

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Thomas GAUTIER

Le 16 Avril 2019

Observance du traitement antihypertenseur chez les patients de médecine générale du Comminges, et pistes pour son amélioration.

Directeur de thèse : Dr Serge HUET

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Monsieur le Professeur Jacques AMAR	Assesseur
Monsieur le Professeur Jean Christophe POUTRAIN	Assesseur
Monsieur le Docteur Serge HUET	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHE Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale

Remerciements

Monsieur le Professeur Pierre Mesthé : Je vous remercie de présider ma thèse, je vous suis très reconnaissant de la disponibilité que vous m'avez accordée et des conseils qui m'ont permis d'avancer sur ce travail.

Monsieur le Professeur Jacques Amar : c'est un honneur de vous compter parmi les membres du jury de cette thèse. Vos conseils et votre sérénité ont été bienveillant.

Monsieur le Professeur Jean-Christophe Poutrain : merci d'avoir accepté de juger ce travail. J'admire ta gentillesse et ta disponibilité auprès des étudiants, et ton implication pour la médecine générale.

Monsieur le Dr Serge Huet : un grand merci à toi Serge d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour tes conseils durant la conception de cette dernière, et merci pour tout ce que tu m'as appris en médecine générale, et surtout pour tout ce qui entoure la pratique du généraliste. C'est grâce à des maitres de stage comme toi que je ne peux qu'être conforté dans l'idée que la médecine générale est la plus humaine et la plus belle des pratiques.

Je souhaite aussi remercier tous les maitres de stage où je suis passé, et qui m'ont fait chacun découvrir une façon différente de pratiquer la médecine :

Merci au docteur Eveline Campistrone du service de gériatrie du CHIVA en Ariège : vous m'avez mis le pied à l'étrier de l'internat, ce premier stage en gériatrie a été extrêmement enrichissant sur le plan médical, mais également de l'humain.

Merci à l'équipe des urgences de Purpan et Ranguel, car non, ça n'a pas été l'enfer décrit par certains, et c'est dans ces services que j'ai le plus appris au niveau médical. Ce fut sûrement le stage le plus formateur de mon internat sur le plan diagnostique et thérapeutique pour l'application en médecine générale.

Merci aux Docteurs Vergnes-Deltour et Garin : vous m'avez fait aborder la pédiatrie et la gynéco de façon optimale. Nous nous recroiserons sûrement très bientôt dans l'Aveyron !

Merci aux Docteurs Sazy et Pouligny de Valence d'Agen : ce stage praticien niveau 1 a été un bonheur grâce à votre bonne humeur permanente et l'humour omniprésent pendant les journées de travail.

Merci aux Dr Herzi, Thuron, Petit, Amardeil, Perrot, Dugast et Rethacker : autant de médecin en SASPAS pour autant de pratiques différentes, vous m'avez tous apporté une pierre à mon ouvrage d'apprentissage de la gestion d'un cabinet médical. Je vous en remercie.

Famille et amis :

Un merci infini à mes parents, sans qui déjà je ne serai pas là ! Merci de m'avoir toujours soutenu pendant ces 11 années que j'ai passé dans les études (et oui, les redoublements ça rallonge un peu...). Merci à mon père de m'avoir donné l'envie et l'exemple, complètement involontairement de sa part, de faire médecine ; et merci de m'avoir fait découvrir toute la musique qui m'a façonné. Merci à ma mère de m'avoir souhaité, en terminal, de ne jamais faire médecine, mais qui finalement s'est quand même fait à l'idée (enfin...je pense ?!) qu'aujourd'hui je vais tout de même être médecin. Merci également pour l'éducation et les principes que vous m'avez donné, car quand je vois ce qui se passe autour de moi, je ne peux que vous en être d'une infinie reconnaissance ! J'espère que vous êtes fiers de moi, de toute façon, vous n'avez pas vraiment le choix ! Je vous aime, vieillissez avec toute votre tête et votre forme, l'EHPAD attendra...

MERCI, un grand merci, un immense merci à ma grand-mère, d'être, à bientôt 94 printemps, présente ce soir et d'avoir toujours été d'une tendresse et d'une gentillesse sans équivalent pour moi. Que dire de plus, tu m'as toujours encouragé durant toutes mes études, tu as été ma première supportrice, et je sais que tu es fière de moi ! Restes comme tu es !

Merci à Xavier, mon grand frère ! Certes nous avons presque 9 ans d'écart, mais nous avons toujours été proches et avons grandi ensemble. Ne supportant même pas la vue du sang, la médecine n'est pas vraiment ta tasse de thé, mais il faut bien de tout pour faire un monde ! Je suis fier de ta famille et bien entendu de ma filleule !!

Merci à Jean-Yves, mon oncle, pour les milliards de sms et les longues heures de discussion principalement autour de la musique et du tennis, surtout de Roger Federer même tout bien réfléchi. Cela m'a toujours permis de me distraire, et de me cultiver autrement et de façon bien plus intéressante !

Merci à Florence, ma marraine, d'être là ce jour. On ne peut pas se voir très souvent, mais tu as toujours pris de mes nouvelles et encouragé pendant mes études. C'est un plaisir d'être ton filleul !

Merci à tous mes amis de Tinchebray (mon bled perdu dans l'Orne en Normandie pour ceux à qui ça ne parle pas) de l'école au lycée, en passant par le foot, qui ont participé à mon développement psycho-moteur sain et somme toute normal : Anthony (mon vieil ami, ta tête apparait forcément dans les premiers souvenirs de mon enfance !), Gaspard (une pensée pour toi quelque part là-haut), Romain, Damien, Sébastien, Gabin, Erwan, Jérem, Greg, Cédric, les 2 Elodie, Lucille, Aline, Maud, Mathilde, Ambre, Tatou, Laurie...j'en oublie forcément, mais je ne pouvais pas oublier de remercier toute cette fine équipe d'écolier, collégiens et lycéens que nous étions, avant que les chemins nous séparent quelque peu...

Et puis, de Tinchebray, enfin, de Chanu, que j'ai suivi en médecine et m'a immiscé direct dans la P1, **un merci tout particulier à Matthieu**, ou Bobbi, ou Django, on a passé une deuxième P1 pour toi et première pour moi plutôt folklorique, à admirer la gente féminine qui composait les amphi et parler plus de voiture que des cours en soit, mais bon, vu que j'écris ces mots dans cette thèse c'est que finalement ça nous a pas empêché d'avancer ! On a bien progressé niveau voiture, rien que ça, c'est un bilan très positif ;-)

A mes potes de Caen, la meilleure équipe de bras-cassés qui soit mais avec qui les études jusqu'à la D4 ont été un long fleuve tranquille : Valé, Jo, Cléclé, Gaëtan, Stéphane, Olivier, Pacou, Coralie, Ombeline, Camille, Emma, Clémence, Bolchou, Etienne, Julien, Xavier H... j'en oublie encore, mais j'ai cité l'essentiel.

Enfin, non, pas l'essentiel, parce que bien sur **MERCI à Baptiste** de m'avoir fait confiance et d'être venu faire son internat à Toulouse, t'as assuré !

