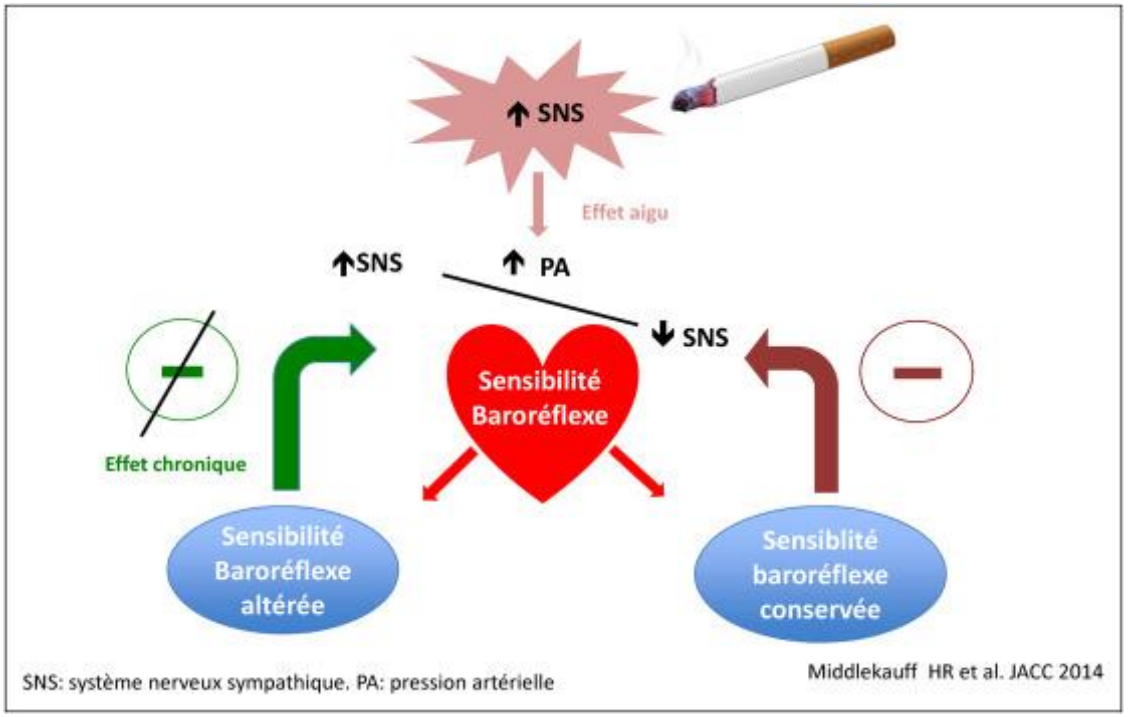


Figure 2 : Effet aigu et chronique du tabagisme sur le système nerveux autonome selon Middlekauff HR et al. (18)

Face à ces enjeux, le pharmacien a un rôle important à jouer dans la prévention du tabagisme et l'accompagnement de son sevrage.

4. Les traitements médicamenteux

L'hypertension artérielle nécessite d'être prise en charge par les médicaments lorsque les mesures hygiéno-diététiques ne sont pas suffisantes, ou si le risque cardiovasculaire est jugé élevé.

Les traitements de première intention sont : IEC ou ARA II ou inhibiteur calcique.

Un bêtabloquant sera choisi dans un second temps si les traitements précédents ne peuvent être prescrits. Toutefois, si le patient présente des comorbidités, certaines classes vont être privilégiées (1) :

COMORBIDITES	CHOIX PREFERENTIEL
Patient diabétique à partir du stade microalbuminurie ou insuffisance rénale	IEC ou ARA II
Patient avec une insuffisance rénale ou une protéinurie	IEC ou ARA II
Patient insuffisant cardiaque	IEC (sinon ARA II), bêtabloquants ayant l'AMM dans cette indication, diurétiques
Patient coronarien	IEC, bêtabloquants
Patient post-AVC	Diurétiques thiazidiques, IEC (sinon ARA II), et inhibiteurs calciques

Tableau 3 : Choix de la classe thérapeutique en fonction des comorbidités associées (1)

Quatre semaines après la mise en place d'une première stratégie thérapeutique, une bithérapie peut être débutée si la PA n'est pas contrôlée. Elle sera déterminée selon les associations possédant un effet additif. Si une trithérapie est nécessaire, elle doit intégrer un diurétique thiazidique.

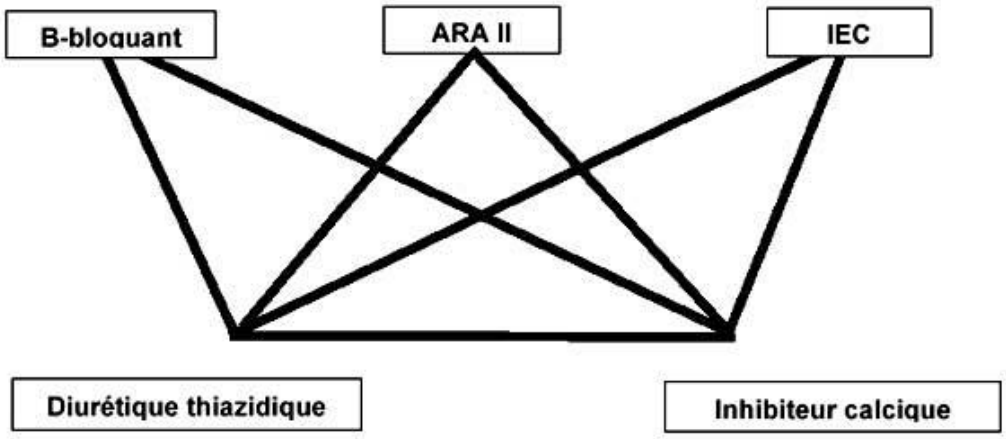


Figure 3 : Associations synergiques d'antihypertenseurs

Toutes les médicaments et spécialités sont regroupés dans le tableau ci-dessous. On y retrouve aussi les effets indésirables principaux, les contre-indications ainsi que les interactions médicamenteuses pour chaque classe thérapeutique. Ce tableau est élaboré à l'aide du cours du Dr. David FELDMAN (19)[1].

[1] Référence issue d'une formation destinée aux pharmaciens d'officine « pathologies cardiovasculaires » (non accessible au public)

CLASSE THERAPEUTIQUE		MOLECULES / POSOLOGIES	MODALITE DE PRISE	EFFETS INDESIRABLES	CONTRE-INDICATIONS	INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES
Diurétiques	Thiazidique	Hydrochlorothiazide (ESIDREX®) 25 mg le matin	Une prise unique le matin	Hypokaliémie, hyponatrémie, déshydratation, dyslipidémie, HTO, Hyperglycémie, Goutte, Vertiges	**Insuffisance rénale sévère** **CC < 30 mL/min** **Grossesse** /!\ déshydratation du sujet âgé (canicule, diarrhée, fièvre)	Méd. Effervescents Méd. Modifiant équilibre ionique Lithium déconseillé AINS, Carbamazépine, ciclosporine, digitaliques, IEC, ARA II
	Apparenté thiazidique	Indapamide LP (FLUDEX®), de 1,5 à 2,5 mg/j				
	De l'Anse	Furosémide (LASILIX®) de 20 à 40 mg/j	En 1 à 2 prises			
	Anti-aldostérone	Spironolactone (ALDACTONE®) 25 à 75 mg/j	En 1 à 2 prises			
Inhibiteurs calciques		Amlodipine (AMLOR®) 5 à 10 mg/j Felodipine (FLODIL LP®) 5 à 10 mg/j Isradipine (ICAZ LP®) 5 mg/j Lacidipine 2 et 4 mg (CALDINE®) 4 à 6 mg/j Lercanidipine (LERCAN®) 10 à 20 mg/j Manidipine (IPERTEN®) 10 à 20 mg/j Nifédipine 30 à 40 mg/j	1 prise le matin	Œdèmes MI Céphalées Flush facial HTO Tachycardie gingivites vertiges ➔ Souvent bénin, gestion par adaptation de la dose	**Insuffisance cardiaque décompensée** **IDM < 1 mois** **Tachyarythmie**	Inducteurs et inhibiteurs du CYP3A4 : - Rifampicine - Carbamazépine - Macrolides
		Diltiazem (MONO-TILDIEM LP®) 200 à 300 mg/j	1 prise/j avant ou pendant les repas			
		Nicardipine (LOXEN®) 100 à 300 mg/j	2 à 3 prises/j avant les repas			
		Nitrendipine 20 à 40 mg/j	1 ou 2 prises/j			
		Vérapamil LP (ISOPTINE®) 120 à 240 mg/j	1 à 2 prises au repas			
IEC (Posologie à adapter selon la clairance)		Benazepril 5 à 20 mg/j Enalapril (RENITEC®) 5 à 40 mg/j Lisinopril (ZESTRIL®) 5 à 40 mg/j Quinapril (ACUITEL®) 5 à 40 mg/j Ramipril (TRIATEC®) 2,5 à 10 mg/j Trandolapril (ODRIK®) 0,5 à 4 mg/j	Prise unique à n'importe quel moment de la journée	Toux sèche Atteinte rein, Hyperkaliémie Angiocœdèmes HTO altération du goût vertiges	**Angiocœdème héréditaire** **Œdème de Quincke** **Grossesse (déconseillé au 1er trimestre et CI au 2ème et 3ème trimestres)**	Méd. Effervescents Méd. Modifiant équilibre ionique Lithium déconseillé AINS Spironolactone Insulines Sulfamides hypo ARA II
		Zofenopril (ZOFENIL®) 7,5 à 60 mg/j	En 1 ou 2 prises, à n'importe quel moment de la journée			
		Périndopril (COVERSYL®) 2,5 à 10 mg/j	En 1 prise le matin avant le repas			
		Captopril 75 à 150 mg/j	En 2 à 3 prises en dehors des repas			
		Fosinopril 10 à 40 mg/j	Prise unique à n'importe quel moment de la journée (pas d'adaptation en cas d'IR)			
ARA II		Candésartan (ATACAND® KENZEN®) 4 à 8 mg/j Irbésartan (APROVEL®) 75 à 300 mg/j Losartan (COZAAR®) 50 à 100 mg/j Olmésartan (ALTEIS® OLMETEC) 20 à 40 mg/j Telmisartan (PRITOR® MICARDIS®) 40 à 80 mg/j Valsartan (TAREG®) 80 à 320 mg/j	En 1 prise/j pendant ou en dehors des repas	Atteinte rein hyperkaliémie HTO vertiges	**Grossesse** **Obstruction biliaire**	Méd. Effervescents Méd. Modifiant équilibre ionique Lithium déconseillé AINS IEC
Bêta-bloquant		Acébutolol (SECTRAL®) 200 à 500 mg/j	En 1 prise par jour	Bradycardie Asthénie refroidissement des extrémités insomnie, cauchemars dyspnée bronchospasme hypoglycémie troubles cardiaques	**Asthme, BPCO** **Bradycardie** **BAV** **Angor de Prinzmetal** **Phénomène de Raynaud**	AINS Diltiazem Vérapamil Amiodarone Antiarythmiques Insulines Sulfamides hypo Glinides Gliptines
		Aténolol (TENORMINE®) 50 à 100 mg/j Betaxolol (KERLONE®) 20 mg/j Bisoprolol (DETENSIEL®) 5 à 10 mg/j Métoprolol (LOPRESSOR® SELOKEN®) 100 à 200 mg/j Nadolol (CORGARD®) 40 à 320 mg/j Nébivolol (NEBILOX® TEMERIT®) 5 à 10 mg/j Tertatolol (ARTEX®) 5 mg/j	En 1 prise le matin			
		Celiprolol (CELECTOL®) 200 à 400 mg/j	En 1 prise le matin, réduction dose si Cl.C < 40 mL/min			
		Labétalol (TRANDATE®) 300 à 600 mg/j Propranolol 160 à 320 mg/j	En 2 à 3 prises			
		Pindolol (VISKEN®) 5 à 15 mg/j	En 1 à 2 prises			
		Timolol (TIMACOR®) 10 à 60 mg/j	En 1 à 3 prises			
Alpha-bloquants périphériques		Prazosine LP (ALPRESS LP®) 2,5 à 10 mg/j	En 1 prise le matin	Vertiges, acouphènes Céphalées Insomnies Bouche sèche Nausées/Vom. Diarrhée/Constipation Congestion nasale Impuissance Gynécomastie Arthralgie Pollakiurie Incontinence urinaire	**Hypersensibilité** **Précaution si vertiges ou céphalées**	Sildénafil, Tadalafil Alpha-bloquants urologiques Inhibiteurs calciques
		Urapidil LP (MEDIATENSYL, EUPRESSYL®) 60 à 120 mg/j	En 2 prises/j		**Intolérance au fructose, malabsorption glucose et galactose, déficit en sucrases** **Insuffisance cardiaque mécanique**	

Alpha-bloquants centraux	Clonidine (CATAPRESSAN®) 0,15 à 0,60 mg/j Rilménidine (HYPERIUM®) 1 à 2mg/j Moxonidine (PHYSIOTENS) 0,2 à 0,4 mg/j	En 1 à 2 prises/j	Bradycardie Troubles de la vigilance Sécheresse buccale Sédation Troubles dépressifs	**Grossesse, Allaitement (sauf pour ALDOMET®)** **Etat dépressif** **Brady-arythmie sévère** **Insuffisance cardiaque** **<u>Rilménidine</u> :** **Insuffisance rénale sévère (Cl. <15 mL/min)** **<u>ALDOMET®</u> :** **Antécédents d'hépatite médicamenteuse ou maladie chronique hépatique**	Médicaments pouvant entraîner une bradycardie (Bêtabloquant, antiarythmiques, antagonistes calciques, digitaliques, pilocarpine, anticholinestérasiques) Médicaments et substances dépresseurs du système nerveux central (anti-H1, benzodiazépines, alcool, morphiniques, neuroleptiques…) Yohimbine Effet rebond à l'arrêt donc diminution progressive des doses
	L-α-méthyldopa (ALDOMET®) 750 mg à 1,5g	En 2 à 3 prises par jour			

Tableau 4 : Synthèse des traitements contre l'hypertension artérielle, contre-indications et interactions médicamenteuses

i. Mécanismes d'action des antihypertenseurs

La PA dépend de 3 principaux facteurs : le débit cardiaque, les résistances périphériques et le volume sanguin. Cela va expliquer le choix des thérapeutiques en fonction des cibles qu'elles visent.

