

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Description de l'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel visant à  
améliorer l'observance thérapeutique des patients hypertendus au sein de  
la maison de santé d'Anor**

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2020 à 18h00

au Pôle Formation

par **Laëtitia CHEVALDIN**

---

**JURY**

**Président :**

**Madame le Professeur Claire Mounier Vehier**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur François Glowacki**

**Monsieur le Professeur Jean Marc Lefebvre**

**Monsieur le Docteur Laurent Verniest**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Laurent Verniest**

---



## AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

## LISTE DES ABRÉVIATIONS :

**ACI** : Accord Conventionnel Interprofessionnel

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**ETP** : Education Thérapeutique du Patient

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HTA** : Hypertension Artérielle

**IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat

**MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire

**PAD** : Pression Artérielle Diastolique

**PAS** : Pression Artérielle Systolique

**PP** : Protocole Pluriprofessionnel

**PPSPR** : Protocole Pluriprofessionnel de Soins de Premier Recours

**RCP** : Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle

**RHD** : Règles Hygiéno-Diététiques

**ZIP** : Zone d'Intervention Prioritaire

## TABLE DES MATIERES :

<b>REMERCIEMENTS :</b> .....	<b>5</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS :</b> .....	<b>7</b>
<b>TABLE DES MATIERES :</b> .....	<b>8</b>
<b>RESUMÉ</b> .....	<b>10</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>12</b>
<b>1. Définition du protocole pluriprofessionnel (PP) :</b> .....	<b>12</b>
<b>2. Présentation de la Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) :</b> .....	<b>12</b>
<b>3. Description de la patientèle, de la démographie médicale du territoire :</b> .....	<b>13</b>
<b>4. Choix du thème du protocole :</b> .....	<b>13</b>
<b>5. Définition de l'hypertension artérielle (HTA), définition de l'observance thérapeutique :</b> ....	<b>14</b>
<b>6. Justification de l'intérêt du protocole pluriprofessionnel dans la MSP d'Anor :</b> .....	<b>14</b>
<b>MÉTHODE</b> .....	<b>16</b>
<b>1. Choix de la méthode :</b> .....	<b>16</b>
<b>2. Identification du problème : comment améliorer la prise en charge pluriprofessionnelle des patients hypertendus non observants.</b> .....	<b>16</b>
<b>3. Etablissement d'un plan d'action : préparation des entretiens semi-directif</b> .....	<b>16</b>
1) Obtention de l'accord de l'équipe pluriprofessionnelle .....	<b>16</b>
2) Revue de la littérature en amont :.....	<b>17</b>
3) Etablissement du plan des entretiens :.....	<b>17</b>
<b>4. Mise en place de l'action : Déroulement des entretiens</b> .....	<b>17</b>
1) Déroulement des entretiens : .....	<b>17</b>
2) Les professionnels de santé interrogés par ordre chronologique :.....	<b>18</b>
3) Retranscription des entretiens :.....	<b>18</b>
4) Choix de la chronologie :.....	<b>18</b>
<b>5. Évaluation des effets de l'action : création du protocole à partir des données collectées</b> ..	<b>18</b>
1) Résultats des entretiens semi-dirigés :.....	<b>18</b>
2) Le cahier des charges à respecter dans la création d'un protocole pluriprofessionnel :.....	<b>21</b>
3) Élaboration du protocole pluriprofessionnel :.....	<b>21</b>
<b>6. Partage des conclusions de la recherche : présentation de la première version du protocole pluriprofessionnel aux membres de l'équipe et recueil des commentaires.</b> .....	<b>21</b>
1) Partage des conclusions de la recherche :.....	<b>21</b>
2) Remarques émises par les pharmaciens :.....	<b>22</b>
3) Remarques émises par les infirmiers :.....	<b>22</b>
4) Remarques émises par le médecin : .....	<b>22</b>

<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>24</b>
<b>1. Présentation du protocole pluriprofessionnel :.....</b>	<b>24</b>
1) Dépister le patient : .....	25
2) Proposer une prise de tension au patient : .....	26
3) Évaluation des facteurs favorisant la mauvaise observance : .....	26
4) Discussion concernant le patient en réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP) et élaboration d'un programme de suivi adapté : .....	29
5) La réévaluation du protocole : .....	31
<b>2. Fiche d'identité du protocole :.....</b>	<b>32</b>
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>33</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>34</b>
<b>LISTE DES RÉFÉRENCES :.....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>38</b>
<b>1. Annexe 1 : support utilisé pour les entretiens avec les pharmaciens : .....</b>	<b>38</b>
<b>2. Annexe 2 : support utilisé pour les entretiens avec les infirmiers :.....</b>	<b>40</b>
<b>3. Annexe 3 : support utilisé pour l'entretien avec le médecin : .....</b>	<b>42</b>
<b>4. Annexe 4 : Première version du protocole pluriprofessionnel réalisée.....</b>	<b>44</b>
<b>5. Annexe 5 : Manifestations cliniques de l'hypertension artérielle.....</b>	<b>46</b>
<b>6. Annexe 6 : Fiche d'inclusion du patient dans le protocole.....</b>	<b>47</b>
<b>7. Annexe 7 : Fiche d'aide à l'observance thérapeutique .....</b>	<b>48</b>
<b>8. Annexe 8 : Fiche d'aide aux conseils hygiéno-diététiques.....</b>	<b>49</b>
<b>9. Annexe 9 : Fiche conseils diététiques à remettre au patient.....</b>	<b>51</b>
<b>10. Annexe 10 : Fiche d'aide à l'éducation sur la maladie : .....</b>	<b>53</b>
<b>11. Annexe 11 : Fiche d'aide à l'apprentissage de l'automesure tensionnelle .....</b>	<b>54</b>
<b>12. Annexe 12 : Verbatim :.....</b>	<b>55</b>

## RESUMÉ

**Titre : Description de l'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel visant à améliorer l'observance thérapeutique des patients hypertendus au sein de la maison de santé d'Anor.**

**Introduction :** L'HTA est le principal facteur de risque cardiovasculaire, avec 15 millions d'hypertendus en France. L'observance thérapeutique est essentielle au contrôle de l'HTA et la prévention cardio-vasculaire. La prise en charge globale du patient (éducation thérapeutique, personnalisation des soins) permet d'optimiser l'observance thérapeutique. Dans l'Avesnois, la démographie médicale préoccupante nuit à la prise en charge globale des patients par le biais d'un temps médical réduit. Le protocole pluriprofessionnel permet la coordination des membres d'une équipe autour d'une prise en charge optimisée pour le patient.

L'objectif de cette étude est de créer un protocole pluriprofessionnel dédié à l'amélioration de l'observance thérapeutique des patients hypertendus consultants à la maison de santé d'Anor.

**Méthode :** Étude qualitative, menée par le biais d'entretiens semi-dirigés. L'analyse de cette étude a été réalisée d'après le modèle de la « recherche-action ». La population incluse dans les entretiens était les pharmaciens, les infirmiers et le médecin liés à la maison de santé pluriprofessionnelle d'Anor.

**Résultats :** Cette étude a permis de créer un protocole pluriprofessionnel ayant pour objectif d'améliorer la prise en charge globale des patients hypertendus non-observants. Le protocole pluriprofessionnel est composé de quatre étapes : dépistage des patients non observants, appréciation du degré d'urgence de la situation clinique, inclusion du patient avec évaluation des facteurs favorisant l'inobservance et enfin intégration du patient dans un parcours personnalisé et pluriprofessionnel

**Discussion :** L'élaboration de ce protocole a reposé sur les données de la littérature et sur l'expérience professionnelle des soignants. Il s'appuie sur une démarche centrée sur le patient et son éducation. La répartition des actions vers les différents soignants permet de pallier le manque de temps médical, délétère dans la prise en charge des patients. La réévaluation régulière de ce protocole pluriprofessionnel permettra de préserver son utilité.

## SUMMARY

**Title: Description of the production of a multiprofessional protocol aimed at improving the therapeutic adherence of hypertensives patients within the Anor's health centre.**

**Introduction :** Hypertension is the main factor of cardiovascular risk, with 15 millions of hypertensives subjects in France. Therapeutic adherence is essential to checking hypertension and cardiovascular prevention. The global care of patients (therapeutic education, personnel treatment) allows to optimise therapeutic adherence. In the Avesnois, worrying medical demography is detrimental to the global care of patients through reduced medical time. The multiprofessional protocol allows for team member coordination about the maximizing care for the patient.

The objective of this study is to create a multiprofessional protocol dedicated to improve the therapeutic adherence of hypertensives patients seen into Anor's health centre.

**Methods :** Qualitative study, performed by semi-structured interviews. The analysis of this study was produced according to the « action-research» tool. The population included into the interviews was pharmacists, nurses and the doctor bound to the multiprofessional health centre of Anor.

**Results :** This study allows to create a multiprofessional protocol aimed at improving the global care of non-adherence hypertensives patients. The multiprofessional protocol is composed of four steps : screening for non-adherence patients, estimation of clinical situation emergency degree, patient inclusion with assessment of factors favoring non-adherence and finally patient integration into a personalized and multiprofessional process.

**Discussion :** The production of this protocol is based on literature datas and on professional experience of nursing staff. It rests on an approach focused on the patient and their education. The task allocation towards the different caregivers allows to overcome the lack of medical time, injurious in the patient care. The regular reevaluation of this multiprofessional protocol will preserve its usefulness.