A mes amis de l'internat, il y a eu tellement de rencontres pendant ces 3 ans que c'est impossible de citer tout le monde :

- **Surtout, aux montagnards de Saint B at** : R emi (un immense respect pour toi mon ami, t'es un warrior, personne t'arrive à la cheville), Zach (si si je t'assure, tu aimes la médecine, ce n'est pas à Loures-Barousse qu'ils diront le contraire), Jessie, Perrine, Raphaëlle, Judith, puis par la suite Ma lys, Charles, Estella et Thibault (pour les bonnes tables de tapas en Espagne !).
- A Clem, Florian, Adrien, Cédric, Aline, Seb!
- A l'équipe des internes des Urg de Purpan et Ranguel : Surtout Mathilde, Camille L et Gwen (je n'ai presque pas fait de journées avec les autres internes !), M lody, Aline, Marielle, Hélène, Sarah, Diane, Camille T etc etc et quand même à Alcey et Antoine, qui avec moi-même étions les seuls hommes au milieu de 17 co-internes féminines !
- A tous ceux qui ont animé les longues journées de cours : Thibault (rendez-vous pour gérer notre réseau de prise en charge de l'HTA !), Luce, Mélanie, Julien, Marion, Emmanuelle, François, Marlène etc
- Et, comment les oublier, **merci aux gygys Anna, Mona et Nina**, vous êtes top, et vous formez avec Marie une « promo dorée » pour reprendre les termes de Mme T. 3 prénoms, 4 lettres chacun, 3 « A » à la fin, les chakras ne pouvaient qu'être ouverts ! Et merci à Eros et LM d'amener un peu de testostérone dans ce milieu,  a équilibre un peu les débats. Allons donc faire un tennis sur un vrai terrain ;)

Aux groupes Led Zeppelin, Pink Floyd, The Rolling Stones, Dire Straits, Queen,   David Bowie et Neil Young, et j'en oublie, dont la musique m'accompagne depuis longtemps et a rythmé mes études.

A Roger Federer, qui me fait vénérer autre chose que la médecine. Avec lui le tennis est un art, sa raquette, un instrument à merveilles. L'intérêt de ce sport prendra fin avec sa retraite.

Et enfin, quoi de plus normal que de finir avec le meilleur, je dédie cette thèse à ma « **petite choute** », docteur depuis peu, qui se reconnaîtra bien mieux que si je l'appelais par son prénom. Plus de 8 ans que l'on vit ensemble, lequel de nous deux aurait pu parier sur cela au départ ? Je vote pour encore 10 x 8 années comme celles-là, où nous finirons sûrement déments à ne plus savoir qui est l'un envers l'autre, mais ce n'est pas grave, ça nous permettra de recommencer au début !

Nous avons traversé ces études de médecine ensemble, quasiment depuis leur début, on s'est toujours soutenu, jamais une seule engueulade pendant tout ce temps, à quoi bon quand cela fonctionne si bien ? Je t'aime fort, très fort, tu es la femme de ma vie, mais bon, tout ça tu le sais déjà ;-)

« Une pomme par jour éloigne le médecin, pourvu que l'on vise bien »

Winston Churchill

SOMMAIRE

I) Introduction.....	3
II) Matériels et méthodes	4
III) Résultats	6
1) Forces de l'étude.....	9
2) Limites de l'étude	9
3) Discussion	10
V) Conclusion.....	20
Bibliographie.....	20
Annexe 1 : Questionnaire thèse.....	25

Abréviations :

HTA : Hypertension Artérielle

ARA-2 : Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine 2

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme Conversion

IC : Inhibiteurs Calcique

BB : Béta-Bloquants

Antécédents CV : Antécédents Cardio-Vasculaire

ALD : Affection Longue Durée

IMC : Indice de Masse Corporelle

PAD : Pression Artérielle Diastolique

FLAHS : French League Against HTA Survey

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

SFHTA : Société Française d'Hypertension Artérielle

I) Introduction

L'hypertension artérielle est la première des pathologies chroniques en France, et dans le monde. Dans notre pays, on estime à environ 10,8 millions le nombre de personnes traitées par au moins un anti-hypertenseur en 2017, alors que ce nombre était de 11,6 millions en 2014. Le nombre de patients traités par un anti-hypertenseur ne fait que diminuer depuis une dizaine d'année(1), avec une prévalence plus importante chez les hommes que chez les femmes, et qui augmente avec l'âge (2). Dans le monde, autour d'un milliard de personnes étaient hypertendues en 2000, et les projections tablent sur un peu plus d'un milliard et demies d'hypertendus en 2025(3). Par ailleurs, il est établi que l'HTA est responsable de 58 % des hémorragies cérébrales, 50 % des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques, 55 % des coronaropathies et 58 % d'autres pathologies cardio-vasculaires (anévrisme de l'aorte, cardiopathies...). La baisse de la pression artérielle permet de réduire le risque d'accident vasculaire cérébral, de démence, d'insuffisance cardiaque, d'infarctus du myocarde et de décès d'origine cardio-vasculaire, et retarde l'insuffisance rénale chronique terminale(4). Enfin, on sait que le coût des dépenses liées à l'HTA est supérieur d'environ trois fois à celles liées au diabète et aux dyslipidémies (1). Malgré tous les progrès qui ont pu être fait dans le domaine de la santé ces trente dernières années, force est de constater que le taux d'hypertendus contrôlés, c'est à dire avec une tension artérielle <140/90 mmHg sous traitement antihypertenseur, stagne autour de 50 %.

Un des facteurs primordiaux pour améliorer le nombre d'hypertendus contrôlés est l'observance du traitement médicamenteux. Le concept d'observance médicamenteuse se définit comme la capacité à prendre correctement son traitement, c'est-à-dire tel qu'il est prescrit par le médecin. Haynes la définit comme le degré de respect ou d'écart entre les prescriptions et les pratiques du patient en terme de santé (5). Pour Morris et Schultz, l'observance thérapeutique est le degré avec lequel le patient suit les prescriptions médicales concernant le régime prescrit, l'exercice ou la prise de médicaments (6). En France, en 2017, la dernière enquête FLAHS menée par le Comité Français de Lutte Contre l'HTA a retrouvé une bonne observance médicamenteuse chez 96,4% des patients interrogés(7). Mais d'autres études mettent en avant une observance bien plus faible, aux alentours de 50%(8), ainsi qu'une difficulté à maintenir la prise du traitement au-delà de la première année(9). Dans une étude publiée en 2013, en France, les dépenses totales pour le remboursement des médicaments et les hospitalisations des patients hypertendus atteignaient un peu plus de 5,7 milliards d'euros. Avec une observance de 70% des patients, une économie de près de 94,6 millions d'euros serait réalisée (10). Pour mesurer l'observance médicamenteuse, il existe

des méthodes directes, comme le dosage biologique ou des métabolites urinaires de certains médicaments, ou encore l'observation de la prise des médicaments par les soignants (qui n'est pas en faveur de l'autonomisation du patient et peut fragiliser la relation de confiance médecin-patient). Ces méthodes ne sont absolument pas applicables au quotidien en médecine générale. Mais il existe également des méthodes indirectes, comme l'avis des soignants sur la prise médicamenteuse de leur patient, qui est une mauvaise méthode, les médecins surestimant souvent l'observance de leur patient(11); ou encore la mesure biologique du médicament, le décompte des comprimés, l'analyse du renouvellement des ordonnances, ou les auto-questionnaires.

C'est cette dernière méthode qui a été retenue pour cette étude, dont l'objectif était d'évaluer l'observance du traitement anti-hypertenseur chez des patients de médecine générale de la région du Comminges, en Occitanie. Et nous aborderons les différentes pistes pouvant amener à une amélioration de l'observance.

II) Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude descriptive. Pour la réaliser, nous avons utilisé le questionnaire d'observance de Morisky (12), datant de 1986, initialement créé pour une étude sur l'observance des anti-hypertenseurs, et aujourd'hui utilisé pour évaluer l'observance de la plupart des traitements chroniques. Ce questionnaire était composé de quatre questions, puis six, et a été validé en français par les travaux de l'équipe du Pr Xavier Girerd dans les années 2000(13). Simple et rapide à réaliser (entre 1 à 2 minutes pour le patient), il permet de classer les patients en 3 catégories (une réponse non ne rapportant aucun point, une réponse oui rapportant 1 point) qui sont les suivantes :

- Total de 0 point : patient observant
- Total de 1 ou 2 points : patient ayant un problème minime d'observance
- Total de 3 points ou plus : patient ayant un problème majeur d'observance

Nous avons ajouté des données épidémiologiques au questionnaire, afin d'étudier l'observance en fonction de ces paramètres :

- Age
- Sexe

- Traitement antihypertenseur (classe thérapeutique et nombre de prise par jour)
- Date du début du traitement
- Antécédents cardio-vasculaire notables
- Facteurs de risques cardio-vasculaire : tabagisme actif, diabète traité, dyslipidémie traitée, IMC > 25
- ALD : oui/non (tout type d'ALD)

Nous avons ajouté une question sur le suivi ou non d'un régime sans sel ou réduit en sel, afin d'évaluer cette donnée épidémiologique importante dans la prise en charge non médicamenteuse de l'hypertension artérielle. (Annexe 1)

Les patients inclus étaient ceux qui avaient au moins un traitement à visée anti-hypertensive, et qui venaient le renouveler au cabinet médical en consultation. Le seul critère d'exclusion était la prise de bêta-bloquant à visée spéciale, comme le ralentissement d'une FA. Hormis cela, tout patient ayant un traitement anti-hypertenseur pouvait être inclus dans l'étude.