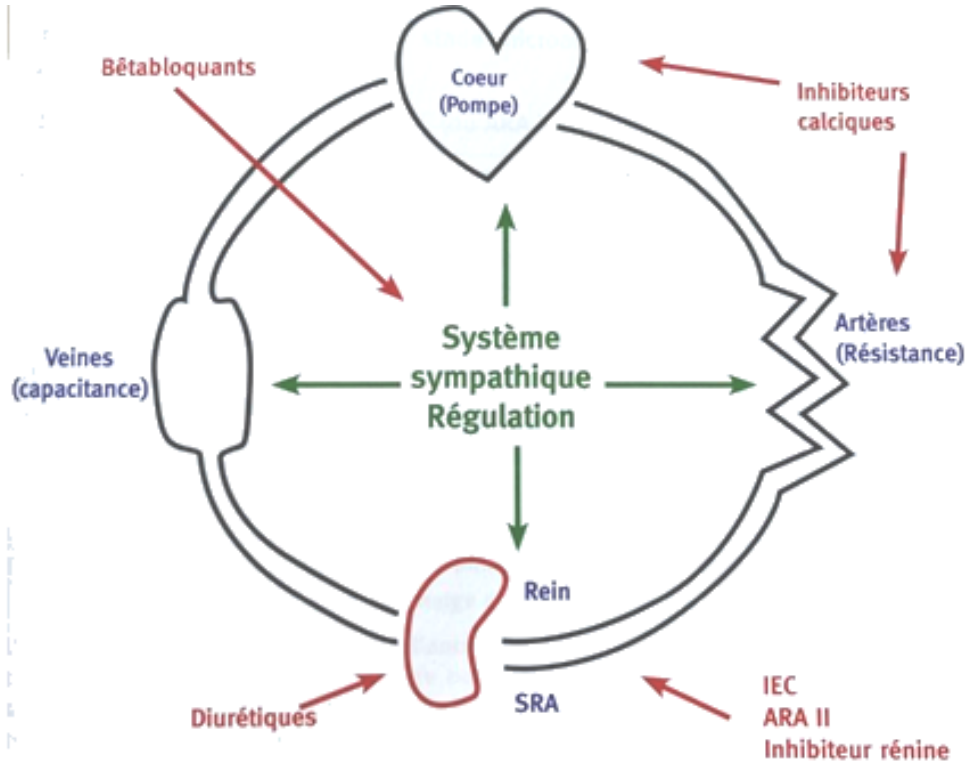


Figure 4 : Représentation des sites de régulation du débit cardiaque et des résistances vasculaires périphériques (20)

La figure ci-dessus représente les différents sites de régulation de la pression artérielle. Voici les différents mécanismes impliqués dans la réduction de la tension artérielle :

- Action sur le SRAA

- **Les IEC** : inhibiteurs de l'enzyme de conversion. Cela empêche ainsi la conversion de l'angiotensine I en angiotensine II qui est une substance vasoconstrictrice et également impliquée dans la libération d'aldostérone.

- **Les ARA II** : Antagonistes des récepteurs à l'angiotensine.
  - Antagoniste au récepteur AT1 responsable de la sécrétion d'aldostérone. Son absence induit alors une diminution de l'élimination du potassium et in fine une diminution des résistances périphériques.
  - Ainsi, l'angiotensine II de l'organisme va pouvoir se fixer sur les récepteurs AT2 et induire une vasodilatation des vaisseaux.

- Action **antagoniste calcique**

- Permet une diminution du calcium intracellulaire favorisant la relaxation du muscle lisse vasculaire et donc une vasodilatation.

- Action sur le tonus sympathique

- **Les antihypertenseurs centraux** : agonistes des autorécepteurs α2 présynaptiques situés au niveau du tronc cérébral. Ces récepteurs sont normalement inhibiteurs.
  Leur stimulation va alors diminuer la libération de noradrénaline dans la fente synaptique.
  On observe finalement une diminution du tonus sympathique.
  - A long terme, on observe une diminution de la fréquence et du débit cardiaque ainsi que des résistances périphériques et donc finalement de la tension artérielle.

- **Les bêta bloquants** :
  - Au niveau cardiaque (β1) : effets inotrope et chronotrope négatifs. Cela induit une diminution du débit et du travail cardiaque. Ainsi, la PA va être diminuée.
  - Les Beta bloquants ne sont pas sélectifs et vont aussi agir sur les récepteurs β2 et β3 respectivement responsables, par exemple, de contractions des muscles lisses (utérus et bronches) et de troubles métaboliques (inhibition de la lipolyse).

- **Les alpha bloquants** : antagonistes des récepteurs adrénergiques alpha1 impliqués dans la vasoconstriction. Par conséquent, la tension artérielle est diminuée, par diminution des résistances artérielles périphériques.

  - Action diurétique favorisant la baisse de la pression artérielle par diminution du volume sanguin

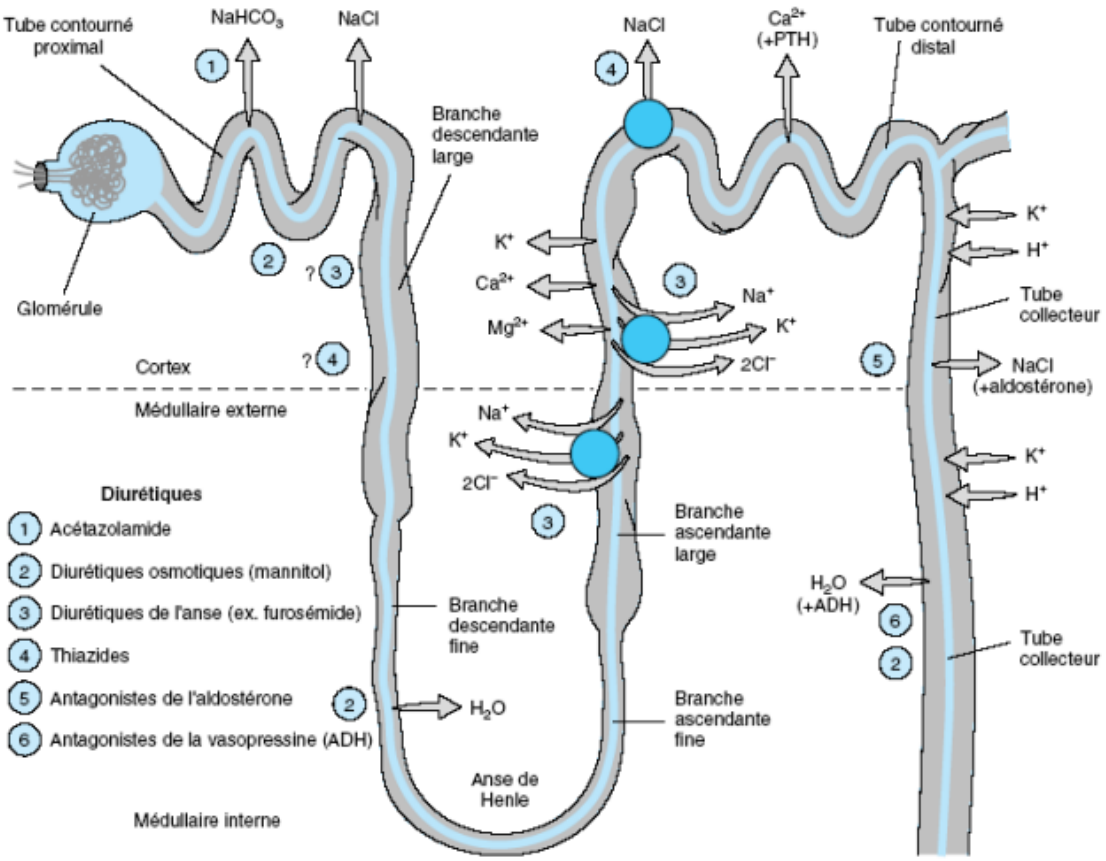


Figure 5 : Schématisation d'un néphron, extrait de Katzung (21)

- **Diurétique de l'Anse de Henlé** : inhibition du co-transporteur Na/Cl/K sur la branche ascendante de l'anse de Henlé. Cl et K seront éliminés tandis que le Na sera réabsorbé au niveau du Tube Contourné Distal du néphron. Ce blocage est associé à une augmentation de l'excrétion de Magnésium et de calcium.

- **Diurétique Thiazidique** : blocage de la pompe Na/Cl au niveau du tube distal. L'équilibre électrolytique est maintenu par réabsorption de calcium.

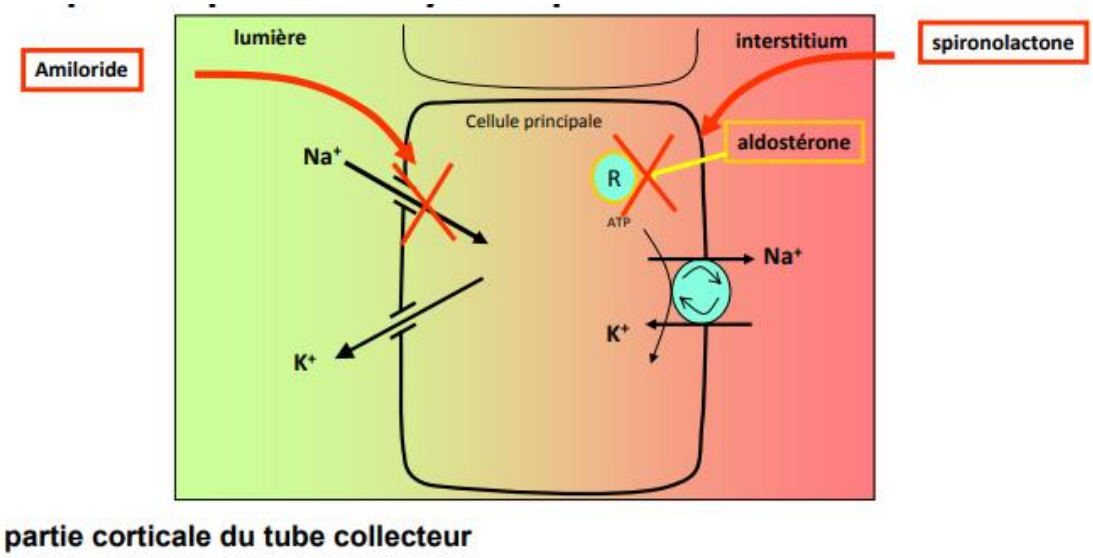


Figure 6 : Illustration du mécanisme d'action des diurétiques épargneurs de potassium (22)[2]

- **Diurétique épargneur de Potassium** : antagoniste compétitif de l'aldostérone au niveau du récepteur cytoplasmique de celle-ci. Cette action va bloquer l'échange sodium potassium. On aura alors une réduction de l'élimination du potassium et une augmentation de l'élimination de sodium. De plus, ce blocage va empêcher la production de canaux sodiques et donc intensifier la non-réabsorption de sodium.

F. Hypertension artérielle et observance médicamenteuse

L'aspect multifactoriel de l'observance médicamenteuse en fait un sujet difficile à apprécier et étudier. Toutefois, d'après le travail d'Arnoux LA, 40 à 72% des patients hypertendus sont estimés observants. De plus, il affirme que 50% des patients prenant un antihypertenseur auront arrêté de le prendre dans un délai de 1 an (23).

L'observance idéale serait atteinte lorsque 80% des traitements sont pris correctement et régulièrement, on peut alors penser que les chiffres communiqués pour l'HTA ne sont pas suffisants. C'est pourquoi, nous détaillerons, dans un second temps, les différents facteurs impliqués dans la variation de l'observance médicamenteuse.

[2] La référence est issue d'un cours magistral de C. BOBIN-DUBIGEON (non accessible au public)

II. L'observance médicamenteuse

A. Définition

D'un point de vue général, l'observance est tout d'abord un terme défini comme l'action de : pratiquer fidèlement une règle d'obéir à une habitude, de se conformer à un modèle, à une coutume (24).