# INTRODUCTION

## 1. Définition du protocole pluriprofessionnel (PP) :

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit le protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours (PPSPR) comme le schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluriprofessionnelle. Il reflète l'expression d'un consensus local et documenté, pour proposer des solutions aux problèmes de prise en charge et favoriser l'harmonisation des pratiques(1).

Les PPSPR ont plusieurs objectifs généraux(2) :

- Proposer des solutions aux problèmes de prise en charge pluriprofessionnelle
- Améliorer la coordination des membres de l'équipe lors de situations complexes et/ou fréquentes
- Formaliser et harmoniser les pratiques existantes.

## 2. Présentation de la Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) :

La maison de santé d'Anor a ouvert ses portes le 1er janvier 2017, elle était composée de :

- Deux médecins généralistes
- Une orthophoniste
- Quatre infirmiers diplômés d'état (IDE)

Le 28 septembre 2018, l'un des médecins généralistes a pris sa retraite. Avec l'accord du conseil de l'ordre, je me suis alors engagée à exercer la médecine, en qualité d'adjointe du médecin généraliste restant.

### 3. Description de la patientèle, de la démographie médicale du territoire :

Anor est une des villes du Sud Avesnois. Le Sud Avesnois est composé de douze communes, regroupant 26 675 habitants(3). Au 1er janvier 2020, le Sud Avesnois comptait 10 médecins généralistes libéraux en activité : un médecin généraliste sur Anor, un médecin généraliste à Trélon, deux médecins généralistes à Wignehies et six médecins généralistes à Fourmies. L'Agence Régionale de Santé (ARS) a établi un zonage des médecins généralistes. Le zonage de l'ARS permet d'identifier les territoires où l'accès aux médecins est le plus préoccupant selon différents critères : la densité des médecins, l'âge et l'activité des médecins, les départs et les installations, la patientèle moyenne, l'état de santé et les caractéristiques sociales du territoire. L'ensemble des communes du territoire du Sud Avesnois était classé Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) en décembre 2019(4).

### 4. Choix du thème du protocole :

J'ai proposé à l'équipe un protocole visant à améliorer l'observance thérapeutique chez les patients hypertendus, pour différentes raisons :

- la fréquence de l'hypertension artérielle (HTA) dans la population générale : la prévalence de l'hypertension artérielle est estimée à 30%. L'HTA est contrôlée chez seulement 55% des patients traités(5).
- la prévalence de la non-observance thérapeutique dans les pathologies chroniques.
- les protocoles pluriprofessionnels permettent d'harmoniser les pratiques et les discours entre les différents professionnels de santé(6). Un programme d'éducation thérapeutique commun, inclus dans un protocole pluriprofessionnel, pourrait renforcer le crédit des messages délivrés au patient.
- la simplicité présumée de mise en route d'un protocole portant sur une pathologie connue des IDE et des pharmaciens. La MSP d'Anor étant récente, au moment de la décision de création du protocole pluriprofessionnel il n'existait aucun protocole et les soignants n'étaient pas encore habitués à travailler en équipe.
- le caractère chiffrable et objectif de la pression artérielle, permettant de réévaluer plus facilement le protocole à terme.
- Les recommandations sur la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) sont nombreuses, permettant ainsi la création d'un protocole fondé sur des bases scientifiques validées.

## **5. Définition de l'hypertension artérielle (HTA), définition de l'observance thérapeutique :**

- L'HTA est définie par une PAS  $\geq$  ou = 140 mmHg et/ou une PAD  $\geq$  ou = 90 mmHg, mesurées au cabinet médical, et persistante dans le temps(7). L'hypertension artérielle est le principal facteur de risque cardiovasculaire, avec 15 millions d'hypertendus en France(8).

- Observance thérapeutique : « L'observance au traitement est le degré de concordance entre le comportement d'un individu (prise de médicaments, suivi d'un régime, modification d'un mode de vie) et la prescription médicale » selon Sacket(9).

L'absence d'observance thérapeutique favorise le déséquilibre tensionnel chez les patients hypertendus traités. Le caractère asymptomatique de l'hypertension artérielle ainsi que l'absence de bénéfice clinique immédiat du traitement pharmacologique, exposent cette pathologie chronique au risque d'inobservance thérapeutique. L'éducation thérapeutique visant à améliorer l'observance thérapeutique semble donc nécessaire dans la prise en charge globale du patient hypertendu(10).

## **6. Justification de l'intérêt du protocole pluriprofessionnel dans la MSP d'Anor :**

Les protocoles pluriprofessionnels permettent de répondre à plusieurs besoins : harmoniser les pratiques, faciliter la coordination des actions entre les différents soignants au sein d'une équipe.

Dans le cas de la MSP d'Anor, le temps médical s'est fortement réduit ces dernières années, du fait de la désertification médicale. De ce fait le temps d'éducation thérapeutique auprès du patient s'en trouve réduit, la qualité globale de la prévention cardiovasculaire également.

Au premier janvier 2020, la patientèle de la MSP d'Anor, compte 494 patients hypertendus traités avec au minimum un antihypertenseur. Chiffrer l'observance thérapeutique n'est pas aisé : une méta-analyse en 2012, réalisée à partir de 20 études, soit 376 162 patients, a permis de mesurer l'observance thérapeutique des traitements à visée cardiovasculaire en prévention primaire(11). Cette méta analyse estimait l'observance thérapeutique entre 32 et 68%, à deux ans. Cette estimation appliquée aux patients hypertendus traités d'Anor, représente entre 158 et 336 patients inobservants.

Actuellement, la consultation médicale au sein de la maison de santé peut permettre la suspicion d'une HTA non contrôlée par le biais d'une prise de tension artérielle avec un brassard manuel. Cette situation entraîne le prêt d'un des deux appareils d'automesure tensionnelle disponible à la maison de santé ainsi qu'un rappel des règles hygiéno-diététiques

recommandées dans l'hypertension artérielle.

Ces constats ont motivé mon travail de recherche, me concentrant ainsi sur l'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel, dont le but serait de permettre une prise en charge plus efficace.

L'objectif de cette recherche est d'élaborer un protocole pluriprofessionnel utile en pratique. Ce protocole devant permettre à une équipe pluriprofessionnelle de compenser la restriction du temps médical dédié à l'éducation du patient, dans le but d'améliorer la prise en charge de l'observance thérapeutique dans les cas d'hypertension artérielle.

# MÉTHODE

## 1. Choix de la méthode :

Il s'agit d'une étude qualitative. Cette recherche a été menée par le biais d'entretiens semi-dirigés permettant le recueil de données. Les différents professionnels liés à la MSP d'Anor et dont la qualification avait une pertinence avec le thème du protocole ont été interrogés. Les professionnels inclus étaient : un médecin généraliste, quatre infirmiers diplômés d'état, deux pharmaciens. L'analyse de cette étude a été inspirée de la méthode d'analyse « recherche-action »(12). Cette méthode nous semblait adaptée car son objectif étant de faciliter l'identification des problèmes afin de trouver des solutions par le biais d'une enquête réalisée sur le terrain(13).

## 2. Identification du problème : comment améliorer la prise en charge pluriprofessionnelle des patients hypertendus non observants.

Les problèmes identifiés étaient les suivants :

- le temps : la prise en charge éducative d'un patient non observant nécessite du temps. La démographie médicale dans l'Avesnois réduit ce temps et altère la qualité de l'éducation proposée aux patients. Une action coordonnée entre les différents professionnels de santé doit pouvoir permettre d'optimiser le temps médical et améliorer la prise en charge des patients.

- de nombreux facteurs peuvent être responsables d'une mauvaise observance thérapeutique, il faut les identifier et tenter de proposer des solutions personnalisées aux patients.

Par ailleurs, le regroupement des différents professionnels libéraux au sein d'une même structure était récent. Le travail en équipe pluriprofessionnelle était encore méconnu. Il n'existait aucun protocole pluriprofessionnel utilisé au sein de cette structure.

La prise en charge de l'observance thérapeutique dans l'HTA pouvant être pluriprofessionnelle, l'enjeu de cette étude était de déterminer comment y aboutir.

## 3. Etablissement d'un plan d'action : préparation des entretiens semi-directif

### 1) Obtention de l'accord de l'équipe pluriprofessionnelle

L'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel se fait en équipe, il nécessite une volonté

collective de travailler ensemble. En avril 2019, lors de la réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP) mensuelle, nous avons soumis l'idée à l'équipe. Les différents membres de l'équipe concernés ont accepté de participer à ce projet.

## 2) Revue de la littérature en amont :

En juin 2019, nous avons ensuite procédé à une revue de la littérature concernant la prise en charge de l'HTA et de l'observance thérapeutique. Un protocole pluriprofessionnel doit reposer sur des références scientifiques validées. A partir des données de la littérature théorique nous avons réalisé des ébauches de protocole personnalisées à chaque métier (annexe 1, annexe 2, annexe 3). Ces ébauches avaient pour but de servir de support lors des entretiens semi dirigés.

## 3) Établissement du plan des entretiens :

Ces premières recherches nous ont conduit à identifier trois questions à poser afin d'établir ce protocole.

La première étant le dépistage des sujets à inclure dans le protocole, l'observance thérapeutique n'étant pas toujours avouée par le patient. Comment chaque professionnel, dans l'exercice de sa profession, peut dépister les patients non observants ?

La mauvaise observance peut avoir plusieurs causes, quels sont les raisons pouvant expliquer le manque d'observance chez le patient ? Il nous semblait important dans un second temps d'identifier ces facteurs afin de pouvoir proposer une réponse adaptée au patient.