Ce questionnaire était entièrement anonymisé, et sans aucun moyen de savoir dans quel cabinet il était recueilli. Le recueil était basé sur le volontariat des patients, après proposition de remplir ce questionnaire. Les patients répondaient aux questions à la fin de la consultation, sans aucune intervention du médecin. Ce recueil s'est réalisé sur huit mois, de février 2017 à Septembre 2017, dans le but de récupérer au moins 150 réponses pour obtenir une puissance satisfaisante. Il a été fait principalement dans la région du Luchonnais et du Saint-Gaudinois, permettant de cibler des populations variées (citadine, semi-rurale et rurale). Au total, 154 questionnaires ont été récupéré. Aucun questionnaire n'a été exclu ou non interprété.

En complément :

Afin d'étayer notre étude, les recherches bibliographiques sur l'observance du traitement antihypertenseur ont été réalisées sur Pubmed avec les équations de recherche suivante :

- antihypertensive(Title) + medication(Title) + adherence(Title)
- antihypertensive(Title) + medication(Title) + compliance(Title)

- antihypertensive(Title) + drug(Title) + adherence(Title)
- antihypertensive(Title) + drug(Title) + compliance(Title)

N'ont été retenus que les articles relatifs à l'observance publiés durant les 10 dernières années. Pour les articles servant à justifier des citations ou des références, pas de limite de date.

Les statistiques ont été réalisées avec Stata, un logiciel développé par le Dr Olivier Méricq (anesthésiste-réanimateur au CHU de Toulouse), qui utilise le livre de D. Schwartz « Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes ».

L'objectif premier de cette étude était d'obtenir des statistiques sur l'observance du traitement antihypertenseur, et l'objectif secondaire était d'établir des solutions envisageables en médecine générale pour améliorer cette observance médicamenteuse.

III) Résultats

Un total de 154 patients a été inclus dans l'étude, dont les caractéristiques épidémiologiques sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques épidémiologiques

	Hommes	Femmes	p
n	74	80	
Age (ans)	65.6 ± 11	69.3 ± 11.1	0.03
Nombre de traitement	2.3 ± 1.2	1.9 ± 1	0.02
Durée du traitement (années)	10.2 ± 8.6	12.3 ± 8.8	0.07
Facteur(s) de risque CV (nombre)	1.9 ± 1	1.7 ± 0.8	0.19
Antécédents CV (n)	26	17	0.05

L'observance du traitement anti-hypertenseur a été étudié selon différents facteurs :

Sexe	Bonne observance	Problème minime	Problème majeur	p
Femmes	43.75%	51.25%	5,00%	0,3*
Hommes	35.10%	54.10%	10.80%	

Tableau 2 : Observance en fonction du sexe

**p < 0,05 en Odds Ratio*

Tableaux 3 : Observance en fonction de l'âge chez les femmes

Age (femmes)	Bonne observance	Problème minime	Problème majeur	p
40-49 ans (n=5)	0.00%	80.00%	20.00%	0,04
50-59 ans (n=7)	28.60%	71.40%	0.00%	
60-69 ans (n= 7)	44.4%	51.9%	3.70%	
70-79 ans (n=29)	55.20%	41.40%	3.40%	
80-89 ans (n=12)	41.70%	50.00%	8.30%	

Tableau 4 : Observance en fonction de l'âge chez les hommes

Age (hommes)	Bonne observance	Problème minime	Problème majeur	p
40-49 ans (n=5)	0.00%	80.00%	20.00%	0,3
50-59 ans (n=18)	44.40%	33.30%	22.30%	
60-69 ans (n=23)	26.10%	60.90%	13.00%	
70-79 ans (n=20)	40.00%	60.00%	0.00%	
80-89 ans (n=8)	50.00%	50.00%	0.00%	

Tableau 5 : Observance en fonction du nombre d'année de prise du traitement

Nombre d'année	Bonne observance	Problème minime	Problème majeur	p
< 5 ans (n=49)	34.70 %	55.10 %	10.20 %	0,1
> 5 - ≤ 10 ans (n=43)	41.90 %	48.80 %	9.30 %	
> 10 - ≤ 20 ans (n=38)	29 %	63.20 %	7.80 %	
> 20 ans (n=24)	62.5 %	37.5 %	0 %	

Tableau 6 : Observance en fonction des traitements pris

Traitement	Bonne observance	Problème minime	Problème majeur	p
IEC	36.20 %	55.30 %	8.50 %	0,66
ARA2	41.40 %	52.90 %	5.70 %	0,49
Diurétiques	34.80 %	58 %	7.20 %	0,9
Inhibiteurs Calciques	43.10 %	50 %	6.90 %	0,44
Béta-bloquants	36.70 %	53.10 %	10.20 %	0,50

Tableau 7 : Observance en fonction du nombre de médicaments

Nombre de traitement	Bonne observance	Problème minime	Problème majeur	p
1	44.60%	46.40%	9%	0,49
2	35.80%	58.50%	5.70%	
3 ou plus	37.80%	53.30%	8.90%	
1 ou plusieurs associations fixes	34.40 %	62.50 %	3.10 %	0,05
> 1 traitement sans association fixe	39.40 %	45.50 %	15.10 %	

Tableau 8 : Observance en fonction du nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire

Nombre de facteur de risque	Bonne observance	Problème minime	Problème majeur	p
1	47,10 %	50 %	2,90 %	0,01
2	34,60 %	59,60 %	5,80 %	
> 2	32,40 %	47,10 %	20,50 %	

Tableau 9 : Observance en fonction des antécédents cardio-vasculaire (IDM, AVC, AOMI...)

Antécédents CV	Bonne observance	Problème minime	Problème majeur	p
Oui	32,60 %	53,5 %	13,9 %	0,05
Non	42,3%	52,3%	5,4%	

Tableau 10 : Observance en fonction du statut ALD du patient

ALD	Bonne observance	Problème minime	Problème majeur	p
Oui	28,30 %	56,60 %	15,10 %	0,05
Non	45,50 %	50,50 %	4 %	

Enfin, sur le suivi ou non d'un régime sans ou réduit en sel, nous avons pu observer qu'au global, ils sont 56 participants au questionnaire à suivre un régime réduit en sel (36,4%) alors que les 98 autres participants (63,6%) ne suivent aucun régime réduit ou sans sel. En ajustant sur le sexe, un plus grand nombre de femmes suit un régime sans sel que les hommes (39% contre 34%)

IV) Discussion

1) Forces de l'étude

La première force de l'étude est son caractère « multi-centrique » car effectuée dans 8 cabinets de médecine générale, dans des milieux variés, représentatifs le plus possible des différentes pratiques des omnipraticiens (patientèle citadine/rurale, consultations sans rendez-vous/avec rendez-vous).

Le taux absolument nul de refus de la part des patients est aussi un avantage de cette étude. En effet, aucun médecin qui a proposé le questionnaire n'a essuyé de refus de la part des patients, ce qui limite le biais de sélection, même si la crainte d'être mal vu peut avoir encouragé les patients à accepter de répondre au questionnaire.

Le critère de jugement principal, simple dans sa définition et à établir, est également une force de l'étude, tout comme le fait de n'avoir établi aucun critère d'exclusion.

Les résultats, globalement concordants avec la plupart des études multicentriques de forte puissance, représentent une force non négligeable de cette étude.