D'un point de vue médical, l'Académie nationale de Pharmacie décrit l'observance comme une observation fidèle, par un patient, des prescriptions concernant par exemple, un régime et/ou traitement. Elle souligne aussi que l'observance est conditionnée par de multiples facteurs, qu'ils soient d'ordre émotionnel, cognitif, comportemental, et social (25)

B. Facteurs influençant l'observance médicamenteuse

L'observance médicamenteuse est influencée par de nombreux facteurs. De ce fait, une inobservance ne peut être expliquée uniquement par l'oubli de prise d'un traitement et se révèle bien plus complexe.

L'incidence de l'inobservance reste mal connue en France, et les conséquences sont variables en fonction des pathologies (26). Cependant, on sait qu'une inobservance aura des conséquences péjoratives à différents niveaux :

- individuel par perte de chance pour les patients
- épidémiologique par aggravation de l'incidence d'une pathologie
- économique par induction de surcoûts pour prendre en charge les patients incorrectement traités

D'après le travail de BAUDRANT-BOGA (27), les facteurs influençant l'observance médicamenteuse peuvent être classés en cinq catégories :

- facteurs liés à la maladie
- facteurs liés au traitement médicamenteux
- facteurs démographiques et socio-économiques
- facteurs liés au patient et à son entourage
- facteurs liés au système de soins

Tous ces facteurs impliqués dans la variation de l'observance médicamenteuse sont détaillés dans les paragraphes suivants.

1. *Facteurs liés au patient*

i. Socio-économiques

a. Comportement individuel dans le temps

Le rapport national sur l'observance médicamenteuse par l'Académie de Pharmacie indique que : *« L'examen des mécanismes de l'observance montre qu'il n'est pas naturel pour un patient d'être observant »*. En effet, le diagnostic d'une maladie chronique est un bouleversement dans la vie d'un individu et nécessite une adaptation du quotidien qui se construit dans le temps.

A court terme, l'acceptation de la maladie peut passer par cinq stades émotionnels différents décrits dans le modèle élaboré par la psychiatre, Elizabeth Kübler en 1976 (28) : le choc initial, le déni, la révolte, la négociation, la réflexion, et enfin l'acceptation. Le passage d'un stade à l'autre n'est pas obligatoire, prend plus ou moins de temps selon les personnes, et peut parfois faire l'objet d'un blocage à l'un de ces stades.

L'adaptation à plus long terme nécessite un changement des habitudes et donc un changement de comportement, détaillé en cinq étapes par PROCHASKA et DI CLEMENTE (29) : la pré-intention, l'intention, la préparation, l'action, et le maintien. *Cf Annexe 1 : Cycle de PROCHASKA et DI CLEMENTE*.

Ces états psychologiques vont être des déterminants de la compréhension et de l'acceptation de la maladie, et donc de l'observance qui en découle.

b. Croyances et représentations de la maladie et du traitement

Chaque individu est amené à peser les avantages et inconvénients de son traitement dans la durée. L'état mental du patient, va être décisif et orienter ses comportements de santé de deux façons(30) :

- de manière rationnelle, par toutes les connaissances, croyances et compétences de l'individu
- de manière plus irrationnelle, menée par les processus mentaux non intentionnels comme les émotions de joie, de peur, d'angoisse, etc…

Plus particulièrement dans l'HTA, la perception de la gravité de la pathologie peut être biaisée et perturber l'observance médicamenteuse. De fait, les complications induites par cette pathologie interviennent à long terme.

A court terme, cette pathologie ne paraît ni compliquée, ni invalidante, ni symptomatique pour certains patients. En effet, l'HTA se résume dans un premier temps à une mesure, à un chiffre, qui peut ne pas être compris par le patient. De plus, les effets indésirables des médicaments, et la contrainte des prises peuvent être redoutés (31).

Ainsi, comme l'indique le rapport national de l'Académie de Pharmacie(26) : *« l'observance est difficile à gérer pour le patient asymptomatique qui va privilégier sa qualité de vie au traitement contraignant. […] En revanche, on retrouve un regain d'observance chez les patients dont une personne de l'entourage a subi la complication grave et redoutée ».*

L'objectif du pharmacien est donc d'informer les patients de l'importance du traitement, ainsi que des complications possibles résultant d'un défaut d'observance.

c. Coût du médicament et reste à charges

Plusieurs méta-analyses montrent que plus le patient doit intégrer une participation financière pour obtenir son traitement, moins l'observance sera bonne. Par exemple, la revue de la littérature de Eaddy MT et Co (32) montre que dans 85% des cas, une augmentation de la part du patient dans le coût des médicaments est significativement associée à une diminution de l'observance.

ii. Facteurs intrinsèques socioculturels

Plusieurs facteurs socioculturels et démographiques peuvent faire varier l'observance médicamenteuse (26) :

- Les âges extrêmes de la vie sont plus à risque de non-observance.
- Le statut socio-économique incluant les conditions de vie et les contraintes sociales peut avoir des conséquences sur le suivi du traitement, notamment chez les personnes en situation de précarité.
- Les croyances liées à la religion

2. Facteurs liés au système de soins

i. Complexité du parcours de soins et relation ville/hôpital

Un patient pris en charge pour une ou plusieurs pathologies aura un parcours de soins complexe. En effet, il sera d'abord examiné par son médecin généraliste, ou par un médecin hospitalier dans un contexte d'urgence. Selon les examens cliniques, les examens complémentaires, le patient sera amené à consulter plusieurs médecins spécialistes, dans différents services.

JJ LEVY et C. GARNIER le décrivent bien (33) : chaque étape du parcours de soins est une cassure pour le patient d'un point de vue psychologique mais aussi pour la transmission des informations médicales et pharmaceutiques. C'est donc avec lucidité que l'on comprend que le parcours de soins peut être une cause d'inobservance.

ii. La relation patient/médecin

Les relations entre le patient et les professionnels de santé sont primordiales pour favoriser l'observance.

Aujourd'hui, le patient est acteur de sa santé. La loi de mars 2002 sur le droit des patients le positionne comme autonome et libre de prendre des décisions thérapeutiques (34). Il est donc juste de trouver un équilibre entre les informations données par le médecin, et les volontés du patient. Le professionnel de santé informe, et le patient décide.

Ce travail d'information médicale vis-à-vis du patient n'est pas chose aisée. Le médecin se doit de renseigner le patient sur la nécessité du traitement, les bénéfices attendus mais également les effets indésirables possibles, et cela sans induire de peur.

A cette difficulté s'ajoute la notion de temps pouvant être mal perçue par le patient. En effet, Epstein (35) démontre, par une revue de la littérature, que moins d'une minute est consacrée à la discussion du traitement, pour une consultation de 20 minutes.

C'est donc cette justesse d'information, la mise en place d'une relation de confiance et de respect entre soignant et soigné qui peut influer sur l'observance du patient.

iii. La qualité de la dispensation

La dispensation du traitement par le pharmacien est la dernière étape avant la mise en route du traitement. Les objectifs du pharmacien sont alors multiples, il doit :

- délivrer et en assurer la sécurité vis-à-vis du patient
- apporter toutes les informations utiles au patient
- détecter la non-observance

Le rôle du pharmacien est d'assurer la continuité de la relation entre le médecin et le patient et, par conséquent, de nuancer l'adhésion à son traitement. Il doit permettre au patient d'envisager sa prescription médicale comme un projet thérapeutique personnalisé (36).

3. Facteurs liés aux médicaments

Ces déterminants d'observance concernent le plus souvent les personnes âgées qui sont polymédiquées, et manifestent des troubles physiques et sensoriels dus au vieillissement physiologique. Cependant, ils peuvent s'appliquer à d'autres tranches d'âge.

i. Le médicament et ses conditionnements

Le médicament et ses conditionnements sont des éléments révélateurs de l'observance. Plusieurs éléments peuvent être mis en évidence :

L'emballage et la notice peuvent être un frein à l'observance pour les personnes ayant des troubles de la vision.

Le conditionnement primaire peut faire l'objet de plainte en ce qui concerne son ouverture. S. LEGER (37), dans son étude, montre la difficulté d'ouverture du conditionnement causée par des pathologies mécaniques ainsi que des troubles sensoriels des extrémités. Il le décrit majoritairement pour les flacons avec sécurité enfant ainsi que les tubes de comprimés effervescents.

Le conditionnement secondaire peut au contraire favoriser l'observance. Des emplacements sont laissés pour noter les posologies des traitements et les modalités de prise par le pharmacien. Aujourd'hui, on peut aussi visualiser la forme et la couleur des comprimés sur les emballages carton de certains fabricants.

ii. La forme galénique

Les études rapportées ainsi que les connaissances des professionnels de santé de l'académie nationale de Pharmacie rapportent trois grandes difficultés concernant les médicaments sous forme sèche (comprimés et gélules) (26) :

<u>Les gros comprimés</u>

Ils sont difficiles à avaler, surtout s'il y a des troubles de la déglutition. Le risque est que le patient écrase ou coupe les comprimés. Cela peut rendre le traitement inefficace si sa galénique est particulière (gastro-résistant, à libération prolongée, … etc).

<u>Les petits comprimés</u>

Il peut être difficile de les prendre quand le patient a des troubles de la vue. Aussi, les patients ayant des troubles mécaniques comme l'arthrose, peuvent rencontrer des difficultés pour prendre les comprimés dans le pilulier.

Les comprimés blancs

Ils sont de plus en plus fréquents. Les personnes âgées ont donc plus de peine à reconnaître quel médicament correspond à quel traitement.

iii. Modalités d'administration

Tout d'abord, il fut souligner que plus un patient a de comprimés à prendre, plus son observance sera affectée. Ainsi, à l'occasion d'un congrès, M. RHALIMI (38) annonce que « l'observance est meilleure chez les patients prenant au maximum 6 médicaments ».

Le nombre de prises par jour va aussi influer sur l'observance. En effet, R. GREENBERG (39) a montré que les patients sont plus observants quand ils prennent leur traitement 1 à 2 fois par jour par rapport à une prise 3 à 4 fois par jour.

L'horaire de prise peut poser problème, notamment si celui-ci est contraignant (prise à jeun, à distance des repas, interdiction de s'allonger après la prise…) ou si il est programmé le midi.

De plus, si le patient doit couper ses comprimés en deux ou en quatre, cela rajoute une contrainte qui n'est pas favorable à l'observance, surtout chez le sujet âgé.

iv. Les effets indésirables et bénéfiques du traitement

Comme l'indique le groupe de travail du rapport sur l'observance médicamenteuse (26), « les effets indésirables qui ont un impact sur la qualité de vie du patient ont une influence négative sur l'observance ».

En effet, des troubles tels que les nausées, les vomissements, la diarrhée, la constipation, l'œdème, les douleurs musculaires et beaucoup d'autres peuvent faire envisager au patient de suspendre son traitement plus ou moins durablement. Il s'agit d'une inobservance non-intentionnelle.

Cependant, les effets bénéfiques du traitement ressentis par le patient sont également susceptibles d'expliquer une altération de l'observance. Il convient d'expliquer au patient pourquoi il faut continuer à prendre son traitement contre la tension alors que les mesures sont normales.

Le rôle du pharmacien est donc déterminant : il doit informer le patient sur les potentiels effets indésirables de ses traitements. Il est l'interlocuteur privilégié pour le rassurer en lui apportant ses conseils pour pallier à certains de ces effets. Il doit aussi le sensibiliser quant à l'importance de la prise régulière de son traitement, notamment s'il s'agit d'un traitement chronique. Dans ce cas, il est nécessaire d'expliquer l'objectif thérapeutique des médicaments ainsi que l'intérêt de les prendre à long terme.

v. L'approvisionnement en médicaments

Plusieurs paramètres incluant la prescription et la dispensation peuvent induire une inobservance :

- Le renouvellement de la prescription tous les 3 ou 6 mois, ainsi que l'approvisionnement tous les mois à la pharmacie peuvent représenter une contrainte pour le patient expliquant certaines interruptions de traitement (26).
- La variabilité d'approvisionnement à la pharmacie selon les spécialités. Il existe des boites de 90, 84, 30 et 28 comprimés qui va complexifier les délais de renouvellement de traitement.
- Les ruptures de stocks de médicaments imposant au pharmacien de substituer le médicament pris habituellement par le patient.

C. Outils d'observance médicamenteuse

1. Outils d'aide à l'administration

Afin de faciliter la prise des médicaments, de nombreux outils sont à disposition des patients : le pilulier, le pilulier électronique, le plan de prise, le coupe comprimé, le dispositif d'administration des collyres. Détaillons les avantages et les limites des dispositifs utilisables pour les patients hypertendus.

Le plan de prise

Il s'agit d'un tableau résumant le moment des prises des traitements d'un patient. Il s'articule le plus souvent en quatre colonnes : matin, midi, soir et coucher. Les pharmaciens peuvent facilement imprimer le plan de prise qui est disponible sur la plupart des logiciels.