La troisième question, concerne la réponse pluriprofessionnelle que peut proposer le protocole au patient ? L'enjeu de cette question était de pouvoir fournir une réponse adaptée au patient. Cette réponse devait être faisable par les professionnels de la maison de santé.

Nous avons ainsi décidé que les entretiens seraient guidés par ces trois questions : comment dépister les patients non observants ? Pourquoi le sont-ils ? Comment pourrions-nous faire collectivement pour améliorer l'observance de nos patients ? Puis dans un second temps, l'ébauche de protocole serait présentée aux professionnels concernés afin d'obtenir leurs avis.

## 4. Mise en place de l'action : Déroulement des entretiens

### 1) Déroulement des entretiens :

Les entretiens ont été menés entre le 2 juillet 2019 et le 26 septembre 2019 dans les locaux de la maison de santé. Un accord oral a été recueilli auprès de chaque professionnel avant chaque

entretien : permettant l'utilisation des données recueillies de chaque entretien pour ce projet. Chacune des différentes professions incluses a été interrogée jusqu'à épuisement de son effectif volontaire.

## 2) Les professionnels de santé interrogés par ordre chronologique :

- P1 : pharmacien
- P2 : IDE libéral exerçant à la maison de santé
- P3 : pharmacien
- P4 : IDE libéral exerçant à la maison de santé
- P5 : IDE libéral exerçant à la maison de santé
- P6 : IDE libéral exerçant à la maison de santé
- P7 : médecin généraliste, installé à la maison de santé.

## 3) Retranscription des entretiens :

Les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone, OLYMPUS digital voice recorder ws-853 puis réécoutés par le biais d'un logiciel, Express Scribe, et retranscrits au fur et à mesure des entretiens (Annexe 12).

## 4) Choix de la chronologie :

Nous avons interrogé le médecin généraliste en dernier, volontairement, afin que les différentes idées et suggestions émises par les membres de l'équipe puissent être soumises à son jugement.

## 5. Évaluation des effets de l'action : création du protocole à partir des données collectées

### 1) Résultats des entretiens semi-dirigés :

Les entretiens ont permis d'isoler plusieurs réponses aux questions posées aux professionnels de santé. Les tableaux 1,2 et 3 regroupent les différentes observations relevées.

- *Tableau 1 : Nombre d'observations relevées permettant le dépistage des patients non-observants*

<b>Dépister la mauvaise adhésion au traitement :</b>	<b>Pharmaciens</b>	<b>IDE</b>	<b>Médecin</b>
Repérer les boîtes non prises lors d'un renouvellement, le nombre de boîtes périmées ramenées à la pharmacie	2		
Soupçonner les personnes qui n'aboutissent pas à un contrôle tensionnel malgré une intensification du traitement	1		
Proposer des bilans de médicaments	1		
Pas de demande de nouvelle boîte à inscrire sur l'ordonnance lors de sa consultation pour renouvellement			1
Vérification des armoires à pharmacie lors des visites à domicile			1
Plaintes somatiques (céphalées...)		3	
Visualiser les traitements non pris dans les piluliers		2	
Visualiser les prises alimentaires sur la table		2	
Alerte de la part de la secrétaire en cas de retard sur le renouvellement du patient			1

- *Tableau 2 : Nombre d'observations relevées relatives à l'évaluation des facteurs favorisants*

<b>Évaluation des facteurs favorisant la mauvaise adhésion au traitement</b>	<b>Pharmaciens</b>	<b>IDE</b>	<b>Médecin</b>
Evaluer le degré d'implication du patient : Questionner sur le contrôle tensionnel, s'il y a des prises de tension au domicile, rigueur avec laquelle il suit et prend son traitement	1	2	
Proposer de prendre la tension si présence de symptômes ou signes cliniques et rechercher un mauvais contrôle tensionnel		3	
Questionner sur les effets indésirables potentiels		1	
Adopter une attitude détachée, sans jugement, sans culpabiliser : questionner sur les raisons d'une mauvaise observance	2		
Questionner sur les traitements pris, la date du dernier rendez-vous chez le médecin		3	
Demander les raisons : peur de prendre le traitement, le générique, des oublis chez les jeunes, trop de traitements chez les plus âgés, manque de compréhension ou troubles cognitifs, les effets indésirables potentiels, problème d'erreur après un changement de traitement après une hospitalisation	1	1	1
Cibler les étiologies responsables du déséquilibre tensionnel : respect règles hygiéno-diététiques (RHD), mauvaise compréhension de la maladie/ du traitement, etc..			1

➤ *Tableau 3 : Pistes de réflexions pour améliorer la prise en charge des patients*

<b>Mesures pour améliorer la prise en charge des patients :</b>	<b>Pharmaciens</b>	<b>IDE</b>	<b>Médecin</b>
Prévenir le médecin quand un patient qui ne prend pas son traitement est identifié	1	3	
Avoir un signal d'alerte permettant d'inclure un patient inobservant dans le protocole			1
Proposer une prise de tension régulière par le patient	1	2	
Impliquer l'épouse, la famille pour une meilleure observance	1		
Proposer le passage des IDE pour le suivi et la prise de tension	1	2	1
Fournir des tensiomètres aux patients, faciliter l'accès au tensiomètre	1		
Référer le patient identifié dans une liste en ligne sécurisée accessible à tous les soignants, dossier partagé informatisé	1		
Education sur les RHD : prise de sels, prodiguer des conseils diététiques	2	4	1
Education sur la maladie : les risques de l'HTA, l'action des traitements		4	1
Eviter les formes galéniques effervescentes chez les hypertendus	1		
Inciter à aller voir le médecin	2	4	
Inclure la recherche d'HTA secondaire dans le bilan, chez un patient jeune présentant un déséquilibre tensionnel			1
Apprentissage de l'automesure tensionnelle, encourager l'automesure		3	1
Signaler lors des réunions MSP les patients qui ne prennent pas leur traitement et en discuter	1	2	1
Proposer la préparation du pilulier et administration des traitements par l'IDE quand présence de troubles cognitifs		4	1
Proposer des remises de fascicules éducatifs. Remise de fiches réalisées lors d'une Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle (RCP) avec tous les professionnels, portant sur : RHD, les traitements, l'HTA	1	1	1
Proposer inclusion dans le programme Education Thérapeutique du Patient (ETP) sur les facteurs de risques cardiovasculaires		1	1
Même discours éducatif pour tous les professionnels		1	1
Proposer des formations à la MSP pour les patients par les soignants sur : la maladie, les traitements, le RHD		2	
Selon la prise de tension, proposer un arbre décisionnel pour standardiser les conduites à tenir : appel du médecin ou inscription sur une liste à rediscuter en RCP	1		1
Fiches synthétiques de patients à évoquer en RCP, en cas de soupçons de mauvaise observance thérapeutique résumant : âge, traitements actuels, traitements non pris et pourquoi.	1		
Faciliter les prises : simplifier les ordonnances trop longues, faire coïncider les moments de prises les plus adaptés au rythme du patient	1	1	
Consultation de contrôle IDE : éducation, prise TA, remise de fiche info, conseils pour améliorer l'observance			1

## 2) Le cahier des charges à respecter dans la création d'un protocole pluriprofessionnel :

L'analyse de la méthodologie concernant les protocoles pluriprofessionnels nous a permis d'isoler des critères garantissant la qualité d'un protocole pluriprofessionnel(14,15):

- Le PP doit répondre de façon adaptée à un besoin de la structure
- La mise en œuvre du PP doit être adaptée à l'équipe et aux conditions locales
- Il doit être conforme aux recommandations actuelles
- Il s'appuie sur l'expérience et les compétences des professionnels impliqués
- Le PP doit préciser le ou les objectifs de la prise en charge du patient
- Le PP doit permettre d'harmoniser les pratiques des soignants
- Le PP se doit de renforcer la sécurité des soignants dans l'exercice de leur profession.
- Le PP doit être simple d'utilisation et facilement consultable par les soignants impliqués
- Le PP doit préciser : les différentes étapes chronologiques de la prise en charge du patient, le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués.
- Le PP doit pouvoir être réévalué et réactualisé.

## 3) Élaboration du protocole pluriprofessionnel :

Les données collectées nous ont permis l'analyse de la pratique actuelle ainsi qu'une réflexion visant à améliorer cette pratique. Cette réflexion, menée par les professionnels concernés a abouti à la réalisation de la première version de protocole pluriprofessionnel composé de 4 étapes (annexe 4).

## 6. Partage des conclusions de la recherche : présentation de la première version du protocole pluriprofessionnel aux membres de l'équipe et recueil des commentaires.

### 1) Partage des conclusions de la recherche :

Le protocole initial (annexe 4) a été présenté aux différents professionnels durant le mois de janvier 2020. Nous avons recueilli les commentaires des pharmaciens, un par un. Les infirmiers, eux ont été rencontrés deux par deux. Et enfin le protocole a été présenté au médecin.

## 2) Remarques émises par les pharmaciens :

### ➤ *Concernant la première étape, dépister le patient :*

Un des pharmaciens a noté que la visualisation des traitements non pris dans les piluliers était aussi une manière pour eux de dépister les patients non-observants. Un des pharmaciens a également émis une réserve sur la pertinence du dépistage par le biais des boîtes périmées, dans la mesure où les boîtes périment au bout de 2 ans.