Enfin, à notre connaissance, en 2018, après recherche sur le SUDOC, aucun travail de thèse de médecine sur l'observance médicamenteuse en Occitanie n'a été réalisé jusqu'à présent.

2) Limites de l'étude

La première limite identifiable est le manque de puissance de notre étude, dû au faible échantillon (154 questionnaires récupérés). Un nombre de 200 questionnaires ou plus aurait

eu un impact plus important et un meilleur reflet de l'observance. De plus, lors de l'ajustement sur l'âge, l'échantillon 40-49 ans s'est révélé trop faible, et ce dans les deux sexes (5 hommes et 5 femmes). Il serait intéressant de réaliser une étude avec des échantillons plus importants dans ces classes d'âges, aux vues des mauvais résultats sur l'observance de notre étude.

Un biais de déclaration est sûrement présent, les patients pouvant s'influencer eux-mêmes sur leurs réponses pour paraître plus observant.

Malgré le caractère « multi-centrique » de l'étude, la globalité des patients avait plus un profil d'une population de montagne, ce qui joue probablement en défaveur de notre étude pour justifier d'une applicabilité à la population générale.

3) Discussion

Nous pouvons donc voir que l'observance thérapeutique dans l'hypertension artérielle est relativement mauvaise, quel que soit les sous-groupes étudiés, avec seulement 2 sous-groupes obtenant plus de 50% des patients avec une bonne observance (les femmes entre 70 et 79 ans, et les patients prenant leur traitement depuis plus de 20 ans).

Ces résultats concordent globalement avec d'autres études sur le sujet. Une étude de 2015 parmi une population de plus de 17000 vétérans d'Alabama a montré que près de 25 % d'entre eux n'étaient pas observant. Cette étude mettait de plus en avant une association significative entre une bonne observance (jugée bonne pour une prise des comprimés plus de 80 % du temps) et le contrôle de la pression artérielle ($PA < 140/90$ mmHg)(14). Le constat est en revanche inverse dans l'étude de Wong, où 85.5% des patients étudiés étaient observants(15), mais l'étude était basée sur le ratio de possession de médicaments, qui peut être soumis à des biais importants (patient récupérant le traitement à son officine, mais qui ne le prend pas, le jette directement, le stock chez lui...).

Il est important de citer également l'étude d'Abegaz et al., car le même questionnaire que celui de notre étude a été utilisé, avec des résultats proches des nôtres (45% des patients non observants, et même 83.7% de non observants chez les hypertendus non contrôlés)(8). Enfin, l'étude d'Ikama, utilisant également le questionnaire de notre étude, a montré une observance satisfaisante chez seulement 21.2% des patients(16).

En reprenant les résultats, nous constatons que les femmes sont un peu plus observantes que les hommes (43,75% contre 35,10%), mais ces derniers ont deux fois plus

de problèmes majeurs d'observance (1 homme sur 10 contre 0,5 femme sur 10). Ces résultats sont retrouvés par l'enquête FLAHS de 2018 comparant l'observance suivant le sexe(17). L'âge jeune (<50 ans) est un facteur de mauvaise observance, quel que soit le sexe, car aucun des 10 patients de moins de 50 ans de cette étude est observant. Le fait d'avoir moins de problème d'observance chez les sujets âgés (>70 ans) provient probablement de la préparation des piluliers par les infirmières à domicile chez la plupart de ces patients, ces derniers ayant le plus souvent des comorbidités associées telles que le diabète ou une FA.

Dans la durée, on voit que les patients les moins observants sont ceux chez qui le traitement a été instauré depuis moins de 5 ans, ce qui laisse présager que l'adhésion à un nouveau traitement est difficile pour la plupart des patients. Ceux prenant leur traitement depuis plus de 20 ans n'ont pas de problèmes majeurs d'observance, ce qui correspond par nature, le plus souvent, aux tranches de patients les plus âgés, chez lesquels, comme dit à l'instant, la prise du traitement est souvent favorisée et/ou surveillée.

Les différentes classes thérapeutiques sont également un élément clé de l'observance. Parmi les 5 classes les plus utilisées, à savoir les antagonistes du récepteur de l'angiotensine II (ARA-2), les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), les diurétiques (thiazidiques en particulier), les inhibiteurs calciques (IC) et les bêta-bloquants (BB), certaines sont associées à une meilleure observance que d'autres, comme le souligne l'étude de Patel et al. de 2007 qui retrouve une meilleure observance avec les ARA-2 et les IEC qu'avec les autres classes thérapeutiques(18). Cette étude met en avant une meilleure persistance (le fait de continuer à prendre le traitement dans le temps) avec les ARA-2 (51,9% des patients à un an) comparé aux autres traitements de l'hypertension. Notre étude retrouve des résultats quelques peu différents, car certes nous retrouvons avec les diurétiques la plus faible « bonne observance » des 5 grandes classes médicamenteuses, mais ce sont les inhibiteurs calciques qui présentent la meilleure observance, juste devant les ARA-2.

Les bêta-bloquants présentent le plus fort pourcentage de problèmes majeurs d'observance, ce que l'on retrouve dans une étude de cohorte importante sur plus de 80 000 personnes en Chine, dans la province de Hong Kong(15). Cette étude retrouvait la meilleure observance pour les patients sous ARA-2.

Le nombre d'antihypertenseur représente un facteur important pour l'observance des patients. Nos résultats le montre, car l'on voit que plus un patient prend de traitements, et plus le pourcentage de bonne observance diminue. Cependant, on peut noter que la plus

grande proportion de problème majeur d'observance se retrouve chez les patients ne prenant qu'un traitement. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients n'ayant qu'un traitement sont ceux traités pour l'HTA depuis peu, et l'on sait que l'observance, et surtout la persistance du traitement sont mauvaises durant la première année de traitement, avec environ 50% des patients nouvellement traités ayant arrêté leur traitement à 12 mois.

En effet, dans une étude de 2016 portant sur 282 520 patients, Hargrove et al. ont montré que 18 % des sujets avaient arrêté leur traitement un an après son introduction(19). Vrijens le montre également dans son étude sur l'observance basée sur des données électroniques d'ouverture du pilulier des patients, en établissant qu'au bout d'un an, 50% des patients ont arrêté de prendre leur traitement anti-hypertenseur, et retient que plus le patient exécute une bonne prise de traitement, plus l'adhérence au traitement est bonne(9).

Accompagnant le nombre d'antihypertenseurs, le conditionnement du traitement et le rythme des prises par le patient est important. Nous avons séparé les patients prenant au moins 2 antihypertenseurs sans association fixe, et ceux prenant 2 ou plusieurs antihypertenseurs avec au moins une association fixe. Force est de constater une importante différence, les patients prenant au moins une bithérapie combinée ayant cinq fois moins de problèmes majeurs d'observance que les patients n'en ayant pas. Avec un test par Odds Ratio, on obtient un résultat significatif ($p=0.03$) sur l'observance en fonction que le patient a une association fixe d'antihypertenseur ou non.

En revanche, il est étonnant de constater qu'un léger pourcentage plus élevé de bonne observance est retrouvé chez les patients ne prenant aucune bithérapie fixe. Ceci peut s'expliquer par une plus grande proportion, dans notre étude, de patient sans association fixe, donc une meilleure puissance. L'étude de Tung et al. montre une meilleure observance lorsque les patients prennent une combinaison fixe ARA2 + IC par rapport à ceux qui prennent ces mêmes médicaments de façon séparée(20). Elle confirme que la prise d'une combinaison fixe réduit le nombre d'événement cardio-vasculaire et d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque. Schulz et al. quant à eux notent que l'observance et la persistance est meilleure lorsque les diurétiques sont associés avec un ARA2 ou un IEC en combinaisons fixes que lorsqu'ils sont pris séparément(21).