Ses avantages :

- Permet de visualiser facilement les prises de médicament par rapport à la simple lecture de l'ordonnance
- Peut faciliter la réalisation d'un pilulier

Ses inconvénients :

- Toute modification de traitement ou de posologie doit faire l'objet d'un changement rigoureux du plan de prise
- Le plan de prise n'est pas adapté pour un médicament dont la dose varie régulièrement

Le pilulier et pilulier électronique

Le pilulier est un dispositif réutilisable dans lequel le patient va préparer son traitement de façon hebdomadaire ou journalière. Il est découpé, pour chaque jour de la semaine, en quatre compartiments : matin, midi, soir et coucher. Il faut adapter la taille du pilulier en fonction du traitement du patient et dans la mesure du possible conserver les médicaments dans leur emballage d'origine.

Ses avantages :

- Facile à préparer
- Organise la prise de médicament et favorise l'observance médicamenteuse
- Sur certains piluliers, les journées sont détachables et permettent au patient de le transporter facilement.

Ses inconvénients :

- Risque de mélange des compartiments
- Adapté uniquement pour les formes sèches (comprimés, gélules)
- les prises intermédiaires entre le matin, midi, soir et coucher ne sont pas possibles.
- Un changement de dosage d'un médicament doit être immédiatement modifié dans le pilulier, ce qui peut générer des confusions.

Le pilulier électronique présente quelques différences. A l'heure programmée pour la délivrance des médicaments, un signal sonore retentit et un témoin lumineux clignote. Ainsi, le compartiment correspondant s'ouvre et est accessible au patient.

Le pilulier électronique est souvent équipé d'un dispositif de sécurité ne permettant pas de prendre plus de médicament que prévu. Cela est un avantage pour les personnes avec des troubles cognitifs.

Cependant, ce dispositif nécessite une programmation spécifique qui doit être gérée par le patient ou un aidant. Cela peut être difficile à mettre en place, notamment s'il y a changement de traitement ou de dosage.

Le coupe comprimé

Ce dispositif d'aide à l'administration est intéressant à proposer au patient lorsqu'il doit prendre ½ voire ¼ de comprimé. Cette situation est souvent rencontrée chez le sujet âgé, par adaptation des posologies qui doivent être réduites. Le comprimé doit être placé sur l'emplacement prévu. Puis, par pression du dispositif, une lame va scinder le comprimé. Le dispositif peut aussi être équipé d'un broyeur de comprimé.

Ses avantages :

- Facilite l'administration des comprimés qui sont difficiles à couper à la main
- Découpe nette permettant d'obtenir la dose attendue

Ses inconvénients :

- Nécessite de la force dans les mains
- Adapté uniquement pour les formes sécables ou les comprimés écrasables

Le broyage de comprimé n'est pas adapté pour tous les médicaments. Il faut informer le patient.

L'OMEDIT Normandie en partenariat avec la Société Française de Pharmacie Clinique ont d'ailleurs établi une liste des comprimés écrasables (40) . C'est un outil utile que le pharmacien peut utiliser.

2. Les entretiens pharmaceutiques

Beaucoup de services apportés aux patients à l'officine permettent d'améliorer l'observance médicamenteuse. Parmi ceux qui peuvent cibler l'hypertension artérielle, on retrouve :

- **Le bilan partagé de médication**

Il s'agit d'un dispositif régit par une convention entre l'assurance maladie et les pharmaciens d'officine. Ce bilan s'adresse aux personnes de 65 ans ou plus prenant au moins 5 médicaments sur une durée supérieure ou égale à 6 mois (40). Il permet de lutter contre l'iatrogénie en évaluant l'observance et la tolérance aux traitements, en identifiant les interactions médicamenteuses et en vérifiant le bon usage des médicaments.

Ce bilan n'est pas obligatoire. Après l'accord du patient, il s'articule en 3 temps :

- Un entretien de recueil des traitements : le patient amène l'ensemble de son traitement, ses derniers résultats biologiques pour faire le point sur ses habitudes de vie, sur la compréhension de son traitement etc…
- Une analyse des traitements par le pharmacien et le médecin traitant.
- Un entretien conseil permettant au pharmacien d'expliquer son analyse au patient, de lui remettre un plan de prise et de lui prodiguer des conseils.
- Des entretiens d'observance pour assurer un suivi du patient tout au long de son parcours de soins.

Des formulaires sont disponibles sur ameli.fr pour aider le pharmacien à accompagner ses patients à chaque étape du bilan partagé de médication.

- **La mesure de la tension à l'officine**

C'est un service simple et rapide apporté au patient. Dans ce contexte, c'est aussi l'occasion pour le pharmacien de répondre aux interrogations du patient, de l'accompagner.

- **Les entretiens de prévention**

Plus particulièrement, certaines mutuelles proposent aux pharmacies qui le souhaitent de réaliser des entretiens de prévention. Par exemple, il est possible, sur rendez-vous, de faire une évaluation du risque cardio-vasculaire.

Tous ces services valorisent la profession du pharmacien. Ils permettent de construire une relation privilégiée de confiance soignant/soigné et ainsi un accompagnement personnalisé des patients.

3. Les outils numériques

Depuis quelques années, le numérique bouleverse nos modes de communication et d'information. En effet, « La santé, autrefois réservée au milieu médical, devient grâce au numérique accessible au grand public » (41).

La santé connectée complète les supports traditionnels d'information. Elle est un gain de temps considérable et permet la réactivité et l'interactivité.

Toutefois, cette liberté d'information peut être responsable de non-observance médicamenteuse. En effet, les informations fournies sur internet sont souvent incomplètes, biaisées et partisanes (26). Les croyances en ces informations sont particulièrement favorisées par la méfiance envers les institutions (ANSM par exemple).

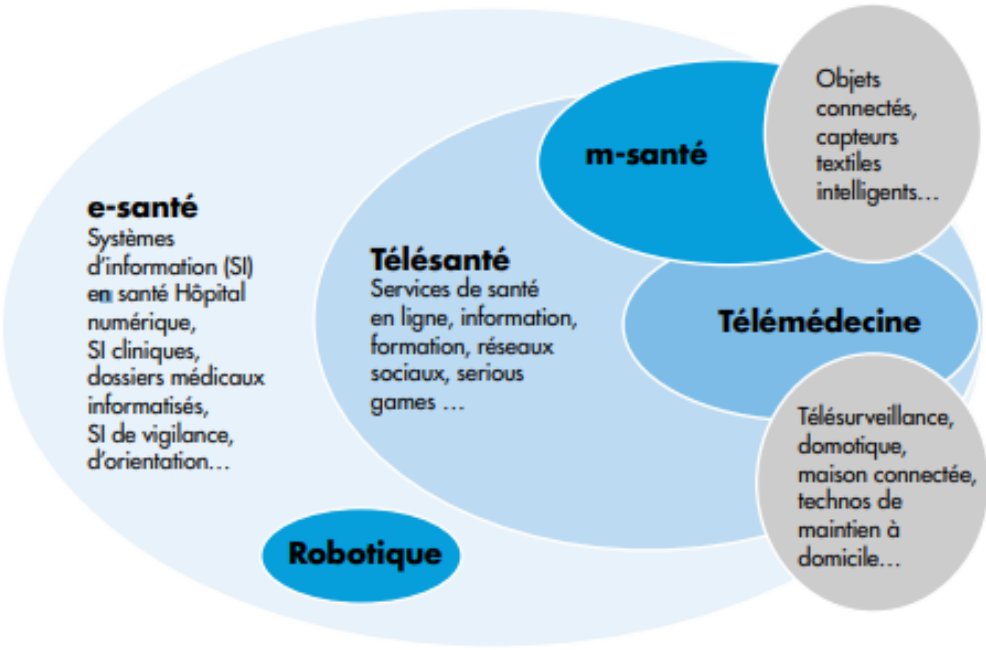


Figure 7 : La e-santé selon le CNOM (2)

Les internautes utilisent internet en matière de santé pour 3 raisons principales : la recherche d'information, l'échange d'expérience, et la participation à la construction des savoirs (41).

Selon le CNOM, 7 millions de français utilisent leur téléphone ou leur tablette pour rechercher des informations relatives à la santé. Cependant, l'utilisation des applications reste limitée (2). Une enquête de 2014 en ligne auprès de 1452 consommateurs montre que :

- Moins de 10% utilisent une application au quotidien
- Plus de 40% des utilisateurs finissent par les trouver inutiles
- 21% ont téléchargé l'une de ces applications par curiosité
- 79% ne connaissent pas d'application et la moitié ont une confiance limitée en celle-ci

Cette étude relève la principale limite des applications et objets connectés : la gestion des données personnelles.

De plus KRATZKE (42) soulève un autre point : une application a une durée de vie d'environ 3 mois. Environ 25% des applications ne seront utilisées qu'une seule fois et les autres seront abandonnées après 10 utilisations.

A partir de toutes ces données sur l'hypertension artérielle, l'observance médicamenteuse, et la place du numérique dans le quotidien de la santé, nous allons maintenant aborder la place des applications dans la prise en charge de l'hypertension artérielle.

OBSERVANCE THERAPEUTIQUE : ENQUETE SUR LA PLACE DU NUMERIQUE CHEZ DES SUJETS ATTEINTS D'HYPERTENSION ARTERIELLE

I. Objectifs

L'objectif de ce travail est d'identifier les stratégies mises en place par les patients hypertendus pour améliorer leur observance médicamenteuse. Cette observance ainsi que l'adhésion du patient à son traitement sont des éléments indispensables pour assurer un bon état de santé des individus.

Parmi ces techniques, nous allons évaluer la part d'utilisation des applications numériques. Aujourd'hui, l'utilisation des smartphones, des tablettes, des ordinateurs fait partie du quotidien de tous. Cependant, nous pouvons nous demander quelle place occupe la m-santé, c'est-à-dire l'utilisation de smartphone ou tablette pour la santé.

Cette enquête va permettre au pharmacien de s'informer des pratiques des patients permettant d'optimiser la gestion de leur traitement. Pour ce faire, il est nécessaire d'évaluer l'observance globale des patients. Ces facteurs sont multiples mais certains peuvent être facilement identifiés comme :

- La quantité de médicament prise
- la connaissance du traitement antihypertenseur
- le suivi du traitement par l'AMT et la MAPA
- l'hygiène de vie reposant sur l'instauration de mesures hygiéno-diététiques et la limitation des facteurs de risque cardiovasculaire

II. Matériel et méthode

A. Matériel

L'enquête s'est déroulée par l'intermédiaire d'un questionnaire qui a été rempli de deux manières différentes. La première partie des questionnaires a été remplie de façon anonyme et la seconde partie a été complétée lors d'entretiens semi-directifs.

B. Durée de l'enquête et population

Les premiers questionnaires ont été récoltés en octobre 2021 et les derniers courant avril 2022. Au total, 100 questionnaires anonymes ont été récupérés :

- 22 des réponses sont issues de 4 officines. Deux d'entre elles sont des pharmacies rurales, et les 2 autres des pharmacies de quartier de la ville de Nantes. Les questionnaires ont été distribués aux patients se présentant au comptoir, avec leur accord.
- Les 78 dernières réponses proviennent de patients ayant répondu au questionnaire sous format informatique. En effet, je l'ai créé sous ce format pour le rendre plus accessible. Il a été diffusé sur un groupe associatif d'un réseau social regroupant des personnes hypertendues.

En ce qui concerne la deuxième partie de mon travail, 20 entretiens semi-directifs ont été réalisés à l'occasion de mon stage de fin d'étude. La pharmacie a une localisation péri-urbaine et ainsi une patientèle régulière. Du fait du contexte de la pandémie au COVID-19, les premiers entretiens ont été effectués début mars 2022, et le dernier fin avril 2022.

C. Méthodes

Carole GARNIER - 6ème année de pharmacie – carole.garnier@etu.univ-nantes.fr
Officine : Pharmacie .....

QUESTIONNAIRE : « NE PAS OUBLIER MES MEDICAMENTS POUR LA TENSION »

Bonjour, je suis étudiante en 6ème année de pharmacie. Dans le cadre de ma thèse d'exercice, je réalise une enquête auprès de patients hypertendus afin d'évaluer leur gestion de prise de médicaments.

Vous n'êtes pas obligé de répondre aux questions si vous ne le souhaitez pas. Vos réponses ne feront l'objet d'aucun commentaire ou jugement de valeurs.

Je vous remercie par avance pour votre précieuse aide !

Carole GARNIER

1. **Vous êtes :**
   A. Un homme
   B. Une femme
   C. Autre

2. **Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?**
   A. Moins de 18 ans
   B. 18-35 ans
   C. 36-55 ans
   D. 56-75 ans
   E. Plus de 75 ans

3. **Combien avez-vous de médicaments à prendre chaque jour ?** ***(Y compris les comprimés, collyres, etc…)***

.....

4. **Combien avez-vous de médicament(s) pour la tension. Citez leur nom** ***(facultatif, seulement si vous le(s) connaissez par cœur).***

.....

5. **Vous arrive-t-il d'oublier des prises de médicament pour la tension ?**
   A. Oui
   B. Non

6. **Si <u>oui</u>, à quelle fréquence ?**
   A. Je n'oublie jamais aucune prise
   B. 1 à 2 fois dans l'année
   C. 1 à 2 fois dans le mois
   D. 1 à 2 fois dans la semaine
   E. Plus d'1 à 2 fois dans la semaine
   F. Autre : .....

7. **Quand faites-vous vos séries d'automesure ?** *(Contrôle de la tension à la maison)*
   A) Chaque mois
   B) Tous les 3 mois
   C) Tous les 6 mois
   D) Tous les ans
   E) Jamais, je compte sur mon médecin pour réaliser les mesures
   F) Autre :.....