### ➤ *Concernant la troisième étape, proposer une prise de tension au patient :*

Un des pharmaciens a émis une réserve également, la rédaction de la fiche de synthèse pouvant apparaître comme chronophage.

### ➤ *Concernant la quatrième étape, discussion du patient en RCP et élaboration d'un programme de suivi du patient :*

Les pharmaciens ont proposé de participer à la prise en charge du patient, suggérant ainsi qu'ils pouvaient réaliser « les consultations IDE » également. Les actes décrits dans cette consultation IDE pouvant entrer dans le cadre de leurs compétences.

## 3) Remarques émises par les infirmiers :

### ➤ *Concernant la quatrième étape, discussion du patient en RCP et élaboration d'un programme de suivi du patient :*

Les infirmiers ont émis une réserve sur la faisabilité d'éduquer à l'automesure tensionnelle, considérant les difficultés que pourraient rencontrer certains patients à effectuer ces mesures seuls. Par ailleurs les infirmiers ont aussi souhaité que les consultations IDE puissent être rémunérées, dans la mesure où le temps d'éducation thérapeutique n'est pas un acte infirmier facturable par la sécurité sociale.

## 4) Remarques émises par le médecin :

### ➤ *Concernant la première étape, dépister le patient :*

Le médecin avait souligné que son logiciel professionnel, bientôt partagé avec tous les

professionnels, possédait déjà un formulaire permettant d'accéder automatiquement à la liste des manifestations clinique en faveur d'un déséquilibre tensionnel.

➤ *Concernant la troisième étape, proposer une prise de tension au patient :*

Le médecin a suggéré que cette étape serait plus pertinente en seconde étape, plus pertinent d'éliminer l'urgence avant de commencer à inclure le patient dans le protocole. De même, pour plus de clarté, la direction de la flèche plus prononcée vers la droite du document, permettrait de mieux souligner que le patient atteint d'une HTA sévère est d'emblée exclu du protocole. Le remplissage de la fiche de synthèse pouvait également apparaître chronophage, et suggérait d'envisager la mise en place de l'alerte par le biais du dossier informatisé.

➤ *Concernant la quatrième étape, discussion du patient en RCP et élaboration d'un programme de suivi du patient :*

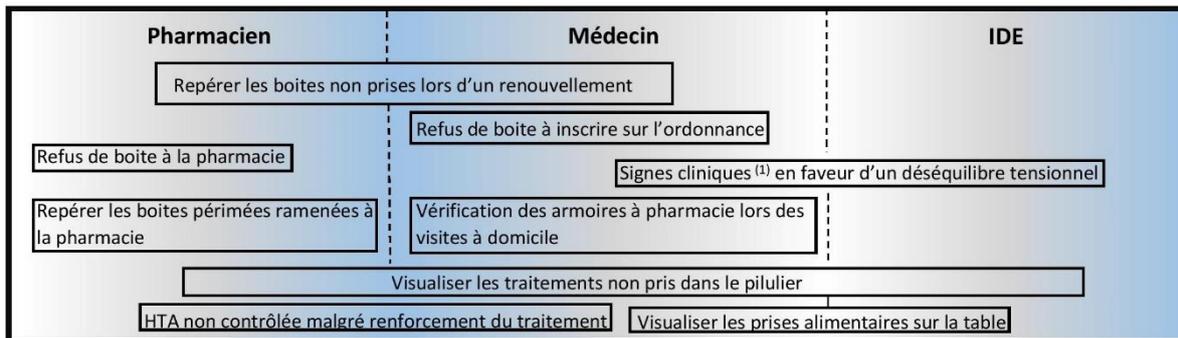
Le médecin suggérait une réévaluation de l'observance du patient, à 6 mois après atteinte de l'objectif tensionnel. Il suggérait que puisse être précisé que l'appareil tensionnel prêté au patient puisse l'être durant 3 jours et non durant 1 mois. Toutefois le problème principal souligné par le médecin concernait le temps de coordination pour ce protocole, en effet l'inclusion du patient, la récupération des retours de la consultation IDE et la replanification du suivi, nécessite un temps de coordination. Ce temps de coordination n'est attribué à aucun professionnel particulier.

# RÉSULTATS

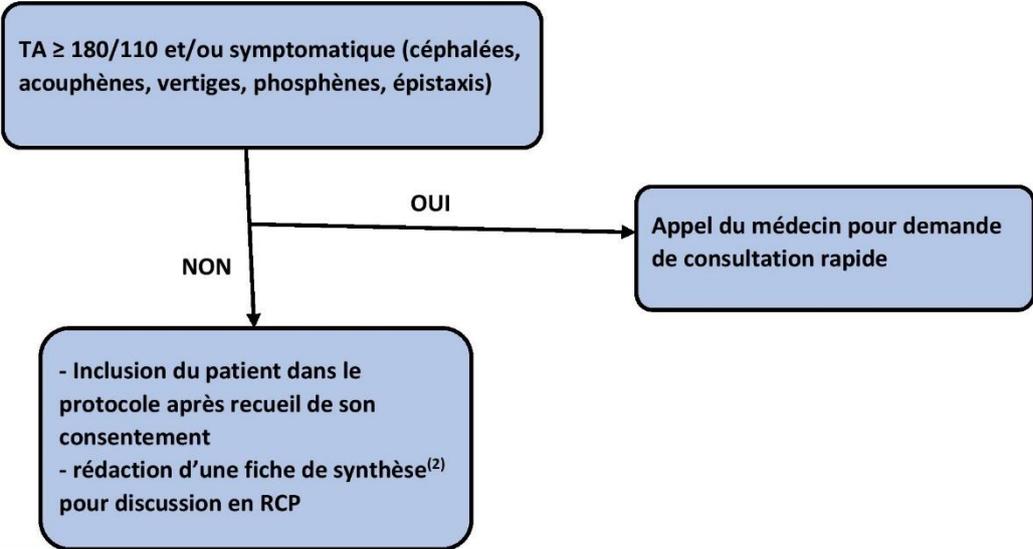
## 1. Présentation du protocole pluriprofessionnel :

### Prise en charge de la mauvaise adhésion au traitement chez le patient hypertendu

#### 1. Dépister le patient



#### 2. Proposer une prise de tension au patient



#### 3. Evaluation des facteurs favorisant la mauvaise observance

- Evaluer le degré d'implication du patient : contrôle tensionnel lors des consultations chez le médecin, surveillance de la tension artérielle au domicile, rigueur avec laquelle il prend son traitement/ gère son suivi médical, date du dernier rendez-vous chez le médecin.
- Evaluation du degré de respect des mesures hygiéno-diététiques.
- Chercher les raisons expliquant la mauvaise observance : peur de prendre le traitement, croyances sur les génériques, oublis chez les jeunes, présence de troubles cognitifs, trop de traitement sur l'ordonnance, effets secondaires du traitement, problème d'erreur après un changement de traitement au décours d'une hospitalisation, mauvaise compréhension de la maladie et de l'intérêt du traitement.

Annexes :  
(1) document rappelant les signes cliniques à rechercher en faveur d'un déséquilibre tensionnel  
(2) Fiche de synthèse à remplir

## 1) Dépister le patient :

La première étape du protocole traite du dépistage du patient. En effet le tableau, liste différentes situations pouvant être rencontrées dans la pratique de chaque professionnel de santé. Certaines situations peuvent être communes à plusieurs professions, par exemple les traitements non demandés lors de sa consultation médicale dédiée au renouvellement de son traitement et/ou les boîtes non prises à la pharmacie lors du passage de ce dernier à la pharmacie.

### ➤ *La mauvaise adhésion au traitement antihypertenseur peut être dépistée par le pharmacien lorsque :*

- les boîtes ne sont pas prises à la pharmacie,
- le patient ou la famille du patient ramène d'anciennes boîtes avec la présence de médicaments périmés,
- les comprimés encore présents dans le pilulier pour les patients bénéficiant d'une préparation régulière du pilulier par le pharmacien,
- la constatation d'une hypertension artérielle persistante malgré un renforcement du traitement.

### ➤ *La mauvaise adhésion au traitement antihypertenseur peut être dépistée par le médecin lorsque :*

- le patient refuse la prescription d'un traitement qui devrait lui manquer d'après la dernière date de prescription, la constatation de signes cliniques en faveur d'un déséquilibre tensionnel
- la constatation de surplus de traitement médicamenteux dans les armoires à pharmacie lors des visites à domicile
- la persistance de comprimés dans les piluliers lors des visites à domicile,
- un non-respect du traitement non médicamenteux peut être également constaté à domicile lors de la visualisation des prises alimentaires,
- l'absence de contrôle tensionnel en dépit d'un renforcement du traitement médicamenteux.

### ➤ *La mauvaise adhésion au traitement antihypertenseur peut être dépistée par l'infirmier lorsque :*

- le patient rapporte la présence de signes cliniques en faveur d'un déséquilibre tensionnel,
- la persistance de comprimés dans les piluliers lors des passages au domicile,

- un non-respect du traitement non médicamenteux peut être également constaté à domicile lors de la visualisation des prises alimentaires.

Un document associé au protocole a été réalisé, rappelant les manifestations cliniques potentielles de l'HTA pour les professionnels (Annexe 5).

## 2) Proposer une prise de tension au patient :

Le protocole pluriprofessionnel n'a pas pour objectif de prendre en charge les situations d'urgence. Le professionnel de santé est donc invité à proposer une prise de tension artérielle au patient, l'objectif étant d'exclure les patients présentant une hypertension artérielle sévère et/ou symptomatique afin qu'ils puissent bénéficier d'un avis médical rapide.