La consommation de sel est un problème central dans l'HTA. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2013, recommandait une consommation de sel pour les adultes en dessous de 5g/jour, alors que dans nos sociétés développées nous en consommons

en moyenne entre 9 et 12 g/jour(22). En ne suivant pas, pour 2/3 des patients hypertendus de notre étude, de régime sans ou réduit en sel, il est fort probable que ces derniers consomment encore une quantité de sel bien trop importante pour leur HTA. Ces résultats concordent avec l'étude de Villeneuve et al. qui retrouvent une consommation en sel plus importante chez des patients hypertendus de médecine générale par rapport aux patients non hypertendus ayant répondu à leur questionnaire. Il paraît donc important et nécessaire de reprendre avec les patients la primordialité de réduire la consommation en sel, et plus largement d'adapter les règles hygiéno-diététiques utiles pour réduire l'HTA et/ou l'incidence de ses complications. Nous allons revenir sur ce point ultérieurement.

Le problème d'observance passe donc toutes les barrières internationales et même continentales, et l'on peut voir à travers cela que ni la culture, ni le mode de vie, ni le modèle socio-économique des patients hypertendus n'interfèrent vraiment dans l'observance sur le traitement antihypertenseur. De nombreuses études font le point sur les méthodes pour améliorer l'observance, en proposant des pistes, en concluant toujours qu'il faudrait d'autres études sur tel ou tel sujet pour étayer leurs propos. Mais quelles sont les méthodes applicables réellement, et surtout en médecine générale ? Là où le praticien n'a pas forcément le temps de consacrer une énergie supplémentaire à divers outils, et où le patient répond à tout sauf aux critères conventionnels ?

Notre époque a vu l'essor des nouvelles technologies et du tout-connecté. Aussi, des études ont été menées sur les moyens de communications pour améliorer l'observance. La plus détaillée est une revue de la littérature Cochrane de 2018 de Palmer et al., qui compile les données de 4 essais portant sur la diminution de la pression artérielle systolique ou diastolique suite à une intervention par SMS ou messagerie vocale. Conclusion : l'apport de ces moyens n'est pas significatif sur la diminution des paramètres, que ce soit par simple message laissé sur la messagerie pour rappeler de prendre le traitement ou par envoi de SMS demandant une réponse pour attester de la prise du traitement (23). Une autre revue de la littérature du JAMA(24) note une amélioration de l'observance lors de l'utilisation d'un téléphone relié à un ordinateur pour donner des conseils aux patients hypertendus, mais ne relève qu'une amélioration de la PAD.

Deux études de cette revue mettent en évidence une amélioration de l'observance avec l'éducation thérapeutique (apprentissage de l'automesure tensionnelle, relevé de tension sur courbe, adaptation de la prise du traitement aux habitudes quotidiennes des patients, suivi bi-mensuel avec encouragement) et avec la présence d'une infirmière spécialisée en HTA

sur le lieu de travail des patients (25). A côté de cela, cette revue de la littérature ne retrouve pas un intérêt significatif au conditionnement des médicaments sous plaquettes thermoformées avec date et heure des prises.

La palette thérapeutique disponible dans l'HTA est variée, avec cinq grandes classes recommandées actuellement, et d'autres classes réservées à des cas particuliers (résistance au traitement initial, HTA secondaires...). Mais les traitements peuvent influencer de façon assez importante l'observance thérapeutique. En effet, les différentes classes ne sont pas toutes égales quant à l'observance et la persistance (le fait de continuer de prendre ses médicaments dans le temps) des patients face au traitement antihypertenseurs. Les patients sous ARA2 ou IEC sont plus observants que les patients sous IC, Béta-bloquant ou diurétiques, et la persistance est également meilleure pour les ARA2 et les IEC que pour les 3 autres classes médicamenteuses(26).

Le conditionnement des médicaments joue également un rôle important dans l'observance du traitement antihypertenseur. On sait qu'un nombre important de médicaments joue en défaveur d'une bonne observance, et que les associations de médicaments dans l'hypertension en bithérapies fixes, voire les trithérapies fixes améliorent sensiblement l'observance, favorisent l'obtention d'une TA cible et diminuent le nombre d'événements cardio-vasculaire(20) (27) (28). Schulz et al. ont aussi montré que les combinaisons d'anti-hypertenseurs comme les ARA2 ou les IEC avec un diurétique amènent à une meilleure observance que la prise séparée de ces mêmes médicaments(21).

Le rythme de prise du traitement est aussi important pour améliorer l'observance. Les traitements antihypertenseurs peuvent être pris à plusieurs moments de la journée, et parfois en deux prises dans la journée pour le même traitement. Comme l'ont trouvé Mc Donald et al., une amélioration de l'observance est obtenue en prenant une seule dose par jour du traitement plutôt que 2 doses dans la journée(24). Ce sont des facteurs sur lesquels le médecin généraliste peut facilement intervenir, nous y reviendrons par la suite.

Ce qui nous semble le plus important comme facteur d'inobservance, et sûrement le plus à même d'être amélioré en médecine générale, c'est le comportement des deux acteurs que sont le médecin généraliste et le patient. Chacun a obligatoirement son rôle à jouer dans l'observance médicamenteuse.

En premier, prenons le médecin généraliste. On vient de le voir, ce dernier peut dans un premier temps tenter d'améliorer l'observance de ses patients par la simplification des traitements antihypertenseurs, en réduisant le nombre de prise quotidienne du traitement au

minimum possible, et en combinant les molécules dans des combinaisons fixes. Nous voyons encore aujourd'hui nombre d'ordonnances contenant 2, 3 voire parfois 4 antihypertenseurs, et ce sans aucune combinaison fixe. Quand on sait que bien souvent ces patients ont d'autres comorbidités comme un diabète de type 2, une dyslipidémie, des troubles du rythme cardiaque, chacune ajoutant des traitements sur l'ordonnance du patient, ce dernier se retrouve potentiellement à plus de 6 médicaments, et l'on sait que plus un patient prend de médicament, plus il est exposé au risque d'inobservance pour tout ou partie de son traitement(29).

Ensuite, pour le généraliste, le facteur primordial est l'information du patient. L'hypertension est une maladie silencieuse, asymptomatique, et il est bien difficile pour le patient de comprendre cette pathologie, et de comprendre l'intérêt de la prise d'un médicament. C'est là même que commence le rôle du médecin généraliste pour que son patient soit observant. Il doit expliquer, dans le cadre d'une consultation uniquement dédiée à cela, en prenant le temps nécessaire, ce qu'est l'hypertension, son mécanisme (de façon simplifiée, pour une compréhension accrue), et ses conséquences en termes de complications cardio-vasculaires et de morbi-mortalité, dans les grandes lignes. Et il doit surtout, expliquer la prescription qu'il fait au patient, pourquoi il met tel médicament, les effets attendus et les objectifs à atteindre, et décrire les effets indésirables potentiels. Un patient satisfait à la sortie de la consultation sera plus observant(30). Et l'empathie du médecin pour son patient favorise également l'observance de ce dernier(31). A l'opposé, une mauvaise relation médecin-patient a été identifiée comme un facteur constant de non-observance du traitement antihypertenseur. Les aspects de cette relation médiocre décrits dans les études comprennent une confiance moindre dans le médecin, la gêne du patient pour poser des questions, le fait de ne pas voir le médecin généraliste si besoin, une implication moindre dans les décisions de traitement et une mauvaise perception des soins centrés sur le patient(29). Cependant, quand il est reconnu qu'un patient retient moins de 50% des informations délivrées par le médecin, il paraîtrait nécessaire de prolonger une consultation d'annonce par un livret d'information ou une brochure explicative remis au patient qu'il consulterait chez lui, qui aboutirait à une seconde consultation rapprochée pour faire la synthèse de ce qu'il a retenu et les points qu'il souhaiterait éclaircir.

Enfin, pour le médecin généraliste, l'inertie thérapeutique constitue un frein majeur à l'observance et à la persistance thérapeutique du patient. Cette inertie correspond au fait de ne pas augmenter les posologies ou modifier les traitements alors que les objectifs

thérapeutiques ne sont pas atteints, en l'occurrence une TA < 140/90 mmHg pour l'hypertension artérielle. En France en 2007, sur les 54% de patients dont la TA artérielle n'était pas contrôlée, seulement 15% des patients ont eu une modification de leur traitement. En d'autres termes, l'inertie thérapeutique était présente dans 85% des cas(32). Cette passivité du médecin va entraîner un défaut d'atteinte des cibles, et peut diminuer l'observance du patient par découragement de ce dernier(33).