Merci de tourner la page pour la suite du questionnaire →

Carole GARNIER - 6ème année de pharmacie – carole.garnier@etu.univ-nantes.fr
Officine : Pharmacie .....

8. **Avez-vous déjà mis en place une/des stratégie(s) pour éviter l'oubli de vos médicaments ?**
   A. Oui
   B. Non

8.1 Si oui, laquelle/lesquelles ?

.....

.....

8.2 Cette démarche vous a-t-elle permis d'améliorer la prise de votre traitement ?
A. Oui
B. Non
C. Autre : .....

8.3 Cette démarche vous a-t-elle été suggérée par un soignant ?
A. Oui
B. Non

Si oui : quelle est la profession de ce soignant ?

.....

9. **Utilisez-vous un smartphone ?**
   A. Oui
   B. Non

10. **Si oui, avez-vous déjà utilisé une application pour vous aider dans la prise de vos médicaments ?**
    A. Oui
    B. Non

10.1 Si oui, laquelle ?

.....

10.2 Si oui, vous a-t-elle permis d'améliorer la prise de votre traitement ?
A. Oui
B. Non
C. Autre : .....

10.3 Si non, seriez-vous prêt à en utiliser une ?
A. Oui
B. Non

11. **Dans la prise en charge de votre tension, avez-vous mis en place d'autres stratégies non médicamenteuses ?**

.....

Question facultative :

12. **Fumez-vous ?**
A. Oui
B. Non je n'ai jamais fumé
C. Non j'ai arrêté depuis : .....

Figure 8 : Questionnaire « Ne pas oublier mes médicaments pour la tension »

Ce questionnaire se compose de 12 questions simples, accessibles à tous et nécessitant moins de 10 min pour y répondre.

La plupart des questions offrent un choix de réponse unique. Cependant, je propose aussi de compléter la réponse dans un item dédié pour que le patient puisse s'exprimer s'il ne se retrouve pas dans les items présentés.

Deux questions sont ouvertes, sans proposition, et permettent aux patients de répondre ce qui leur parait le plus pertinent sans qu'ils soient guidés dans leur réponse.

Ce questionnaire a été rempli de façon anonyme pour permettre aux patients de répondre franchement sans qu'ils se sentent jugés. Pour les réponses recueillies en entretien, j'ai utilisé la technique de reformulation afin de faciliter la parole et le développement des idées des patients.

Les entretiens ont été réalisés par moi-même dans l'espace de confidentialité de la pharmacie où j'ai effectué mon stage de fin d'études. J'ai proposé l'entretien aux patients se présentant au comptoir et qui m'ont présenté une ordonnance contenant au moins un ou plusieurs traitements contre l'hypertension artérielle.

J'ai toujours commencé par me présenter, en tant qu'étudiante en pharmacie. J'ai expliqué à chaque patient l'objectif de son implication dans mon travail pour m'aider à valider mon diplôme de pharmacien. En valorisant leur implication, j'ai pu installer un climat de confiance pour qu'ils me parlent librement.

Je notifie qu'aucun patient à qui j'ai proposé l'entretien n'a refusé ma demande.

III. Résultats

Pour chaque question, les résultats sont reportés dans un tableau. Les réponses obtenues en entretien et en anonyme sont comparées.

1) Vous êtes :

	Anonyme (n=100)	Entretien (n=20)
Un homme	31%	45%
Une femme	68%	55%
Non binaire	1%	0%

Tableau 5 : Proportion d'hommes et de femmes dans l'enquête anonyme et en entretien

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Tranche d'âge	Anonyme (n=100)	Entretien (n=20)
Moins de 18 ans	3%	0%
Entre 18 et 35 ans	9%	0%
Entre 36 et 55 ans	44%	15%
Entre 56 et 75 ans	37%	55%
Plus de 75 ans	7%	30%

Tableau 6 : Répartition des âges des participants de l'enquête en anonyme et en entretien

3) Combien avez-vous de médicaments à prendre chaque jour ?

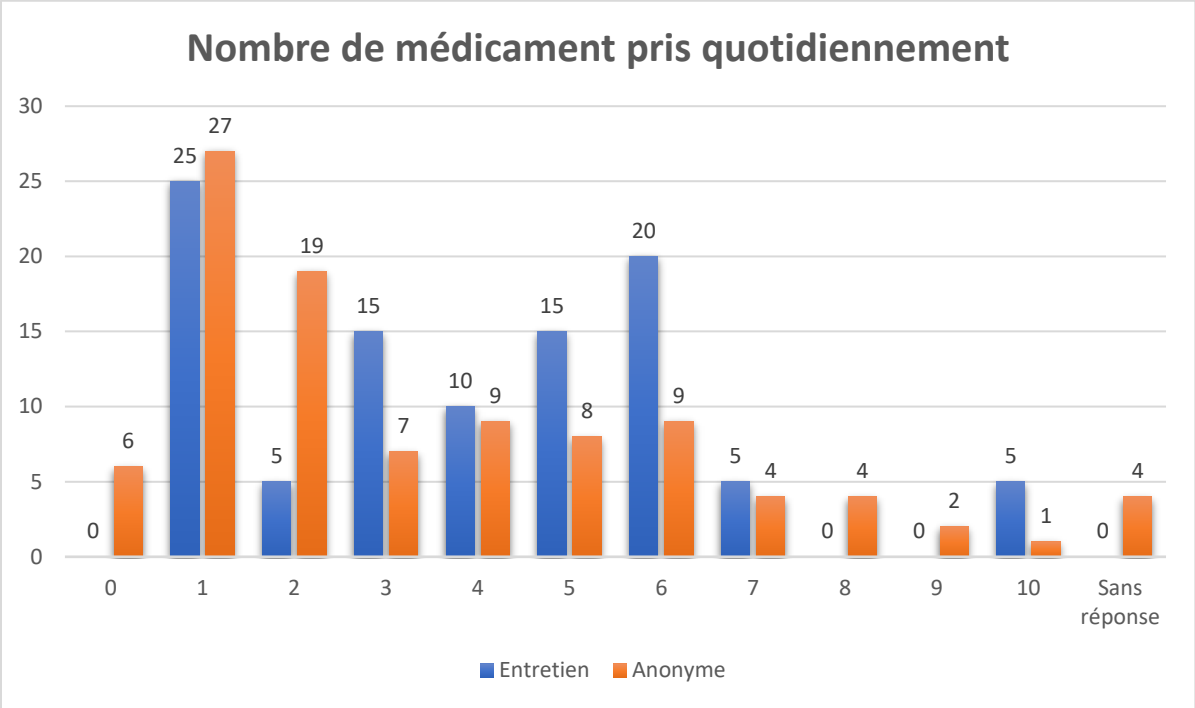


Figure 9 : Nombre de médicaments pris chaque jour dans l'enquête anonyme et en entretien

Commentaire relevé en entretien :

- « Je prends aussi du Nasacort et de l'Innovair, donc ça fait 2 de plus…si vous les considérez comme des médicaments »

4) **Combien avez-vous de médicaments pour la tension ? Citer leur nom si vous le(s) connaissez par cœur.**

Nombre de médicament pour la tension pris chaque jour	Anonyme (n=100)	Entretien (n=20)
0	4%	0%
1	65%	70%
2	17%	25%
3	9%	5%
Sans réponse	5%	0%

Tableau 7 : Nombre de médicament pris contre la tension artérielle dans l'enquête anonyme et en entretien

Connaissance du nom du traitement	Anonyme (n=91)	Entretien (n=20)
Oui	79,1%	65%
Non	36,3%	45%

Tableau 8 : Analyse de la connaissance du nom des traitements des patients de l'enquête en anonyme et en entretien.

NB : n= 91 puisque 91 personnes ont répondu prendre un traitement contre la tension. Même explication pour les autres analyses.

	Anonyme (n= 72)	Entretien (n= 12)
Connaissance principe actif	43,1%	58,3%
Connaissance princeps	45,8%	0%
Mélange connaissance principe actif/princeps	6,9%	16,7%
Connaissance partielle	4,2%	25%

Tableau 9 : Analyse de la connaissance des noms des traitements des patients de l'enquête en anonyme et en entretien.

NB :

- *N=72 car 72 personnes connaissent le nom d'au moins 1 de leurs traitements. Même explication pour l'analyse en entretien.*
- ***Connaissance partielle** : Ne connaît pas la totalité des noms de ses traitements.*
- ***Mélange connaissance principe actif/princeps** : Une partie des médicaments est connue sous le nom du principe actif et l'autre sous le nom du princeps.*

Commentaire relevé en entretien :

- « Telmisartan, ça doit être la marque »

5) Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement pour la tension ?

	Anonyme (n=100)	Entretien (n=20)
Oui	35%	40%
Non	62%	60%
Sans réponse	3%	0%

Tableau 10 : Proportion d'oubli du traitement pour la tension dans l'enquête anonyme et en entretien

Commentaires relevés en entretien :

- « ce qui pouvait arriver c'est avec les jours, j'ai plutôt tendance à en prendre 2 que 1 »
- « Ca m'arrive d'oublier si j'ai pris mon comprimé ou pas »
- « Oui ça arrive, il suffit qu'on soit en voyage et je ne les ai pas emmenés »
- « Surtout pendant les vacances »
- « Non je n'oublie pas, si je pars le week-end je fais très attention »
- « Non, comme je suis chez moi tous les matins, il n'y a pas de problème »

6) Si oui, à quelle fréquence ?

	Anonyme (n=35)	Entretien (n=8)
1 à 2 fois dans l'année	42,9%	25%
1 à 2 fois dans le mois	37,1%	37,5%
1 à 2 fois dans la semaine	11,4%	0%
Plus d'1 à 2 fois dans la semaine	8,6%	0%
Autres réponses	- Je ne veux pas prendre de traitement : 2,8%	- 1 fois en 10 ans : 12,5% - 1 fois tous les 3 mois : 12,5% - Oubli possible plusieurs jours d'affilée : 12,5%

Tableau 11 : Fréquence d'oubli des traitements contre la tension dans l'enquête anonyme et en entretien

NB : n=35 car 35 personnes affirment oublier de prendre leur traitement

Commentaire relevé en entretien :

- « j'ai des médicaments à 30 et d'autres à 28, donc c'est dans ce cas-là, pour les boites de 28, ça m'arrive de ne plus en avoir et donc je ne les prends pas »

7) Quand faites-vous vos séries d'automesure ?

	Anonyme (n=100)	Entretien (n=20)
Chaque mois	37%	10%
Tous les 3 mois	8%	0%
Tous les 6 mois	2%	0%
Tous les ans	2%	0%
Jamais, je compte sur mon médecin	18%	75%
Sans réponse	4%	0%
Autres	- Plusieurs fois par jour : 1% - Ponctuellement plusieurs fois par jour car poussée de tension : 1% - Tous les jours : 7% - Plusieurs fois par semaine : 4% - Plusieurs fois par semaine car début de traitement : 1% - Chaque semaine : 5% - 2 fois par mois : 1% - Tous les 2 mois : 1% - Quand j'ai un doute/me sens fatigué : 5% - Variable, non régulier car ça m'angoisse : 3%	- 2 fois / mois : 1 - A la pharmacie : 2 - Quand variation de tension chez le médecin, MAPA : 2 - Quand je ne me sens pas bien : 3 - Oui, quand le médecin me le demande : 3

Tableau 12 : Fréquence de la réalisation de l'automesure dans l'enquête anonyme et en entretien

Commentaires relevés en entretien :

- « Je ne la fait prendre que par le médecin car ça m'angoissait trop. Ça m'angoissait quand le traitement n'était pas équilibré »
- « Depuis que je revois mon médecin tous les 3 à 6 mois, j'ai toujours plus de tension chez elle que chez moi »

8) <u>Avez-vous déjà mis en place une/des stratégies pour éviter l'oubli de vos médicaments ?</u>

Mise en place stratégie	Anonyme (n=100)	Entretien (n=20)
Oui	39%	95%
Non	59%	5%
Sans réponse	2%	0%

Tableau 13 : Proportion de patients mettant en place une ou des stratégies pour ne pas oublier son traitement en anonyme et en entretien

<u>Commentaires relevés en entretien</u> :

- « La stratégie ? Je l'ai dans la tête, c'est comme un réflexe maintenant. »
- « Non c'est un réflexe »
- « J'ai acheté un pilulier car ça m'arrivait de ne plus me souvenir si j'avais pris mon traitement »
- « l'avantage de la tension, c'est que ça se prend le matin, il suffit d'avoir son petit rituel quoi, chaque jour et ça se fait tout seul. C'est plus quand on part, d'arriver à se caler un moment où il faut le prendre qui peut être compliqué. »
- « Le matin, quand je me lève je prends mes médicaments, j'attends un peu qu'ils soient assimilés avant de manger »
- « Pour le mono-tildiem, j'ai pris l'habitude de le prendre le matin. Pourtant quand j'ai lu la notice j'ai vu que c'était mieux de le prendre le soir. Je le prends tous les matins c'est plus facile pour moi et ça a l'air efficace »

i. Si oui, laquelle ?

J'ai catégorisé les réponses en fonction du type de stratégie.