En dehors de cette situation, le patient pourra alors être inclus dans le protocole s'il y consent. Le professionnel incluant le patient dans le protocole peut être médecin, pharmacien ou IDE. Après recueil du consentement oral du patient, le professionnel de santé devra remplir la fiche d'inclusion du patient (Annexe 6).

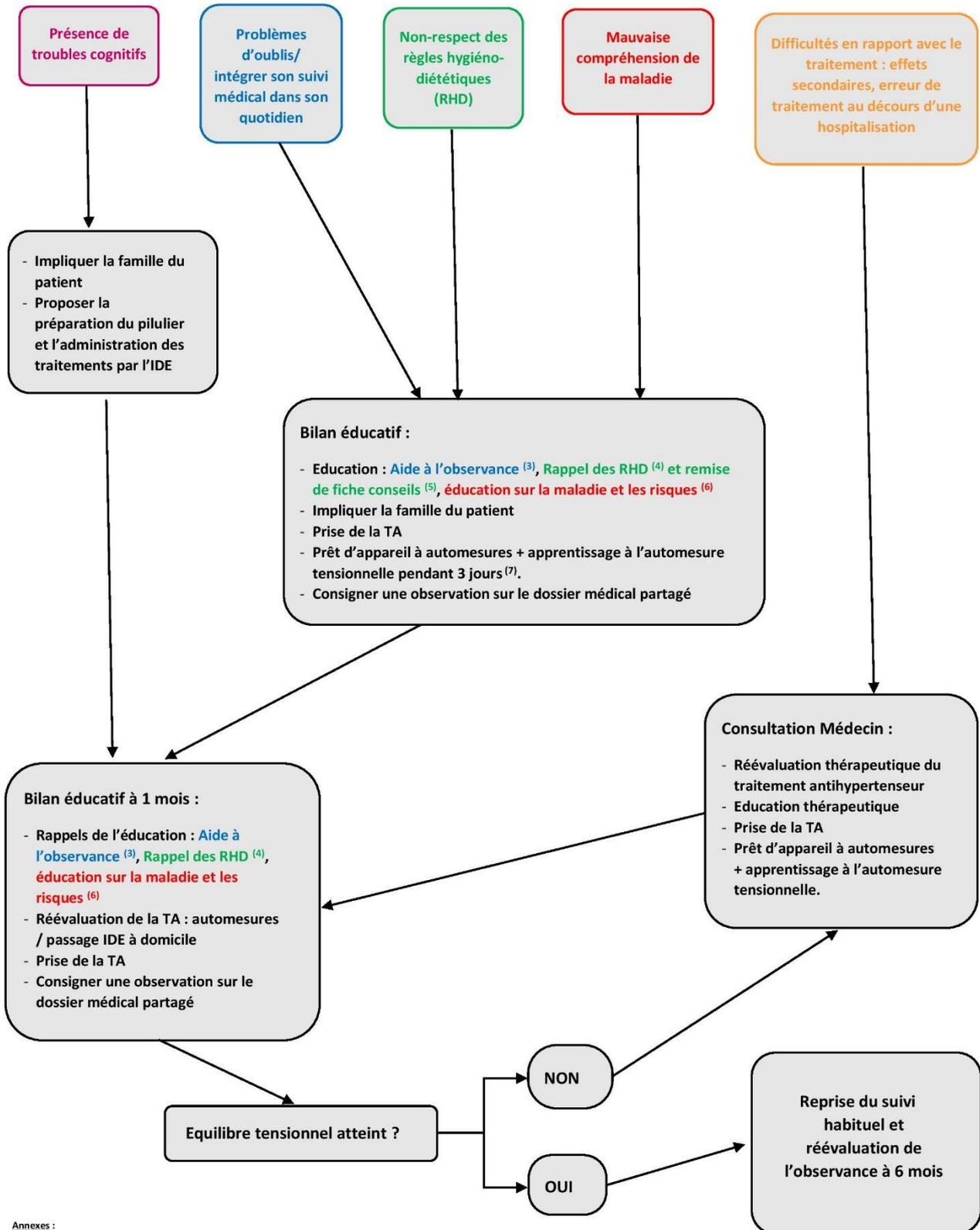
Cette étape peut être réalisée par tous les professionnels impliqués dans le protocole : médecin, pharmacien et IDE.

## 3) Évaluation des facteurs favorisant la mauvaise observance :

L'évaluation des facteurs favorisant permettra de remplir la fiche d'inclusion du patient. Cette étape propose une trame guidant l'interrogatoire du patient. En effet, l'évaluation du degré d'implication du patient dans sa maladie, son mode de vie, ses prises thérapeutiques, permettra de déterminer le ou les motifs de son manque d'observance. Cette étape peut être réalisée par tous les professionnels impliqués dans le protocole : médecin, pharmacien et IDE. Ces observations relevées par le professionnel de santé permettront d'étayer la discussion pluriprofessionnelle portant sur la prise en charge du patient.



#### 4. Discussion du patient en RCP et élaboration d'un programme de suivi adapté



**Annexes :**

(3) document conseils pour aide à l'observance

(4) document rappelant les conseils à prodiguer au patient sur le plan hygiéno-diététique

(5) Fiche conseil sur les RHD à remettre au patient

(6) document expliquant ce qu'est l'HTA et les risques

(7) fiche d'aide à l'apprentissage de l'automesure tensionnelle

4) Discussion concernant le patient en réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP) et élaboration d'un programme de suivi adapté :

➤ *Discussion concernant le patient en réunion de concertation pluriprofessionnelle :*

Avec la fiche d'inclusion comme support, les professionnels de santé pourront élaborer le programme de suivi le mieux adapté au patient pour améliorer l'observance thérapeutique de ce dernier. Cinq étiologies responsables d'un défaut d'observance thérapeutique ont été identifiées actuellement, pour chacune d'entre elles, une prise en charge particulière est prévue dans le protocole. L'enjeu de la discussion pluriprofessionnelle sera de décider quelle prise en charge est la plus adaptée au problème du patient pour, in fine atteindre son objectif tensionnel. L'objectif tensionnel de chaque patient inclus sera déterminé par le médecin en fonction du terrain et des antécédents du patient.

➤ *Les troubles cognitifs sont responsables du manque d'observance du patient :*

On proposera au patient le passage d'une infirmière au domicile qui préparera et donnera les traitements au patient. On pourra également impliquer la famille du patient dans la prise des traitements, si c'est possible. Après un mois de prise effective du traitement, la tension artérielle du patient pourra être réévaluée au domicile par l'infirmière, sur 3 jours avec 3 mesures matin et soir. Le résultat des mesures tensionnelles sera consigné dans le dossier médical du patient : si les mesures prises ne correspondent pas à l'objectif tensionnel fixé en amont, le patient bénéficiera du passage du médecin pour la réévaluation de son traitement. Si les mesures prises correspondent à l'objectif tensionnel du patient, le suivi habituel du patient pourra être repris.

➤ *Le manque d'observance peut être expliqué par les difficultés du patient à intégrer son suivi médical dans son quotidien, le manque de motivation(16) :*

On proposera un bilan éducatif au patient, ce bilan pouvant être réalisé par l'infirmier, le médecin ou le pharmacien.

Ce premier bilan comprendra un temps d'éducation, le professionnel de santé pourra se faire aider d'une fiche conseil (Annexe 7) pour guider son entretien avec le patient. Outre le bilan éducatif, le patient bénéficiera d'une prise de tension ainsi que d'un apprentissage à l'automesure tensionnelle selon les recommandations SFHTA HAS septembre 2016 (Annexe 11). Le prêt d'un brassard d'automesure tensionnelle sera programmé 1 mois après le bilan en vue d'un deuxième bilan éducatif. Un compte rendu de ce bilan éducatif sera consigné dans le dossier médical.

Un mois plus tard, le patient bénéficiera d'une réévaluation par un second bilan éducatif, le professionnel de santé réalisant ce bilan pourra être le même que celui qui avait réalisé le premier. Ce second bilan éducatif permettra un rappel des échanges réalisés lors du premier

bilan. Il sera également possible de faire le point sur les automesures réalisées par le patient et vérifier si la tension artérielle du patient est désormais à l'objectif.

Si l'équilibre tensionnel est atteint chez ce patient, il pourra poursuivre son suivi habituel, le cas échéant, un rendez-vous avec le médecin sera donné au patient.

➤ *Les écarts aux mesures hygiéno-diététiques expliquent la mauvaise adhésion au traitement :*

On proposera un bilan éducatif au patient, ce bilan pouvant être réalisé par l'infirmier, le médecin ou le pharmacien.

Ce premier bilan comprendra un temps d'éducation, le professionnel de santé pourra se faire aider d'une fiche conseil (Annexe 8) pour guider son entretien avec le patient. Le patient bénéficiera également d'une prise de tension ainsi que d'un apprentissage à l'automesure tensionnelle (Annexe 11). A l'issue du bilan, le prêt d'un brassard d'automesure tensionnelle sera programmé 1 mois après le bilan en vue d'un deuxième bilan éducatif et le patient se verra remettre une fiche de conseils diététiques hyposodés (Annexe 9). Un compte rendu de ce bilan éducatif sera consigné dans le dossier médical.