Du côté du patient, plusieurs facteurs sont source d'inobservance. Les effets indésirables reviennent fréquemment comme facteur majeur d'inobservance, d'où l'importance d'en informer le patient et d'échanger avec lui comme dit auparavant, ainsi que le manque de motivation des patients face au suivi de l'hypertension, et une certaine négligence envers la pathologie(34). Il a aussi été démontré qu'un haut niveau d'étude du patient entraîne une information plus importante et plus détaillée de la part du médecin (33), avec un effet positif sur l'observance thérapeutique. Par ailleurs, pendant la consultation, un patient qui estime avoir passé un temps suffisant ou supérieur à son attente avec le médecin sera plus satisfait de sa consultation (35), mais un patient qui a des désirs non exprimés et qui n'ose pas poser de questions aura une perception plus négative de la consultation et de son médecin (36).

On remarque également que l'observance n'est pas satisfaisante chez les patients présentant de nombreux facteurs de risque cardio-vasculaires et/ou des antécédents cardio-vasculaire, et chez les patients ayant une ALD, avec des problèmes majeurs d'observance multipliés par 2,5 à 4 par rapport aux autres patients. Ces catégories peuvent se recouper, la plupart des patients concernés en occupant en réalité deux, voire les trois. On peut dégager deux axes pouvant expliquer ces problèmes d'observance. D'une part, la multiplication des médicaments qui défavorise l'observance (détaillé plus haut), mais également un comportement plus à risque que le reste de la population, à travers le tabagisme, l'alcool, l'obésité et la sédentarité (37). Il est d'autant plus important de surveiller plus régulièrement ces patients à haut risque cardio-vasculaire, qui sont ceux à qui une meilleure observance sera le plus bénéfique, et d'apporter des mesures favorisant leur observance comme des mesures éducatives, le soutien d'un membre de la famille (38).

Un autre point concernant le patient est la partie économique du sujet. Certaines études relatent un problème d'observance thérapeutique à cause de problèmes financiers des patients (34), qui ne sont pas couverts par une assurance privée ou une mutuelle. En France

la plupart des traitements antihypertenseurs sont remboursés à 65%, et les mutuelles couvrent la part restante à charge des patients. Cependant, le retrait de l'HTA sévère de la liste des ALD en 2011, au titre que l'HTA n'est pas une maladie en soit mais un simple facteur de risque, n'envoie pas un message encourageant pour les patients, et montre le manque d'anticipation et de prévision à long terme en matière de coût économique de notre système d'assurance maladie. Position confirmée par la prise en charge à 100% des antihypertenseurs lorsqu'ils sont prescrits dans le cadre d'une maladie dont la prise en charge de l'hypertension est salvatrice, comme le diabète ou une affection cardio-vasculaire ; ou en prévention secondaire après un infarctus ou un AVC, ce qui montre la propension de notre système de soins à mettre au second plan le coté préventif de la médecine.

Tous ces éléments permettent d'envisager certaines améliorations que nous pensons faciles à mettre en place :

- Dédier une consultation spéciale d'annonce, ou plutôt d'information sur l'HTA : une durée de 30 minutes, examen clinique compris, devrait être envisagée afin de détailler avec le patient les objectifs à atteindre, les moyens non médicamenteux d'y parvenir et le traitement à suivre. Réaliser à cette première consultation le questionnaire Flahs-obs mis à disposition par le comité français de lutte contre l'hypertension artérielle, pour situer le risque d'inobservance du patient.

- Au terme de cette consultation, donner un cap au patient à suivre, avec programmation immédiate d'une nouvelle consultation à un mois pour un objectif proche. Et remise d'une brochure simple, très courte, qui condenserait des informations non retenues par le patient, ou qui répondrait aux questions non exprimées ou oubliées par le patient. Deux brochures existent déjà, éditées par la Fédération Française de Cardiologie, l'une sur l'HTA, de 22 pages expliquant les conséquences et les traitements de l'HTA, et les manières de lutter efficacement contre ; et une seconde, de 13 pages, correspondant à un carnet de suivi pour le patient contenant des questionnaires d'observance, des explications sur l'automesure ainsi que des objectifs d'hygiène de vie (39). Très bien faites, elles semblent sous-diffusées.

- A la consultation suivante, faire une première évaluation de l'observance avec des questionnaires standardisés comme les questionnaires Eval-Obs (pour évaluer l'observance) et le questionnaire de Girerd (pour évaluer les causes de l'inobservance), afin de discuter

avec le patient des points particuliers qui lui posent problèmes pour la prise correcte du traitement. Et ce, pour également lutter contre l'inertie thérapeutique.

- Favoriser la prescription d'ARA2 ou d'IEC en primo-prescription, qui sont les traitements donnant la meilleure observance et surtout la meilleure persistance, et quand cela est nécessaire, prescrire de façon systématique des bithérapies fixes, pour diminuer la multiplication des comprimés. Et par ailleurs, bannir les bêta-bloquants, dans l'hypertension artérielle sans comorbidités, en prescription initiale. Car non seulement ils sont associés à de faibles observance et persistance(18), mais on sait également qu'ils sont associés à un risque relatif de 16% supérieur aux autres traitements antihypertenseurs pour le risque d'AVC(40).

- Généraliser l'automesure tensionnelle à domicile pour impliquer de manière accrue le patient. Rappelons que l'assurance maladie envoie gratuitement à tous les médecins généralistes un tensiomètre électrique depuis 2013, pour prêter au patient afin de réaliser les automesures. En 2016, moins de 70% des médecins avaient demandé leur tensiomètre électronique à la CPAM(41).

- Et, pour aller plus loin, il serait très probablement utile de créer des « antennes relais » des services hospitaliers spécialisés dans l'HTA, dans des maisons de santé pluridisciplinaires, avec des équipes de médecins généralistes et d'infirmières, pour repérer, prendre en charge et si besoin orienter les patients les plus à risque d'inobservance thérapeutique. Ces équipes pourraient de plus proposer des ateliers d'éducation thérapeutiques comme il est fait pour le diabète. Les infirmières ont un rôle important à jouer ici, comme l'indique la méta-analyse de Georgiopoulos et al. de 2018, qui retrouve un effet bénéfique d'une intervention infirmière sur l'observance du traitement chez les patients hypertendus ; les contacts téléphoniques et les visites à domicile s'étant révélés être les approches pédagogiques les plus efficaces(42).

- Il faudrait de plus intégrer des pharmaciens d'officine dans ces antennes relais, car leur intervention auprès des patients est bénéfique pour améliorer l'observance de ces derniers(43), et favoriser les interactions avec les médecins et les infirmières. Les pharmaciens sont de plus des pièces maîtresses dans l'échiquier des soins primaires, au contact régulier des patients, il peut les interroger sur les difficultés entourant la prise des traitements et proposer des solutions au médecin généraliste. La généralisation du dossier médical partagé (DMP) par l'intermédiaire de la Carte Vitale devrait permettre une

meilleure collaboration sur la surveillance de la prise des traitements, mais ne doit pas entraver les échanges directs entre les professionnels.