Type de stratégie	Entretien (n=19)
Utilisation d'un pilulier	**5 réponses soit 25%** - J'utilise un pilulier si je ne suis pas chez moi - J'ai un pilulier pour savoir si j'ai bien pris mon traitement ou pas
Rangement /placement spécifique des médicaments	**11 réponses soit 55%** - Médicaments à côté de l'assiette du repas (4) - Médicaments rangés à un endroit le matin, et un autre le soir (3) - Médicaments dans une sacoche - Médicaments sur la table du petit-déjeuner (2) - Pilulier sur la table tous les matins - Je range la boite de médicament dès que je l'ai pris
Anticipation de voyage/de changement d'habitude	**3 réponses soit 16%** - J'ai une pochette de réserve pour mes voyages/week-end. - J'ai une trousse de secours dans mon portefeuille quand il y a des imprévus (dîner chez des amis) - Quand je pars le week-end, je prépare un pilulier pour quelques jours
Habitude	**11 réponses soit 55%** - 1ère chose faite avant le petit-déjeuner = prise des médicaments (2) - Tous les médicaments sont pris le matin au même moment - C'est le même rituel tous les soirs/matin (3) - Prise à heure fixe - Je sors mon pilulier du placard tous les matins - C'est la première chose que je fais le matin, je prends mes médicaments avec le même verre - La prise de médicament est associée à la prise d'un jus ou d'une clémentine
Note les prises	1 réponse soit 5%
Alarme sur le téléphone	1 réponse soit 5%

Tableau 14 : Stratégies mises en place par les patients dans l'enquête en entretien

NB : En entretien, 19 patients ont répondu avoir une stratégie pour éviter d'oublier leur traitement.

Type de stratégie	Anonyme (n=39)
Utilisation d'un pilulier	**13 soit 33,3%** - Je prépare des semainiers pour un mois
Rangement /placement spécifique des médicaments	**9 soit 23,1%** - Je laisse mes médicaments à la vue (2) - Médicaments dans la cuisine près de la vaisselle - Place des médicaments près de la machine à café - Médicaments dans le sucrier pour le café - Accroché au pot de café - Je mets mes médicaments à table à ma place avant de déjeuner - Je regroupe les médicaments du matin ensemble - Médicaments dans un panier chaque matin, je range le panier quand j'ai pris mon traitement
Habitude	**7 soit 17,9%** - Je prépare un verre d'eau la veille de la prise - Je prépare les médicaments pour la journée chaque matin (2) - Prise avant le petit-déjeuner - Prise médicaments tous les matins au réveil - Les préparer dans un récipient avant de prendre le verre d'eau le matin - Prise au même moment de la journée, avant le brossage des dents
Note les prises	**2 soit 5,1%** - Je note la date sur le paquet - Je note la date du 1er comprimé et je compte
Utilisation du téléphone	**12 soit 30,8%** - Alarme/Rappel sur le téléphone - Alarme sur le portable de maman + essai alarme sur montre connectée

Tableau 15 : Stratégies mises en place par les patients en anonyme.

<u>NB</u> : En anonyme, 39 patients ont répondu avoir mis en place des stratégies pour ne pas oublier leur traitement.

ii. La mise en place de cette stratégie vous a-t-elle permis d'améliorer la prise de votre traitement ?

	Anonyme (n=39)	Entretien (n=20)
Oui	87,2%	90%
Non	2,6%	5%
Autre	- Plus rassurant (1) soit 2,6% - Ca simplifie la prise (1) soit 2,6% - Sans changement (2) soit 5,1% ➢ Rappel téléphone ➢ Rituel	- Je l'ai toujours bien pris (1) soit 5%

Tableau 16 : Analyse de l'amélioration de la prise du traitement par la mise en place de stratégies dans l'enquête en anonyme et en entretien.

iii. Cette démarche vous a-t-elle été suggérée par un soignant ? Si oui quelle est la profession de ce soignant ?

	Anonyme (n=39)	Entretien (n=20)
Oui	3 réponses soit 7,7% - Cardiologue (2) ➢ 1 conseil de prise d'habitude ➢ 1 conseille une application - Médecin généraliste (1) ➢ Conseille alarme sur le téléphone	1 réponse soit 5% - Soignant de l'hôpital (ne se souvient plus)
Non	36 réponses soit 92,3%	19 réponses soit 95%

Tableau 17 : Analyse de l'implication d'un soignant pour conseiller la mise en place de stratégies dans l'enquête en anonyme et en entretien.

9) Utilisez-vous un smartphone ?

	Anonyme (n=100)	Entretien (n=20)
Oui	80%	80%
Non	17%	20%
Sans réponse	3%	0%

Tableau 18 : Analyse de l'utilisation d'un smartphone dans l'enquête en anonyme et en entretien

10) Si oui, avez-vous déjà utilisé une application pour vous aider dans la prise de vos médicaments ?

	Anonyme (n=82)	Entretien (n=16)
Oui	11%	0%
Non	85,4%	100%
Sans réponse	3,7%	0%

Tableau 19 : Analyse de l'utilisation d'une application dans l'enquête en anonyme et en entretien

NB : n=82 car 82 patients ont répondu utiliser un smartphone. Même raisonnement pour l'analyse en entretien.

Commentaires relevés en entretien :

- « Non pas vraiment… j'ai déjà beaucoup de notifications »
- « Non, je ne savais même pas que ça existait »
- « J'ai des rappels mais je n'en ressens pas le besoin »

i. Si oui laquelle ?

Parmi les 9 patients qui ont répondu utiliser une application pour les aider à prendre leur traitement :

- 4 utilisent une alarme, un rappel avec leur smartphone
- 2 utilisent l'application « My Therapy »
- 1 personne utilise l'application « SuiviHTA »
- 1 personne utilise une application spécifique à la marque de son smartphone sans préciser sa fonction
- 1 personne n'a pas répondu à la question

ii. Vous a-t-elle permis d'améliorer la prise de votre traitement ?

Parmi les 9 patients utilisant une application :

- 8 ont répondu que celle-ci améliore la prise de son traitement
- 1 a répondu que celle-ci est rassurante pour ne pas oublier son traitement

iii. Si non, seriez-vous prêt à en utiliser une ?

	Anonyme (n=70)	Entretien (n=16)
Oui	44,3%	31,2%
Non	48,6%	68,8%
Sans réponse	7,1%	0%

Tableau 20 : Volonté d'utilisation d'application dans l'enquête en anonyme et en entretien

NB : n= 70 car 70 personnes ont répondu posséder un smartphone mais ne pas utiliser d'application. Même raisonnement pour l'analyse en entretien.

Commentaire relevé en entretien : « Non, pas pour si peu » (Prise de 1 médicament)

11) **Dans la prise en charge de votre tension, avez-vous mis en place d'autres stratégies non médicamenteuses ?**

Réponses en Anonyme (n=100)	
Pratique d'une activité physique	18% - Yoga (2) - Renforcement musculaire (1) - Marche (5) - Natation (1) - Eviter la sédentarité (1)
Perte de poids	2%
Arrêt Tabac	0%
Alimentation	17% - Alimentation cétogène, ma tension diminue (1) - Limiter la consommation d'alcool (1) - Arrêt du café (1) - Moins de café (1) - Moins de sel (6) ou Suppression du sel (2) - Moins de sucre (1) - Attention à l'alimentation (1) - Manger plus de légumes (3) - Je vois une diététicienne (1) - Régime alimentaire (1)
Recours aux « médecines naturelles »	4% - Huiles essentielles (1) - Prise de valériane tous les soirs (1) - Bourgeon d'Olivier (1)
Recours aux soins paramédicaux et autres	1% - Massage (1) - Réflexothérapie (1)
Gestion du stress	3% - Cohérence cardiaque et relaxation (1) - J'essaie de me calmer et j'évite le stress (1)
Oui, sans précision	6%
Autres stratégies	2% - Bas de contention le soir (1) - Je bois beaucoup d'eau (1)
Aucune stratégie de mise en place	37%
Sans réponse	19%

Tableau 21 : Analyse des stratégies non médicamenteuses dans l'enquête en anonyme

Réponses en Entretien (n=20)	
Pratique d'une activité physique	6 soit 30% - Yoga (1) - Marche (2) - Je sais qu'il faut faire de l'activité physique mais je n'en fais pas pour le moment (1) - Je prends mon vélo pour aller au travail (1)
Perte de poids	1 soit 5%
Arrêt Tabac	0
Alimentation	5 soit 25% - Je fais attention à ce que je mange pour contrôler mon poids (1) - Je fais attention à mon alimentation (1) - Moins de sel (2) ➢ J'achète du beurre doux (1) ➢ J'évite de manger des aliments trop salés (1) - Pas de sel dans l'alimentation (1) - Je préfère mettre des épices (1) - Pas de plat préparé (1)
Recours aux « médecines naturelles »	0
Recours aux soins paramédicaux et autres	0
Gestion du stress	0
Autres stratégies	1 soit 5% - Appareillage contre l'apnée du sommeil (1)
Aucune stratégie de mise en place	8 soit 40%

Tableau 22 : Analyse des stratégies non médicamenteuses dans l'enquête en entretien

Commentaire relevé en entretien :

- « Comme j'ai déjà fait un AVC, je dois faire attention à ce que je mange »

12) Fumez-vous ?

	Anonyme (n=100)	Entretien (n=20)
Oui	14%	5%
Non je n'ai jamais fumé	47%	60%
Non j'ai arrêté	37%	35%
Sans réponse	2%	0%

Tableau 23 : Proportion de fumeurs dans l'enquête en anonyme et en entretien

Commentaire relevé en entretien :

- « Je ne fume pas mais j'ai travaillé pendant 7 ans dans un café, j'étais donc fumeuse passive »

i. Si vous avez arrêté de fumer, depuis combien de temps ?

	Anonyme (n=39)	Entretien (n=8)
1 an ou moins	6 soit 15,4%	0
5 ans ou moins	8 soit 20,5%	1 soit 12,5%
10 ans ou moins	3 soit 7,7%	0
30 ans ou moins	10 soit 25,6%	3 soit 37,5%
Plus de 30 ans	5 soit 12,8%	3 soit 37,5%

Tableau 24 : Analyse de la durée du sevrage tabagique dans l'enquête en anonyme et en entretien

Autres réponses en anonyme :

- 1 an, mais encore la cigarette électronique (1 personne)
- Quelques fois je fume, mais je ne suis pas un fumeur (1 personne)
- Je fume max 2 cigarettes par jour (1 personne)

Commentaires relevés en entretien :

- « J'ai eu des problèmes de cœur, la peur m'a fait arrêter »
- « J'ai pour projet, j'espère, de pouvoir arrêter de prendre mon traitement pour la tension. Mais je n'arrêterai jamais toute seule. Ma sœur faisait du mauvais cholestérol, elle a arrêté toute seule et a fait un AVC »

NB : n=39 car 39 personnes ont répondu avoir arrêté de fumer

IV. Discussion

A. Synthèse des résultats

Cette enquête regroupe un nombre assez important de participants : 100 réponses en anonyme et 20 réponses en entretien. Ainsi, l'échantillonnage est significatif et nous permet d'avoir des résultats interprétables.

On remarque que la moitié des résultats est similaire, et l'autre moitié présente des discordances. Toutefois, plusieurs raisons nous amènent à prendre en considération les entretiens plutôt que les questionnaires anonymes.

Tout d'abord, nous pouvons dire que certains résultats sont sous-estimés en anonyme. Par exemple, 95% des patients en entretien affirment mettre en place une stratégie pour ne pas oublier son traitement versus 39% en entretien. Les résultats sont plus marquants pour l'automesure de la tension artérielle puisque 75% des patients en entretien comptent sur leur médecin pour prendre leur tension versus 18% en anonyme.

Nous observons aussi que la population en anonyme est plus jeune que la population en entretien. En effet, la majorité des patients en anonyme ont entre 36 et 55 ans tandis que la majorité en entretien ont entre 55 et 75 ans.

Ainsi, du fait de l'importance des réponses informatiques (78 réponses) et des données épidémiologiques concernant l'âge (70% de patients hypertendus ont entre 65 et 74 ans), nous pouvons conclure que la population en entretien est plus représentative de la population générale hypertendue.

De plus, les questionnaires anonymes présentent des avantages et des inconvénients :

- La réponse est rapide permettant de recueillir plus de réponses
- L'anonymat favorise l'honnêteté du patient qui ne se sentira pas jugé par le professionnel de santé
- Cependant, cette manière de répondre ne permet pas d'apprécier réellement la bonne compréhension des questions. En effet, on observe que pour la majorité des interrogations, il y a toujours une petite proportion de patients qui n'apportent pas de réponse. Par exemple, 19 patients affirmant mettre en place une stratégie pour ne pas oublier son traitement n'ont pas répondu à la question « Quelle stratégie mettez-vous en place ? ». Cela signifie probablement que le patient réalise son interprétation à sa manière et ne perçoit pas forcément la finalité de la question.

Aussi, les entretiens facilitent l'expression des patients. En effet le temps mis à leur disposition leur permet de soigner et élaborer leur réponse par rapport au format anonyme. La conversation avec le professionnel facilite la compréhension des questions et ainsi la pertinence des réponses.