Un mois plus tard, le patient bénéficiera d'une réévaluation par un second bilan éducatif. Ce second bilan éducatif permettra un rappel des échanges réalisés lors du premier bilan. Il sera également possible de faire le point sur les automesures réalisées par le patient et vérifier si la tension artérielle du patient est désormais à l'objectif.

Si l'équilibre tensionnel est atteint chez ce patient, il pourra poursuivre son suivi habituel, le cas échéant, un rendez-vous avec le médecin sera donné au patient.

➤ *La mauvaise compréhension de la maladie explique le manque d'observance thérapeutique chez le patient :*

On proposera un bilan éducatif au patient, ce bilan pouvant être réalisé par l'infirmier, le médecin ou le pharmacien.

Ce premier bilan comprendra un temps d'éducation, le professionnel de santé pourra se faire aider d'une fiche conseil (Annexe 10) pour guider son entretien avec le patient. Le patient bénéficiera également d'une prise de tension ainsi que d'un apprentissage à l'automesure tensionnelle (Annexe 11). A l'issue du bilan, le prêt d'un brassard d'automesure tensionnelle sera programmé 1 mois après le bilan en vue d'un deuxième bilan éducatif. Un compte rendu de ce bilan éducatif sera consigné dans le dossier médical.

Un mois plus tard, le patient bénéficiera d'une réévaluation par un second bilan éducatif. Ce second bilan éducatif permettra un rappel des échanges réalisés lors du premier bilan. Il sera également possible de faire le point sur les automesures réalisées par le patient et vérifier si la tension artérielle du patient est désormais à l'objectif.

Si l'équilibre tensionnel est atteint chez ce patient, il pourra poursuivre son suivi habituel, le cas échéant, un rendez-vous avec le médecin sera donné au patient.

- *Le traitement médical est responsable de la mauvaise observance du patient (effets secondaires, etc...) :*

On proposera d'emblée une consultation avec le médecin, le médecin réévaluera son traitement mal toléré et pourra effectuer des modifications thérapeutiques si nécessaire. Le patient pourra également bénéficier d'un apprentissage à l'automesure tensionnelle (Annexe 11). A l'issue du bilan, le prêt d'un brassard d'automesure tensionnelle sera programmé 1 mois après le bilan en vue d'un bilan éducatif de réévaluation.

Le patient sera revu lors d'un bilan éducatif de réévaluation. Le patient et le professionnel de santé pourront faire le point sur les automesures réalisées par le patient et vérifier si la tension artérielle du patient est désormais à l'objectif.

Si l'équilibre tensionnel est atteint chez ce patient, il pourra poursuivre son suivi habituel, le cas échéant, un rendez-vous avec le médecin sera donné au patient.

#### 5) La réévaluation du protocole :

Les indicateurs de suivis permettent la réévaluation régulière des PP :

- les fiches d'inclusions patients permettront de déterminer, le nombre de patient inclus dans le protocole.
- les observations notifiées dans le dossier médical partagé, reflèteront l'impact de ce protocole pluriprofessionnel sur les mesures de pressions artérielles des patients inclus dans le protocole. Ces indicateurs de suivi permettront ainsi d'évaluer, annuellement l'intérêt potentiel de la mise en place de ce protocole au sein de la MSP d'Anor.

## 2. Fiche d'identité du protocole :

<b>Date de création</b>	09/04/19
<b>Date de modification</b>	21/01/20
<b>Structure porteuse du protocole</b>	Maison de Santé Pluriprofessionnelle d'Anor (MSP)
<b>Titre du protocole</b>	Prise en charge de la mauvaise adhésion au traitement chez le patient hypertendu
<b>Référent (personne-ressource)</b>	Laëtitia Chevaldin
<b>Liste des professions ou services et structures impliqués dans la prise en charge</b>	IDE libéraux, pharmaciens, médecins généralistes
<b>Objectif général</b>	Améliorer le contrôle tensionnel en améliorant l'observance thérapeutique
<b>Objectifs secondaires</b>	Améliorer la prise en charge des facteurs de risques cardio-vasculaires sur le territoire
<b>Population cible</b>	Patients hypertendus traités
<b>Evaluation</b>	Atteinte de l'objectif tensionnel
<b>Liste des documents associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiche rappelant les signes cliniques en faveur d'un déséquilibre tensionnel</li> <li>- Fiche d'inclusion patient</li> <li>- Document conseils pour aide à l'observance thérapeutique</li> <li>- Document conseils sur les règles hygiéno-diététiques</li> <li>- Fiche à remettre au patient sur les règles hygiéno-diététiques</li> <li>- Document d'information sur l'HTA et les complications</li> <li>- Fiche d'apprentissage de l'automesure tensionnelle</li> </ul>
<b>Liste des sources documentaires ou références</b>	Cf références listées sur les documents
<b>Lieu de consultation du protocole</b>	Salle de soin de la MSP d'Anor
<b>Liste des professionnels adhérents au protocole</b>	Professionnels de la MSP d'Anor, les pharmaciens de la ville d'Anor
<b>Liste des professionnels ou structure informés du protocole</b>	Professionnels de la MSP d'Anor, les pharmaciens de la ville d'Anor
<b>Groupe de travail (GT)</b>	Professionnels de la MSP d'Anor, les pharmaciens de la ville d'Anor
<b>Mode de validation du protocole</b>	Entretiens individuels et RCP
<b>Date prévue d'actualisation</b>	Janvier 2021

## DISCUSSION

Cette étude m'a permis de mettre en place un protocole pluriprofessionnel de soins de premiers recours au sein de la maison de santé d'Anor. Ce PP a pour objectif d'améliorer la prise en charge globale des patients hypertendus non-observants. Le PP est composé de 4 étapes : dépistage des patients non observants, appréciation du degré d'urgence de la situation clinique, inclusion du patient avec évaluation des facteurs favorisant l'inobservance et enfin intégration du patient dans un parcours personnalisé et pluriprofessionnel.

Ce PP a été élaboré à partir des témoignages pratiques de chaque professionnel impliqué : il s'appuie sur l'expérience et les compétences propres à chaque profession. Il prend en charge une pathologie fréquente et définie, permettant un usage régulier au sein de la MSP. Le protocole obéit à une démarche centrée sur le patient : il inclut un parcours personnalisé pour le patient non observant, l'éducation et l'apprentissage des automesures tensionnelles permet le développement des compétences du patient et le suivi est également prévu dans la prise en charge du patient. Le protocole illustre les différentes étapes chronologiques de la prise en charge du patient ainsi que le rôle de chaque professionnel mobilisé. Les documents associés en annexes ont pour vocation d'harmoniser les pratiques parmi les différents professionnels, d'avoir un discours commun mais également de sécuriser les soignants par le biais des supports diffusés. L'intérêt de ce PP repose également sur un besoin local : le temps médical étant restreint du fait de la démographie médicale, le PP permet que le suivi rapproché mensuel ainsi que le temps d'éducation du patient soit délégué aux autres professionnels de santé.

Ce PP possède toutefois des faiblesses. Le PP a été élaboré à partir des entretiens avec les professionnels de santé, les professionnels étant peu nombreux, on peut supposer que le protocole aurait pu être plus documenté avec plus de participants. Le thème du protocole a été choisi par un médecin, et non par l'équipe de la maison de santé afin de répondre au manque de temps médical. Le manque d'observance peut être difficile à déceler, bien que le protocole fournisse des outils pour le suspecter. Le bilan éducatif requière de l'implication de la part du soignant, la motivation des professionnels à se porter volontaire pour participer à ces bilans peut ne pas être systématique. Le bilan éducatif requière du temps, ce temps doit pouvoir être rémunéré par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Ce PP nécessite une coordination entre les différentes actions (convoquer le patient pour les bilans éducatifs, le suivi des patients inclus, la notification des observations et résultats de chaque bilan éducatif), le rôle du coordinateur n'est pas très bien défini, et l'absence actuelle de système d'exploitation informatique partagé peut compliquer ce suivi.

Le PP doit être réévalué en équipe. Après sa mise en route, il reste encore à prévoir un temps de discussion d'analyse pluriprofessionnelle afin de réévaluer son utilité et ses perspectives d'amélioration. Le retour positif potentiel pourrait ainsi permettre d'encourager la mise en place d'autres PP au sein de la maison de santé.

## CONCLUSION

Cette étude a conduit à la réalisation d'un protocole pluriprofessionnel de soins de premiers recours au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle. Il a pour objectifs d'améliorer la prise en charge globale des patients hypertendus non-observants. Il est composé de 4 étapes : dépistage des patients non observants, appréciation du degré d'urgence clinique du patient, inclusion du patient avec évaluation des facteurs favorisant l'inobservance et enfin intégration du patient dans un parcours personnalisé et pluriprofessionnel.

Ce protocole pluriprofessionnel est le produit du travail collectif de la maison de santé pluriprofessionnelle d'Anor. Son objectif principal est d'améliorer le contrôle tensionnel des patients hypertendus par le biais de l'amélioration l'observance thérapeutique. La mise en pratique de ce PP est adaptée aux conditions locales d'exercice des professionnels de santé. Le travail réalisé sur ce protocole n'est pas terminé, il devra régulièrement être réévalué et réadapté au fur et à mesure de son utilisation. Sa diffusion potentielle aux autres équipes pluriprofessionnelles devra faire l'objet d'une adaptation en amont aux conditions d'exercice de ces dernières.