Une synthèse de la SFHTA de décembre 2017 reprend de façon très détaillée tous les éléments jugés utiles pour améliorer l'observance. Condensant tous les maillages de la complexité qu'est l'HTA (patient, thérapie, génétique, économie, organisation de santé territoriale), les effets de ces propositions mettront sûrement de nombreuses années à se manifester, mais ils témoignent de la volonté de repenser, du soin primaire au centre d'excellence, la prise en charge de l'HTA (44)

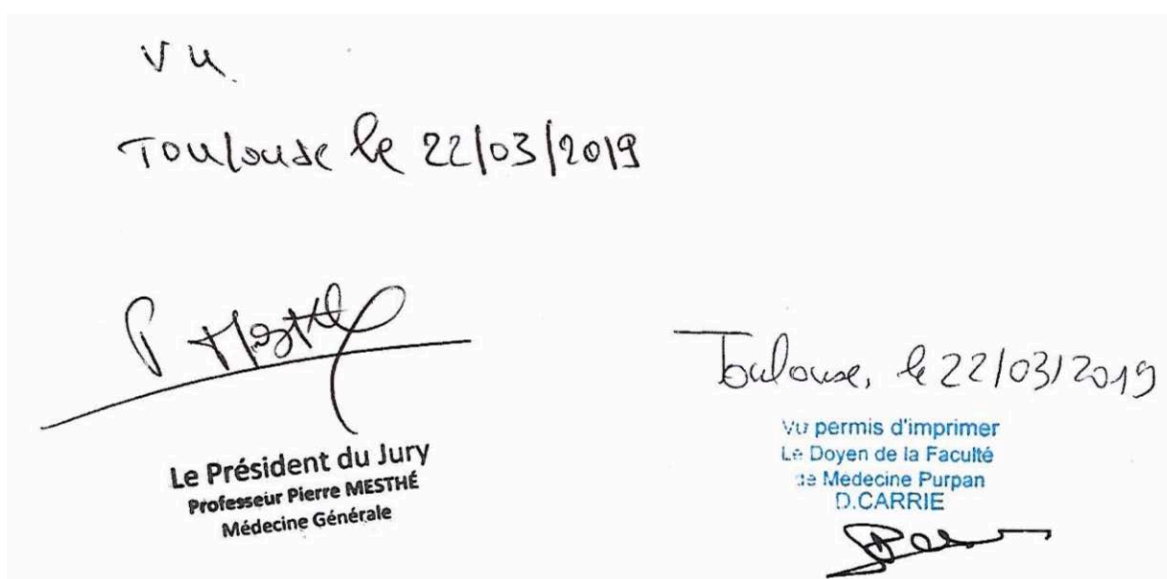
Notre étude montre une fois de plus le travail qui reste à accomplir, dans notre pays où l'objectif de 70% de patients observant souhaité pour 2015 par le comité français de lutte contre l'HTA et la société française d'HTA dans une déclaration conjointe de 2012 n'est, en 2018, pas atteint(45).

V) Conclusion

Maintes fois décrite dans diverses études à travers le monde, l'observance du traitement antihypertenseur stagne à un pourcentage moyen. Notre étude retrouve une observance globalement mauvaise, avec des problèmes plus importants retrouvés chez les sujets jeunes (de moins de 50 ans), chez ceux dont le traitement a été introduit récemment, ou encore pour les patients ayant plusieurs antihypertenseurs, a fortiori sans association fixe. Les bêtabloquants ont la plus mauvaise observance des cinq grandes classes thérapeutiques. Des problèmes d'observance également importants sont particulièrement retrouvés chez les patients ayant des antécédents cardio-vasculaires ou un statut ALD pour une ou plusieurs pathologies.

Mais ce n'est pas une raison pour se résigner et se reposer sur les méthodes déjà proposées, très intéressantes mais qu'il faudrait évaluer dans des études de grandes échelles pour attester de leur application en médecine générale. Des changements simples dans le comportement des médecins généralistes, comme augmenter et améliorer l'information et la relation avec le patient, ou la prescription des médicaments simplifiée, seraient intéressants à évaluer. Le patient doit aussi être plus impliqué dans son traitement, en insistant sur les complications cardio-vasculaires résultant d'une inobservance médicamenteuse.

Enfin, il serait utile d'étudier de façon plus approfondie l'observance thérapeutique dans l'hypertension du sujet jeune (<50 ans) afin d'établir quels facteurs sont responsables d'une observance aussi mauvaise.



Bibliographie

1. SFHTA - 2017 - Flash 2017.pdf.
2. L'hypertension artérielle / Maladies cardio-neuro-vasculaires / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 3 juill 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-cardio-neuro-vasculaires/L-hypertension-artérielle>
3. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 15 janv 2005;365(9455):217-23.
4. van Kleef ME, Spiering W. Hypertension: Overly important but under-controlled. *Eur J Prev Cardiol*. 1 juin 2017;24(3_suppl):36-43.
5. Haynes RB, Sackett DL, Gibson ES, Taylor DW, Hackett BC, Roberts RS, et al. Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. *Lancet*. 12 juin 1976;1(7972):1265-8.
6. Morris LS, Schulz RM. Patient compliance--an overview. *J Clin Pharm Ther*. oct 1992;17(5):283-95.
7. Enquête FLAHS 2017.
8. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 27 janv 2017 [cité 24 mai 2017];96(4). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5287944/>
9. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ*. 15 mai 2008;336(7653):1114-7.
10. Mennini FS, Marcellusi A, von der Schulenburg JMG, Gray A, Levy P, Sciattella P, et al. Cost of poor adherence to anti-hypertensive therapy in five European countries. *Eur J Health Econ*. janv 2015;16(1):65-72.
11. Reach G. [Can patient compliance be improved?]. *Rev Prat*. 15 mai 2003;53(10):1109-12.
12. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. janv 1986;24(1):67-74.
13. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. [Assessment of antihypertensive compliance using a self-administered questionnaire: development and use in a hypertension clinic]. *Presse Med*. 16 juin 2001;30(21):1044-8.
14. Piercefield EW, Howard ME, Robinson MH, Kirk CE, Ragan AP, Reese SD. Antihypertensive medication adherence and blood pressure control among central Alabama veterans. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. mai 2017;19(5):543-9.
15. Wong MCS, Jiang JY, Griffiths SM. Factors associated with antihypertensive drug compliance in 83 884 Chinese patients: a cohort study. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1 oct 2010;64(10):895-901.

16. Ikama MS, Nsitou BM, Loumouamou M, Kimbally-Kaky G, Nkoua JL. L'observance médicamenteuse et ses facteurs dans un groupe d'hypertendus congolais. *Pan African Medical Journal* [Internet]. 1 janv 2013 [cité 19 juin 2018];15(1). Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/100129>
17. Lefort M, Neufcourt L, Pannier B, Vaïsse B, Bayat S, Grimaud O, et al. Sex differences in adherence to antihypertensive treatment in patients aged above 55: The French League Against Hypertension Survey (FLAHS). *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 21 sept 2018;
18. Patel BV, Remigio-Baker RA, Mehta D, Thiebaud P, Frech-Tamas F, Preblick R. Effects of Initial Antihypertensive Drug Class on Patient Persistence and Compliance in a Usual-Care Setting in the United States. *The Journal of Clinical Hypertension*. 1 sept 2007;9(9):692-700.
19. Hargrove JL, Pate V, Casteel CH, Golightly YM, Loehr LR, Marshall SW, et al. Antihypertensive Adherence Trajectories Among Older Adults in the First Year After Initiation of Therapy. *Am J Hypertens* [Internet]. [cité 26 juin 2017]; Disponible sur: <https://academic.oup.com/ajh/article-abstract/doi/10.1093/ajh/hpx086/3849324/Antihypertensive-Adherence-Trajectories-Among>
20. Tung Y-C, Huang Y-C, Wu L-S, Chang C-J, Chu P-H. Medication compliance and clinical outcomes of fixed-dose combinations vs free combinations of an angiotensin II receptor blocker and a calcium channel blocker in hypertension treatment. *J Clin Hypertens*. :n/a-n/a.
21. Schulz M, Krueger K, Schuessel K, Friedland K, Laufs U, Mueller WE, et al. Medication adherence and persistence according to different antihypertensive drug classes: A retrospective cohort study of 255,500 patients. *Int J Cardiol*. 1 oct 2016;220:668-76.
22. World Health Organization. *A Global Brief on Hypertension*. 2013.
23. Palmer MJ, Barnard S, Perel P, Free C. Mobile phone-based interventions for improving adherence to medication prescribed for the primary prevention of cardiovascular disease in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018 [cité 11 oct 2018];(6). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012675.pub2/abstract>
24. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions: Scientific Review. *JAMA*. 11 déc 2002;288(22):2868-79.
25. Logan AG, Milne BJ, Achber C, Campbell WP, Haynes RB. Work-site treatment of hypertension by specially trained nurses. A controlled trial. *Lancet*. 1 déc 1979;2(8153):1175-8.
26. Bourgault C, Sénécal M, Brisson M, Marentette MA, Grégoire J-P. Persistence and discontinuation patterns of antihypertensive therapy among newly treated patients: a population-based study. *J Hum Hypertens*. août 2005;19(8):607-13.
27. Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a meta-analysis. *Hypertension*. févr 2010;55(2):399-407.
28. Jamerson K, Weber MA, Bakris GL, Dahlöf B, Pitt B, Shi V, et al. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. *N Engl J Med*. 4 déc 2008;359(23):2417-28.