Nous retiendrons alors les réponses obtenues en entretien plutôt qu'en anonyme. Toutefois, il est intéressant de relever les réponses aux questions ouvertes en anonyme, mettant en avant certaines pratiques et consommations.

On constate que 95% des patients mettent en place une stratégie pour ne pas oublier de prendre leur traitement. Ces stratégies ont été élaborées par les patients eux-mêmes et ont amélioré la prise du traitement dans 90% des cas. En fonction des réponses, j'ai pu distinguer plusieurs catégories de stratégies.

En tête, 55% des patients rangent leurs médicaments à des endroits bien spécifiques. Le plus souvent, ils sont placés sur la table pour être pris au moment du repas. Dans la même optique et à proportion équivalente, les patients affirment que la prise de leur traitement est un réflexe, une habitude. On comprend alors que la prise du traitement est intégrée dans le quotidien des patients. *« C'est le même rituel tous les matin et tous les soirs »*.

La stratégie suivante la plus évoquée est l'utilisation d'un pilulier par 25% des patients. Ce dispositif permet de mieux organiser les prises. En effet, un patient a souligné qu'un intérêt du pilulier est de savoir si le médicament a été pris ou non : *« j'ai acheté un pilulier car ça m'arrivait de ne plus me souvenir si j'avais pris mon traitement »*.

5% des patients notent les dates de prise des médicaments et c'est la même proportion qui utilise une alarme sur le téléphone.

16% des patients indiquent utiliser une stratégie pour anticiper un voyage, un départ en week-end. Ils utilisent une pochette spécifique pour y mettre les médicaments. Une patiente m'a aussi fait part de la préparation d'une « trousse de secours » dans le portefeuille pour prévenir un imprévu, un dîner improvisé par exemple. Dans ce cas, ces stratégies mettent en avant une cause d'oubli importante : la modification des habitudes de vie.

En effet, il arrive parfois à 40% des patients d'oublier de prendre leur traitement. La fréquence d'oubli est majoritairement de 1 à 2 fois par mois pour 37% d'entre eux. Le reste des patients oublie 1 à 2 fois dans l'année ou encore moins fréquemment. Ces oublis sont justifiés de la même manière :

- *« Oui ça m'arrive d'oublier, il suffit qu'on soit en voyage et j'ai oublié d'emmener mon traitement »*
- *« Oui j'oublie, surtout pendant les vacances »*
- *« Non je n'oublie pas, si je pars le week-end je fais très attention »*

Peu de patients reconnaissent utiliser des applications pour les aider à prendre leur traitement. 80% des patients interrogés en entretien possèdent un smartphone, mais aucun d'entre eux n'utilise d'application. Les justifications sont multiples : Certains n'en ressentent pas le besoin, d'autres ne savent pas que des applications existent pour remplir cette fonction et d'autres jugent qu'il y a déjà trop de notifications sur leur téléphone ou qu'ils prennent trop peu de médicament pour avoir recours à cette aide. Si on leur conseillait une application, presque 70% des patients ne sont pas intéressés pour l'utiliser.

L'oubli de prise d'un comprimé n'est pas le seul facteur expliquant la non-observance. A travers les autres questions, nous pouvons identifier certains de ces autres facteurs.

L'instauration de mesures hygiéno-diététiques est indispensable et même la première démarche à mettre en place dès que le diagnostic de l'hypertension artérielle est posé. Les réponses attendues à la question « Dans la prise en charge de votre tension, avez-vous mis en place d'autres stratégies non médicamenteuses ? », les réponses attendues sont :

- La pratique d'une activité physique régulière
- Le contrôle ou la perte de poids
- Avoir une alimentation équilibrée en diminuant les lipides et glucides d'index glycémique élevée et en augmentant la part de fruits et légumes
- Limiter la consommation de sel à 6g/j au maximum
- L'arrêt de la consommation de tabac
- Limiter la consommation d'alcool

Dans l'enquête, que les réponses soient anonyme ou en entretien, les résultats sont similaires : la majorité des patients ne mettent aucune stratégie non médicamenteuse en place pour améliorer ou maintenir leur tension artérielle. Cela concerne 40% des patients en entretien et 37% en anonyme.

En entretien, 30% pratiquent une activité physique régulière : la marche et le yoga sont les activités les plus rapportées.

La gestion de l'alimentation des patients en entretien regroupe 25% des réponses. 2 patients ont affirmé manger moins de sel et 1 patient le supprime. A sa place, ils préfèrent utiliser des épices. Un patient assure aussi faire attention à son alimentation pour contrôler son poids.

17% des patients en anonyme incluent la gestion de l'alimentation dans les stratégies non médicamenteuses. Ces réponses mettent en avant certaines pratiques à ne pas négliger. En effet, un patient consulte une diététicienne, un autre réalise un régime alimentaire et un autre a une alimentation cétogène pour faire diminuer sa tension artérielle. De plus, les réponses sur les pratiques alimentaires sont plus précises car 3 patients déclarent manger plus de légumes, 2 boivent moins de café et consomment moins de sucre, et 1 patient limite sa consommation d'alcool. L'accompagnement du patient par le pharmacien est utile pour s'assurer que le patient est en sécurité face à ces pratiques.

Aussi, on repère un recours aux « médecines naturelles » pour 4% des patients en anonyme par la consommation d'huiles essentielles, de phytothérapie (valériane et bourgeon d'olivier).

Ces pratiques nécessitent d'être vérifiées par le pharmacien qui peut vérifier l'absence d'interactions médicamenteuses possibles avec les traitements antihypertenseurs. Un patient a aussi recours à des soins paramédicaux comme la réflexothérapie.

La gestion du stress fait aussi partie des stratégies mises en place par les patients dans les réponses anonymes. Les patients évoquent pratiquer des exercices de respiration et essayer au possible d'éviter les situations stressantes pour gérer leur pression artérielle.

Aucun patient n'a mentionné l'arrêt de la consommation de tabac comme stratégie non médicamenteuse pour prendre en charge la tension artérielle. Pourtant, l'enquête montre que 5% des patients fument régulièrement. Cette proportion est légèrement supérieure en anonyme puisqu'elle atteint environ 14%. La majorité des patients affirme n'avoir jamais fumé que ce soit en entretien ou en anonyme.

Aussi, plus un patient va avoir de prise de médicament dans la journée, plus la probabilité d'être moins observant sera élevée. Dans l'enquête, 25% des patients prennent 1 médicament par jour. Qu'il contienne un ou plusieurs principes actif, c'est la situation idéale pour minimiser le risque d'oubli. Ensuite, 30% des patients ont entre 2 et 4 médicaments par jour. Enfin, 45% des patients interrogés prennent 5 médicaments ou plus par jour. Puisque j'ai pu voir les ordonnances des patients avant de leur proposer l'entretien, je peux évoquer que généralement, les médicaments présents sur l'ordonnance en plus du traitement pour la tension prennent en charge des pathologies mettant en jeu le risque cardiovasculaire. Par exemple, des traitements hypocholestérolémiants, des traitements contre le diabète de type II, des traitements anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire.

Parmi ces traitements chroniques, 1 médicament est contre la tension dans 70% des cas. Dans 25% des cas 2 médicaments sont contre le tension artérielle, et dans 5% des cas 3. On peut alors admettre que généralement, les patients ont une monothérapie ou une bithérapie.

La connaissance de la maladie et du traitement sont des facteurs favorisant l'observance médicamenteuse. Dans l'enquête, 65% des patients connaissent au moins 1 nom de leur traitement contre l'HTA et 58% d'entre eux citent le nom du principe actif.

B. Limites de l'enquête

L'échantillonnage reste limité et restreint à une patientèle d'une seule officine péri-urbaine et ne permet donc pas de façon fiable de généraliser les résultats à l'état national.

De plus on peut se demander si la plus importante proportion de femmes à avoir répondu au questionnaire ne constitue pas un biais. En effet, on sait que les hommes sont plus touchés par l'hypertension artérielle que les femmes.

Le questionnaire présente aussi ses limites. Certaines questions auraient pu être rédigées autrement. Par exemple, la question « Combien de médicament prenez-vous pour la tension ? » ne permet pas de distinguer les médicaments contenant un ou deux principes actifs. Les résultats obtenus sont alors difficilement interprétables.

Aussi, on observe quelques questions ouvertes sans réponse pour le questionnaire anonyme ou alors une nécessité de reformulation pour les entretiens. De fait, on aurait pu imaginer les remplacer par des questions à choix multiples permettant de mieux préciser la finalité de la question.

Le temps passé aux entretiens est aussi une limite ainsi que la diversité de patients. Certains ont de l'hypertension depuis des années tandis que d'autres commençaient tout juste à prendre leur traitement. Cela a eu une influence pour la réponse à certaines questions. Par exemple, des patients commençant tout juste leur traitement ne connaissait pas ou pas encore le nom des médicaments. A cet égard, nous aurions pu ajouter une question relative à l'ancienneté du traitement antihypertenseur.

C. Perspectives

En perspective, ce questionnaire pourrait être étendu à plus d'officines en France. Cela permettrait d'avoir de plus grands effectifs et donc de recueillir des résultats plus représentatifs et plus fiables.

Il serait intéressant d'évaluer l'observance des patients à travers différents types d'officines pour diversifier les réponses et ainsi représenter au mieux la population hypertendue.

Ce questionnaire pourrait également être une base à la réalisation d'entretiens pharmaceutiques ciblés à l'officine. En effet, le risque cardiovasculaire est déjà abordé dans les entretiens dédiés au diabète, pourquoi ne pas l'instaurer dans le cadre de l'hypertension artérielle ? Cet entretien permettrait au pharmacien d'avoir un temps privilégié avec le patient pour aborder plus précisément l'intérêt du traitement en expliquant les mécanismes de l'hypertension artérielle et les mesures hygiéno-diététiques à mettre en place par exemple. Il permettrait d'avoir du temps que nous n'avons pas toujours au comptoir.

Pour qu'il soit plus complet, le questionnaire pourrait être complété par d'autres questions ciblant d'autres facteurs de non-observance comme :

- La forme galénique : « rencontrez-vous des difficultés pour prendre votre traitement ? »
- Les effets indésirables : « Votre traitement a-t-il fait l'objet d'effets indésirables problématiques ? »

CONCLUSION

Ce travail nous montre bien que les patients utilisent des stratégies pour ne pas oublier de prendre leur traitement. Ces stratégies sont majoritairement intuitives et personnelles. Elles font partie intégrante de la vie quotidienne de chacun des patients.

Parmi ces stratégies, l'utilisation des applications numériques n'est relativement pas adoptée par les patients. Ceux-ci préfèrent conserver leurs rituels et par conséquent, beaucoup d'entre eux ne voient pas l'intérêt de les utiliser. Ils relèvent d'ailleurs plus de contraintes que d'avantages en indiquant un nombre trop important de notifications journalières, ou encore en me confiant une difficulté à savoir utiliser les applications qu'elles concernent la santé ou non.

Le constat est clair : les patients sont relativement observants vis-à-vis de la prise de leur traitement. Cependant, grâce à l'évaluation plus globale de l'observance médicamenteuse, une question plus importante est nettement sous-estimée : l'observance des autres recommandations des autorités de santé, notamment la mise en place des mesures hygiéno-diététiques.

Le rôle du pharmacien dans l'accompagnement du patient prend alors tout son sens. Il est l'un des seuls professionnels de santé à pouvoir être sollicité sans prendre de rendez-vous. Cet avantage fait de lui un interlocuteur privilégié et récurrent du parcours de soins. Ainsi, le pharmacien à toute sa place dans cette chaine d'information, de sensibilisation et d'écoute face à cette pathologie multifactorielle qu'est l'hypertension artérielle.

Ce travail a été une expérience très enrichissante. J'ai apprécié pouvoir m'entretenir avec les patients et écouter leur expérience, ce qu'on appelle le savoir expérientiel (43). Il m'a permis d'approfondir mes connaissances sur l'hypertension artérielle, pathologie que j'imaginais « simple » et qui pour autant s'avère complexe. Je suis confortée dans l'idée que le pharmacien à une place importante dans l'éducation des patients. L'observance médicamenteuse est un sujet diversifié qui mérite d'être approfondi et plus abordé au comptoir, et cela dans l'intérêt des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_hta__mel.pdf

2. medecins-sante-connectee.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/edition/lu5yh9/medecins-sante-connectee.pdf

3. us-lhsc-mhealth-in-an-mworld-103014.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2022]. Disponible sur: https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-lhsc-mhealth-in-an-mworld-103014.pdf

4. Hypertension [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

5. Hypertension artérielle [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/hypertension-arterielle

6. Hypertension artérielle (HTA) · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/dossier/hypertension-arterielle-hta/

7. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte

8. Qu'est-ce que le risque cardiovasculaire ? [Internet]. [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/risque-cardiovasculaire/definition-facteurs-favorisants

9. BELON JP, FAURE S, PILLON F. Pathologies et thérapeutiques commentées - Enseignements spécifiques intégrés et formation d'application. ELSEVIER MASSON. ELSEVIER MASSON; 2013. 272 p.