## LISTE DES RÉFÉRENCES :

1. Haute Autorité de Santé HAS. Élaboration des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours [Internet]. Saint-Denis La Plaine; [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours)
2. H.A.S., Dr C. Locquet, Mlle G. Georg. Protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours(PPSPR) Étapes d'élaboration [Internet]. 2011 [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/ppspr\\_guide\\_etapes\\_elaboration.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/ppspr_guide_etapes_elaboration.pdf)
3. Présentation de la Communauté de Communes Sud-Avesnois [Internet]. Communauté de Communes. 2016 [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <https://cc-sudavesnois.fr/presentation-de-la-communaute-de-communes/presentation/>
4. ARS Hauts-de-France. L'ARS Hauts-de-France étend fortement les aides financières à l'installation et au maintien des médecins généralistes [Internet]. [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-etend-fortement-les-aides-financieres-linstallation-et-au-maintien-des>
5. Perrine A-L, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolution depuis 2016. Bull Epidemiol Hebd. 2018;18.
6. FMPS Normandie. Monter un protocole [Internet]. FMPS Normandie. [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.fmps-normandie.org/vous-etes-en-msp/monter-un-protocole/>
7. Haute Autorité de Santé HAS. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2016 [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte)
8. Ben Guirat N, Peroz J, Safar M, Blacher J. Épidémiologie de l'hypertension artérielle. EMC - Cardiologie. févr 2013;8(1):1-13.
9. Sacket DL. Patients and therapies: getting the two together. N Engl J Med. 2 févr 1978;298(5):278-9.
10. Tarquinio C, Tarquinio M-P. L'observance thérapeutique: déterminants et modèles théoriques. Pratiques Psychologiques. mars 2007;13(1):1-19.
11. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to Drugs That Prevent Cardiovascular Disease: Meta-analysis on 376,162 Patients. The American Journal of Medicine. 1 sept 2012;125(9):882-887.e1.
12. Catroux M. Introduction à la recherche-action : modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique. apliut. 15 mars 2002;(Vol. XXI N° 3):8-20.

13. Gaspard Claude. Recherche action en 5 étapes [Internet]. Scribbr. 2020 [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/recherche-action/>
14. H.A.S. Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? [Internet]. OUTIL D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES; 2015 [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs\\_protocoles\\_pluri-pro\\_web2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs_protocoles_pluri-pro_web2.pdf)
15. FEMASIF, ARS Ile de France, CPAM. COMMENT RÉDIGER UN PROTOCOLE PLURIPROFESSIONNEL ? [Internet]. Fédération des Maisons et Pôles de Santé en Île-de-France. 2019. Disponible sur: <https://www.femasif.fr/wp-content/uploads/sites/3/2020/01/guide-protocoles.pdf>
16. Reach G, Guedj-Meynier D, Darné B, Herpin D. Facteurs associés à la non-observance chez les hommes et chez les femmes hypertendus non contrôlés : étude ODACE. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. juin 2015;64(3):222-6.
17. Bitton S, Dreyfuss C, Yannoutsos A, Lelong H, Kretz S, Emmerich J, et al. Éducation et observance thérapeutique dans l'hypertension artérielle. 2019;13.
18. Fenech G, Kretz S, Lelong H, Yannoutsos A, Ly C, Iaria P, et al. Traitement non pharmacologique de l'hypertension artérielle. *EMC Cardiologie*. 2014;12.
19. Collège des enseignants de cardiologie et maladies vasculaires. Item 130 : Hypertension artérielle de l'adulte. 2012 2011;29.
20. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi)
21. Kaboré J, Lelong H, Agnoletti D, Safar M, Blacher J. Prescription diététique dans l'hypertension artérielle. 2019;7.
22. Caucanas C, Blacher J. Prise en charge initiale de l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte. *EMC - Traité de Médecine Akos*. 2018;7.
23. Uzan L, Toussaint J-F. Hypertension artérielle et sport. //www.em-premium.com/data/traites/co/11-50549/ [Internet]. 23 janv 2014 [cité 8 mars 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/article/866210/resultatrecherche/1>
24. Haute Autorité de Santé HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2014. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours)
25. Ameli.fr. HTA et alimentation [Internet]. [cité 8 mars 2020]. Disponible sur:

26. Blacher J, Halimi J-M, Hanon O, Mourad J-J, Pathak A, Schnebert B, et al. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Recommandations 2013 de la Société française d'hypertension artérielle. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie. juin 2013;62(3):132-8.
27. Haute Autorité de Santé HAS. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2016. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte)

# ANNEXES

## 1. Annexe 1 : support utilisé pour les entretiens avec les pharmaciens :

### La prise en charge de la non-observance thérapeutique chez les patients hypertendus

#### Problématiques :

- Comment dépister la mauvaise observance thérapeutique ?
- Quelles mesures mettre en œuvre afin d'améliorer l'observance thérapeutique ?

#### Objectifs généraux :

- Améliorer le contrôle tensionnel en améliorant l'observance thérapeutique.

- *Pharmaciens :*

*Lors du passage en officine pour la délivrance des traitements*

#### Dépister la mauvaise adhésion au traitement :

- **Consulter le dossier pharmacologique** : comparer le délai entre les différentes dates de délivrance et la durée de traitement délivré. Identifier les médicaments non délivrés sur l'ordonnance. Délivrance de boîte de 90/30, refus de boîte.

- Rechercher la **prise concomitante pouvant interférer avec la prise d'antihypertenseur** : AINS, anti-rétroviraux, antifongiques azolés, macrolides.

- **Identifier les patients à risque de troubles de l'observance** : isolement social, addiction alcool, dépression, croyances et représentations erronées sur la maladie-le traitement

- **Identifier les écarts au régime hygiéno-diététique recommandé**

- **dépister la présence d'un syndrome d'apnée du sommeil associé**

- **Interroger sur la prise médicamenteuse** : effets secondaires fréquents ? Oubli de prise, motif et fréquence de l'oubli ? Questionnaire de Morisky à huit questions

- **Informé le prescripteur par appel téléphonique le cas échéant**

#### Mesures proposées visant à améliorer l'observance thérapeutique :

- **Mise en place de pilulier**

- **Apprentissage de l'automesure tensionnelle.**

- réalisation à l'aide d'un tensiomètre automatique validé, trois mesures le matin, trois mesures le soir, trois jours de suite.
- utilisation du tensiomètre de façon adaptée : assis, taille du brassard adaptée, être au repos depuis 5 minutes, absence de consommation de thé, café, tabac depuis 30 minutes.

- **Education thérapeutique**

- Education thérapeutique sur la maladie(17) :

- la signification physiologique des valeurs de pression artérielle systolique (PAS) et diastolique (PAD)
- les conséquences de l'élévation tensionnelle à long terme et les complications viscérales potentielles : l'élévation du risque cardiovasculaire (infarctus du myocarde, AVC), insuffisance rénale terminale, démence, fibrillation atriale et insuffisance cardiaque.

- Education thérapeutique sur le traitement pharmacologique(17) :

- le bénéfice attendu du traitement sur la diminution du risque de complication viscérale implique

son maintien au long cours et le respect des modalités de prise.

- les diurétiques : augmentent la natriurèse, des précautions sont à prendre dans les situations à risque de déshydratation
- les inhibiteurs calciques : agissent sur la vasomotricité artérielle. Le développement des œdèmes des membres inférieurs est un effet secondaire potentiel.
- les bloqueurs du SRAA (IEC, ARA II) : la toux est un effet secondaire potentiel des IEC.
- les bêtabloquants : agissent sur la baisse du débit cardiaque. Les effets secondaires potentiels peuvent être les diminutions des performances à l'effort et la dysfonction érectile.

- **Conseils hygiéno-diététiques(18) :**

- réduction des apports de sel (éviter de saler le repas avant de goûter, les plats déjà préparés, réduire la consommation de saumon fumé, charcuterie, cacahouètes, pain, soupes, pizzas)
- Pratiquer une activité physique modérée à légère
- Réduction pondérale pour les patients en surpoids/obèses (IMC >28)
- Diminution de la consommation d'alcool (1 ou 2 verres/j chez la femme, 2 ou 4 verres/j chez l'homme)
- Privilégier la consommation de fruits et légumes,
- Stopper l'intoxication tabagique.

- **Faire le point avec les différents prescripteurs**

- **Notifier les changements éventuels de traitement en cas de sortie d'hospitalisation**

## 2. Annexe 2 : support utilisé pour les entretiens avec les infirmiers :

### **La prise en charge de la non-observance thérapeutique chez les patients hypertendus**

#### **Problématiques :**

- Comment dépister la mauvaise observance thérapeutique ?
- Quelles mesures mettre en œuvre afin d'améliorer l'observance thérapeutique ?