29. van der Laan DM, Elders PJM, Boons CCLM, Beckeringh JJ, Nijpels G, Hugtenburg JG. Factors associated with antihypertensive medication non-adherence: a systematic review. *J Hum Hypertens.* nov 2017;31(11):687-94.
30. Ghozzi H, Kassis M, Hakim A, Sahnoun Z, Abderrahmen A, Abbes R, et al. Observance médicamenteuse chez un échantillon d'hypertendus dans la région de Sfax (Tunisie). <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/revues/00033928/v59i3/S000339281000051X/> [Internet]. 23 juin 2010 [cité 13 juin 2018]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/257089/resultatrecherche/4>
31. Mahmoudian A, Zamani A, Tavakoli N, Farajzadegan Z, Fathollahi-Dehkordi F. Medication adherence in patients with hypertension: Does satisfaction with doctor-patient relationship work? *J Res Med Sci* [Internet]. 26 avr 2017 [cité 26 juin 2017];22. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5426097/>
32. Lebeau J-P. Inertie thérapeutique dans l'hypertension artérielle. 2012;(100):37-43.
33. Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, Rehman SU, Durkalski VL, Egan BM. Therapeutic Inertia Is an Impediment to Achieving the Healthy People 2010 Blood Pressure Control Goals. *Hypertension.* 1 mars 2006;47(3):345-51.
34. Jokisalo E, Kumpusalo E, Enlund H, Takala J. Patients' perceived problems with hypertension and attitudes towards medical treatment. *J Hum Hypertens.* nov 2001;15(11):755-61.
35. Lin CT, Albertson GA, Schilling LM, Cyran EM, Anderson SN, Ware L, et al. Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? *Arch Intern Med.* 11 juin 2001;161(11):1437-42.
36. Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Krupat E, Azari R. Unsaid but not forgotten: patients' unvoiced desires in office visits. *Arch Intern Med.* 10 sept 2001;161(16):1977-84.
37. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Reiner Z, et al. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* oct 2010;17(5):530-40.
38. Pladevall M, Brotons C, Gabriel R, Arnau A, Suarez C, de la Figuera M, et al. Multicenter Cluster-Randomized Trial of a Multifactorial Intervention to Improve Antihypertensive Medication Adherence and Blood Pressure Control Among Patients at High Cardiovascular Risk (The COM99 Study). *Circulation.* 21 sept 2010;122(12):1183-91.
39. Notre documentation | Fédération Française de Cardiologie [Internet]. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/notre-documentation>
40. Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O. Should β_1 blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. 2005;366:9.
41. TENSIMETRE_processus_distribution_CPAM.pdf [Internet]. [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: https://www.fncs.org/sites/default/files/pdf/TENSIMETRE_processus_distribution_CPAM.pdf

42. Georgiopoulos G, Kollia Z, Katsi V, Oikonomou D, Tsioufis C, Tousoulis D. Nurse's Contribution to Alleviate Non-adherence to Hypertension Treatment. *Curr Hypertens Rep.* 15 juin 2018;20(8):65.
43. Stanton-Robinson C, Al-Jumaili AA, Jackson A, Catney C, Veach S, Witry MJ. Evaluation of community pharmacist-provided telephone interventions to improve adherence to hypertension and diabetes medications. *J Am Pharm Assoc* (2003). août 2018;58(4S):S120-4.
44. HERPIN D. Recommandations de la SFHTA [Internet]. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: http://www.sfhta.eu/?page_id=3404
45. Mourad J-J, Girerd X. Objective for 2015: 70% of treated and controlled hypertensive patients. Seven key points to reach this goal in practice. A joint call for action of the French League Against Hypertension and the French Society of Hypertension. *J Mal Vasc.* déc 2012;37(6):295-9.

Annexe : Questionnaire thèse

I) Partie à remplir par le médecin :

Sexe	
Age	
Traitement anti-hypertenseur (juste classe et nombre de prise. Ex : Amlodipine 5mg matin et soir = ICa 2. Ou Irbesartan 150 matin = ARA2 1)	
Date du début du traitement (année)	
Antécédents cardio-vasculaires notable (dont démence)	
Facteurs de risque cardio-vasculaire	Tabac : HTA : Diabète : Dyslipidémie : IMC>25 :
ALD ?	

II) Partie à remplir par le patient :

	Oui	Non
Ce matin avez-vous oublié votre traitement ?		
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?		
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?		
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?		
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?		
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?		
Quand vous ressentez beaucoup moins, voire plus du tout, vos symptômes, vous arrive-t-il parfois d'arrêter de prendre vos médicaments ?		
Suivez-vous un régime sans sel, ou réduit en sel ?		

Auteur : Thomas GAUTIER

Observance du traitement antihypertenseur chez les patients de médecine générale du Comminges, et pistes pour son amélioration.

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Serge Huet

Thèse soutenue le 16 Avril 2019 à Toulouse.

Introduction : Le taux des hypertendus contrôlés stagne autour de 50%, tout comme l'observance thérapeutique, et au-delà de la première année, la moitié des hypertendus traités ont arrêté leur traitement. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'observance du traitement anti-hypertenseur chez les patients de médecine générale du Comminges.

Matériel et Méthodes : étude descriptive, prospective, réalisée à l'aide d'un questionnaire à remplir par le médecin (données épidémiologiques) puis par le patient sans l'aide du médecin (partie questionnaire). Le questionnaire sur l'observance est celui proposé par l'HAS et développé par le Pr Girerd. Recueil réalisé de février 2017 à Septembre 2017.

Résultats : 154 patients ont été inclus dans l'étude, 80 femmes et 74 hommes. Les femmes sont plus âgées que les hommes ($p=0,03$), prennent moins de traitement ($p=0,02$) et ont moins d'antécédents cardio-vasculaires ($p=0,05$). Quelques soient les sous-catégories étudiées (sexe, âge, nombre d'année de prise du traitement, traitements pris, nombre de médicaments, nombre de facteur de risque cardio-vasculaires, antécédents cardio-vasculaires, statut ALD), il ressort une plus grande proportion de patients présentant un problème d'observance (minime ou majeur) que de patients bien observants.

Discussion : l'amélioration de l'observance passe avant tout, pour le généraliste en particulier, par l'information et le suivi des patients, qu'il est impératif de renforcer avec un programme de consultation préétabli. Cela permet d'améliorer la relation médecin-patient, et empêchera le médecin de tomber dans l'inertie thérapeutique. L'automesure tensionnelle implique de manière accrue le patient dans son traitement. Le nombre de médicament doit être réduit le plus possible, et les bithérapies à base d'ARA2 ou IEC en une prise quotidienne sont à privilégier. Des médecins généralistes « sentinelles » des services d'HTA devraient servir à repérer les patients les plus à risque d'inobservance, avec les pharmaciens d'officine et les infirmières.

Conclusion : L'observance thérapeutique dans l'hypertension artérielle reste à améliorer. Un changement simple dans l'approche du généraliste du patient hypertendu et une prise en charge plus optimale, selon les recommandations, permettrait probablement d'accroître l'observance des patients.

TITRE EN ANGLAIS: Adherence of the antihypertensive treatment in patients of general practice of Comminges, and tracks for its improvement.

MOTS-CLES : Hypertension Artérielle, observance, médecine générale, amélioration

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine générale

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III – Paul Sabatier

Faculté de médecine Toulouse-Rangueil, 133, Route de Narbonne 31062 Toulouse