10. algorithme_hta_mel.pdf [Internet]. [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/algorithme_hta_mel.pdf

11. Amar J, Benetos A, Blacher J, Bobrie G, Chamontin B, Girerd X, et al. Mesures de la pression artérielle. Médecine Mal Métaboliques [Internet]. sept 2012 [cité 23 févr 2022];6(4):347-9. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1957255712704315

12. Blacher J, Czernichow S, Iaria P, Bureau JM, Roux O, Kondo T, et al. Traitement non pharmacologique de l'hypertension artérielle. EMC - Cardiol-Angéiologie [Internet]. 1 mai 2005 [cité 23 mai 2022];2(2):136-51. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1762613705000060

13. Midgley JP, Matthew AG, Greenwood CM, Logan AG. Effect of reduced dietary sodium on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA. 22 mai 1996;275(20):1590-7.

14. Zhu S, Wang Z, Heshka S, Heo M, Faith MS, Heymsfield SB. Waist circumference and obesity-associated risk factors among whites in the third National Health and Nutrition Examination Survey: clinical action thresholds. Am J Clin Nutr. oct 2002;76(4):743-9.

15. American College of Sports Medecine. American College of Sports Medicine's guidelines for exercise testing and prescription. Vol. 11. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.

16. Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, Freedman ND, Hartge P, Lewis CE, et al. Smoking and Mortality — Beyond Established Causes. N Engl J Med [Internet]. 12 févr 2015 [cité 27 mai 2022];372(7):631-40. Disponible sur: https://doi.org/10.1056/NEJMsa1407211

17. Tabagisme, conséquences sur la santé - Santé publique France [Internet]. [cité 27 mai 2022]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante

18. Middlekauff HR, Park J, Moheimani RS. Adverse Effects of Cigarette and Noncigarette Smoke Exposure on the Autonomic Nervous System. J Am Coll Cardiol [Internet]. oct 2014 [cité 27 mai 2022];64(16):1740-50. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735109714057969

19. D. FELDMAN. Hypertension artérielle. Diapositives présenté à; 2014; Nantes.

20. Caroline Vicotrri-Vigneau. Médicaments. L'essentiel pour l'iECN. 3ème. MED-LINE; 2018. 184 p.

21. Bertram KATZUNG. Basic and Clinical Pharmacology. McGraw Hill Medical; 2009.

22. Christine BOBIN-DUBIGEON. Les médicaments des reins et voies urinaires (UE. Diapositives présenté à; 2019; Nantes.

23. Arnoux LA. Conception d'ateliers pédagogiques transversaux d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) sur le thème du médicament : D'une déclinaison pour différentes pathologies à la création d'un module de formation des étudiants de Pharmacie à la pratique des entretiens pharmaceutiques et de l'ETP. Lorraine; 2014.

24. Larousse É. Définitions : observance - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/observance/55422

25. Observance — acadpharm [Internet]. [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: https://dictionnaire.acadpharm.org/w/Observance

26. Rapport_l_observance_mEdicamenteuse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: https://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_l_observance_mEdicamenteuse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf

27. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. Ann Pharm Fr [Internet]. janv 2012 [cité 3 mars 2022];70(1):15-25. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003450911001374

28. Synoviale, mai 2006 - Annonce d'une pathologie chronique [Internet]. [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: https://asso-e3m.fr/wp-content/uploads/2016/05/nat_fmc_annonce_maladie-chronique.pdf

29. James O. Prochaska, Di Clemente CC. The Transtheorical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin. 1984.

30. Reach G. Pourquoi se soigne-t-on. Enquête sur la rationalité morale de l'observance. Le bord de l'eau. 2007. 304 p. (Clair & Net).

31. Reach G. Une théorie du soin. Les Belles Lettres. 2010.

32. Eaddy MT, Cook CL, O'Day K, Burch SP, Cantrell CR. How patient cost-sharing trends affect adherence and outcomes: a literature review. P T Peer-Rev J Formul Manag. janv 2012;37(1):45-55.

33. Levy JJ, Garnier C. La chaîne des médicaments. Presses de l'Université de Québec. 2007.

34. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.

35. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. JAMA. 19 mai 2004;291(19):2359-66.

36. Jacquemet M, Certain A. Education thérapeutique : rôle du pharmacien. Bulletin de l'Ordre. 2000.

37. Leger S, Bedouch P, Allenet B, Calop J. Culture pharmaceutique, perception du traitement médicamenteux et difficultés de consommation des médicaments chez le sujet âgé. J Pharm Clin [Internet]. 27 juill 2001 [cité 17 mai 2022];20(2):110-3. Disponible sur: http://www.jle.com/fr/revues/jpc/e-docs/culture_pharmaceutique_perception_du_traitement_medicamenteux_et_difficultes_de_consommation_des_medicaments_chez_le_sujet_age_160266/article.phtml?tab=texte

38. Rhalimi M., Houssieaux H, Rauss A. Optimisation de la thérapeutique médicamenteuse des patients âgés. Communication Poster. Congrès francophone sur l'évaluation de la fragilité du sujet âgé. Paris; mars, 2015.

39. Greenberg RN. Overview of patient compliance with medication dosing: a literature review. Clin Ther. 1984;6(5):592-9.

40. Le bilan partagé de médication [Internet]. [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-

prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/bilan-partage-medication

41. dt_ocs_promotion_sante_version_finale.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2022]. Disponible sur: https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dt_ocs_promotion_sante_version_finale.pdf

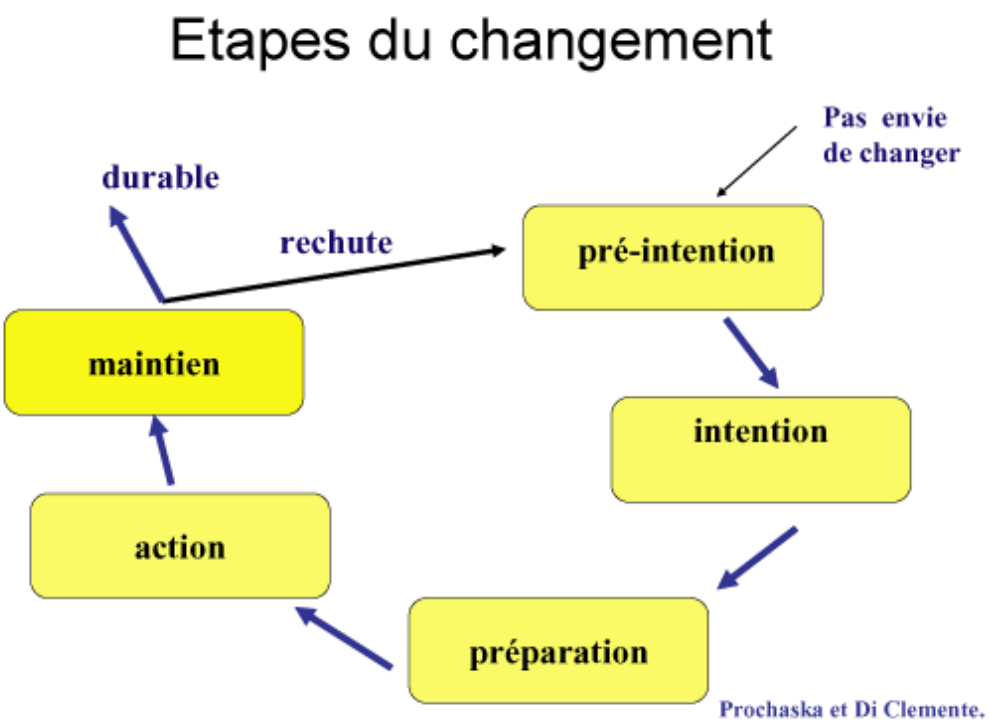
42. Kratzke C, Cox C. Smartphone Technology and Apps: Rapidly Changing Health Promotion. Int Electron J Health Educ. 2012;15:72-82.

43. Gardien È. Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ? Vie Soc [Internet]. 2017 [cité 27 juin 2022];20(4):31-44. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2017-4-page-31.htm

ANNEXES

Annexe 1 : Cycle de PROCHASKA et DI CLEMENTE 75
Annexe 2 : Relevé d'automesure élaboré par le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension artérielle 76
Annexe 3 : Fitt recommendations for individuals with hypertension (15) 77

Annexe 1 : Cycle de PROCHASKA et DI CLEMENTE



Annexe 2 : Relevé d'automesure élaboré par le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension artérielle

FONDATION DE RECHERCHE SUR L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

RELEVÉ D'AUTOMESURE

les chiffres de la tension sont à inscrire sur le relevé papier ou sur l'application **suiviHTA** disponible gratuitement sur **suivihta.net**

COMITE FRANÇAIS DE LUTTE CONTRE L'HYPERTENSION ARTERIELLE

Réaliser le relevé d'automesure :

- Assis, au repos, ne pas fumer, ne pas parler
- 1 session comporte **3 mesures de suite** séparée de **1 minute**
- 2 sessions par jour : le **matin** et le **soir**
- 3 jours consécutifs

Inscrire les chiffres

SYS	DIA
130	85

pour chaque mesure
comme sur l'écran
sans point ni virgule
sans déborder de la case

	Jour 1 le / /		Jour 2 le / /		Jour 3 le / /	
Matin	**SYS**	**DIA**	**SYS**	**DIA**	**SYS**	**DIA**
Mesure 1						
Mesure 2						
Mesure 3						
Soir	**SYS**	**DIA**	**SYS**	**DIA**	**SYS**	**DIA**
Mesure 1						
Mesure 2						
Mesure 3						

Moyenne du relevé SYS	DIA
Hypertension si supérieure à	
135	85
Tension satisfaisante si inférieure à	
130	80

Nom: **Prénom:**

Aucun médicament: ☐

Médicament antihypertenseur suivi :

En savoir plus: **suivihta.net** **frhta.org**

CFLHTA 2020

Annexe 3 : Fitt recommendations for individuals with hypertension (15)

	Aérobie	**Renforcement musculaire**	**Souplesse**
Fréquence	≥ 5-7 j/semaine	≥ 2-3 j/semaine	≥ 2-3 j/semaine
Intensité	Modérée (ex : 40-50% FCR (fréquence cardiaque de réserve) RPE = échelle de douleur	Modérée (ex : 60%-70% 1-RM jusqu'à 80 1-RM ; pour les personnes âgées et les débutants commencer à 40-50% 1-RM)	Etirer jusqu'à la sensation de tension ou d'un léger inconfort
Durée	≥ 30 Min/jour d'activité continue ou d'exercice cumulé	2-4 séries de 8-12 répétitions pour chaque groupe musculaire principal par séance pour un total ≥ 20 min avec des jours de repos entrecoupés en fonction du groupe musculaire à travailler	Tenir les étirements statiques pendant 10 à 30 secondes avec 2 à 4 répétitions pour chaque exercice ciblant les groupes musculaires principaux pour au total 60 secondes d'étirement pour chaque exercice ≤ 10 min par séance
Type	Activités prolongées, activités cycliques utilisant des groupes musculaires importants (ex : marche, cyclisme, natation)	Machines de musculation, poids libres, bandes élastiques et/ou exercices de poids de corps (pompes, tractions, gainages, squats, etc…)	Statique, dynamique et exercices de proprioception

1-RM = 1 Répétition Maximale

UNIVERSITÉ DE NANTES **Année de la soutenance**

2022

Nom – Prénoms : GARNIER Carole Raymonde Odile

Titre de la thèse : Parler de l'observance avec les patients hypertendus : médicaments, conseils et place du numérique.

Résumé de la thèse :

L'hypertension artérielle est une pathologie chronique fréquente en France et dans le monde. Son traitement repose sur la mise en place de mesures hygiéno-diététiques ainsi qu'un traitement médicamenteux s'il est nécessaire. L'observance du patient est indispensable puisqu'elle permet de réduire le risque cardiovasculaire. Les enjeux sont importants : préserver les fonctions cardiaque, artérielle et veineuse mais aussi la fonction rénale.

L'objectif de ce travail est d'évaluer les stratégies mises en place par les patients pour améliorer leur observance médicamenteuse. Ces méthodes relèvent principalement de réflexes, d'habitudes intégrées au quotidien. Quelques outils d'aide à l'administration sont utilisés comme le pilulier mais restent minoritaires. Aussi, l'utilisation des applications numériques est très limitée et n'est même pas souhaitée par les patients.

Ce travail met en évidence une adhésion limitée aux autres recommandations de santé, notamment des mesures hygiéno-diététiques. Beaucoup de patients ne mettent aucune stratégie non médicamenteuse en place pour la prise en charge de leur tension artérielle.

C'est dans ce contexte que l'on constate l'importance de la place du pharmacien dans l'information et l'accompagnement du patient. Il reste son interlocuteur principal dans son parcours de soins.

Mots clés : HYPERTENSION ARTERIELLE, RISQUE CARDIOVASCULAIRE, OBSERVANCE, MESURES HYGIENO-DIETETIQUES, NUMERIQUE, APPLICATION

JURY :

PRÉSIDENT : Mme Sylvie PIESSARD, pharmacien praticien hospitalier, Professeur des Universités

ASSESSEURS : M. David FELDMAN, pharmacien praticien hospitalier, Maître de conférences associé

Mme Charlotte HENAULT, pharmacienne titulaire

M. Florian HURTEAU, interne en médecine générale

Adresse de l'auteur : 19 Chemin de Gravotel, 44520, Moisdon-La-Rivière