#### **Objectifs généraux :**

- Améliorer le contrôle tensionnel en améliorant l'observance thérapeutique.
  - *Infirmiers :*  
*Lors d'un bilan sanguin, lors de la surveillance quotidienne de la glycémie capillaire pour les diabétiques.*

#### Dépister la mauvaise adhésion au traitement :

- **Identifier les patients à risque de troubles de l'observance** : isolement social, addiction alcool, dépression, croyances et représentations erronées sur la maladie-le traitement
- lors des visites à domicile, **visualiser les armoires à pharmacie**, identifier les traitements non pris et laissés dans le pilulier
- **Interroger sur la prise médicamenteuse** : effets secondaires fréquents ? Oubli de prise, motif et fréquence de l'oubli ? Questionnaire de Morisky à huit questions
- **Identifier les écarts au régime hygiéno-diététique recommandé**
- **dépister la présence d'un syndrome d'apnée du sommeil associé**

#### Mesures proposées visant à améliorer l'observance thérapeutique :

- **Encourager la mise en place de pilulier**
- **Apprentissage de l'automesure tensionnelle.**
  - réalisation à l'aide d'un tensiomètre automatique validé, trois mesures le matin, trois mesures le soir, trois jours de suite.
  - utilisation du tensiomètre de façon adaptée : assis, taille du brassard adaptée, être au repos depuis 5 minutes, absence de consommation de thé, café, tabac depuis 30 minutes.
- **Education thérapeutique**
- Education thérapeutique sur la maladie(17) :
  - la signification physiologique des valeurs de pression artérielle systolique (PAS) et diastolique (PAD)
  - les conséquences de l'élévation tensionnelle à long terme et les complications viscérales potentielles : l'élévation du risque cardiovasculaire (infarctus du myocarde, AVC), insuffisance rénale terminale, démence, fibrillation atriale et insuffisance cardiaque.
- Education thérapeutique sur le traitement pharmacologique(17) :
  - le bénéfice attendu du traitement sur la diminution du risque de complication viscérale implique son maintien au long cours et le respect des modalités de prise.
  - les diurétiques : augmentent la natriurèse, des précautions sont à prendre dans les situations à risque de déshydratation
  - les inhibiteurs calciques : agissent sur la vasomotricité artérielle. Le développement des œdèmes des membres inférieurs est un effet secondaire potentiel.
  - les bloqueurs du SRAA (IEC, ARA II) : la toux est un effet secondaire potentiel des IEC.
  - les bêtabloquants : agissent sur la baisse du débit cardiaque. Les effets secondaires potentiels peuvent être les diminutions des performances à l'effort et la dysfonction érectile.
- Conseils hygiéno-diététiques(18) :

- réduction des apports de sel (éviter de saler le repas avant de goûter, les plats déjà préparés, réduire la consommation de saumon fumé, charcuterie, cacahouètes, pain, soupes, pizzas)
- Pratiquer une activité physique modérée à légère
- Réduction pondérale pour les patients en surpoids/obèses (IMC >28)
- Diminution de la consommation d'alcool (1 ou 2 verres/j chez la femme, 2 ou 4 verres/j chez l'homme)
- Privilégier la consommation de fruits et légumes,
- Stopper l'intoxication tabagique.

### 3. Annexe 3 : support utilisé pour l'entretien avec le médecin :

#### La prise en charge de la non-observance thérapeutique chez les patients hypertendus

##### Problématiques :

- Comment dépister la mauvaise observance thérapeutique ?
- Quelles mesures mettre en œuvre afin d'améliorer l'observance thérapeutique ?

##### Objectifs généraux :

- Améliorer le contrôle tensionnel en améliorant l'observance thérapeutique.

- *Médecins : lors de la consultation trimestrielle.*

##### Dépister la mauvaise adhésion au traitement :

- **Repérer le rythme des consultations** : lors de la demande de renouvellement de traitement en consultation, rechercher la date du dernier renouvellement et la durée de traitement prescrite. Un délai de consultation plus long que la durée de traitement prescrite lors de la dernière consultation pouvant faire suspecter que la prise de traitement n'a pas été effective tous les jours.
- **Identifier les écarts au régime hygiéno-diététique recommandé**
- **Identifier les patients à risque de troubles de l'observance** : isolement social, addiction alcool, dépression, croyances et représentations erronées sur la maladie-le traitement
- **dépister la présence d'un syndrome d'apnée du sommeil associé**
- **Rechercher la prise concomitante pouvant interférer avec la prise d'antihypertenseur** : AINS, anti-rétroviraux, antifongiques azolés, macrolides.
- **Interroger sur la prise médicamenteuse** : effets secondaires fréquents ? Oubli de prise, motif et fréquence de l'oubli ? Questionnaire de Morisky à huit questions
- lors des visites à domicile, visualiser les armoires à pharmacie.

##### Mesures proposées visant à améliorer l'observance thérapeutique :

- **Optimisation de l'ordonnance du patient** : adaptation aux habitudes de vie, réduction du nombre de comprimés, prise en compte d'éventuels effets secondaires.
- **Mise en place de pilulier, proposition d'une dispensation des traitements par l'infirmière en cas de troubles cognitifs**
- **Entretien motivationnel** : questions ouvertes, valorisation, écoute réflexive, résumé
- **Apprentissage de l'automesure tensionnelle.**
  - réalisation à l'aide d'un tensiomètre automatique validé, trois mesures le matin, trois mesures le soir, trois jours de suite.
  - utilisation du tensiomètre de façon adaptée : assis, taille du brassard adaptée, être au repos depuis 5 minutes, absence de consommation de thé, café, tabac depuis 30 minutes.
- **Education thérapeutique**
- Education thérapeutique sur la maladie(17) :

- la signification physiologique des valeurs de pression artérielle systolique (PAS) et diastolique (PAD)
  - les conséquences de l'élévation tensionnelle à long terme et les complications viscérales potentielles : l'élévation du risque cardiovasculaire (infarctus du myocarde, AVC), insuffisance rénale terminale, démence, fibrillation atriale et insuffisance cardiaque.
- 
- Education thérapeutique sur le traitement pharmacologique(17) :
    - le bénéfice attendu du traitement sur la diminution du risque de complication viscérale implique son maintien au long cours et le respect des modalités de prise.
    - les diurétiques : augmentent la natriurèse, des précautions sont à prendre dans les situations à risque de déshydratation
    - les inhibiteurs calciques : agissent sur la vasomotricité artérielle. Le développement des œdèmes des membres inférieurs est un effet secondaire potentiel.
    - les bloqueurs du SRAA (IEC, ARA II) : la toux est un effet secondaire potentiel des IEC.
    - les bêtabloquants : agissent sur la baisse du débit cardiaque. Les effets secondaires potentiels peuvent être les diminutions des performances à l'effort et la dysfonction érectile.
  - Conseils hygiéno-diététiques(18) :
    - réduction des apports de sel (éviter de saler le repas avant de goûter, les plats déjà préparés, réduire la consommation de saumon fumé, charcuterie, cacahouètes, pain, soupes, pizzas)
    - Pratiquer une activité physique modérée à légère
    - Réduction pondérale pour les patients en surpoids/obèses (IMC >28)
    - Diminution de la consommation d'alcool (1 ou 2 verres/j chez la femme, 2 ou 4 verres/j chez l'homme)
    - Privilégier la consommation de fruits et légumes,
    - Stopper l'intoxication tabagique.

#### 4. Annexe 4 : Première version du protocole pluriprofessionnel réalisée

### Prise en charge de la mauvaise adhésion au traitement chez le patient hypertendu

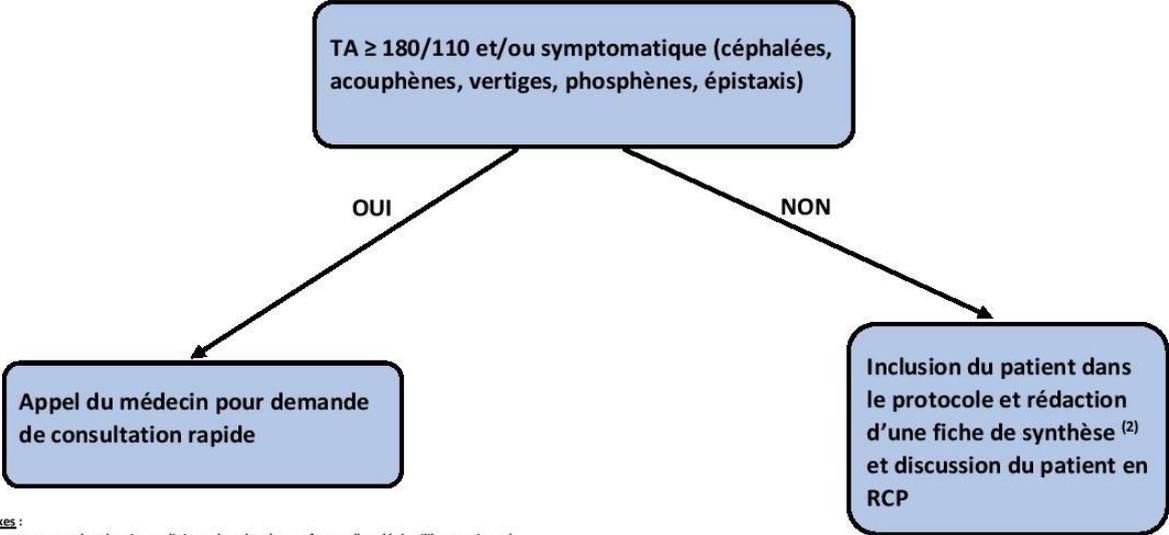
#### 1. Dépister le patient

Pharmacien	Médecin	IDE
- Repérer les boîtes non prises lors d'un renouvellement	- Refus de boîte à inscrire sur l'ordonnance	- Signes cliniques <sup>(1)</sup> en faveur d'un déséquilibre tensionnel
- Refus de boîte à la pharmacie	- Vérification des armoires à pharmacie lors des visites à domicile	- Visualiser les traitements non pris dans le pilulier
- Repérer les boîtes périmées ramenées à la pharmacie		- Visualiser les prises alimentaires sur la table
- HTA non contrôlée malgré renforcement du traitement		

#### 2. Evaluation des facteurs favorisant la mauvaise observance

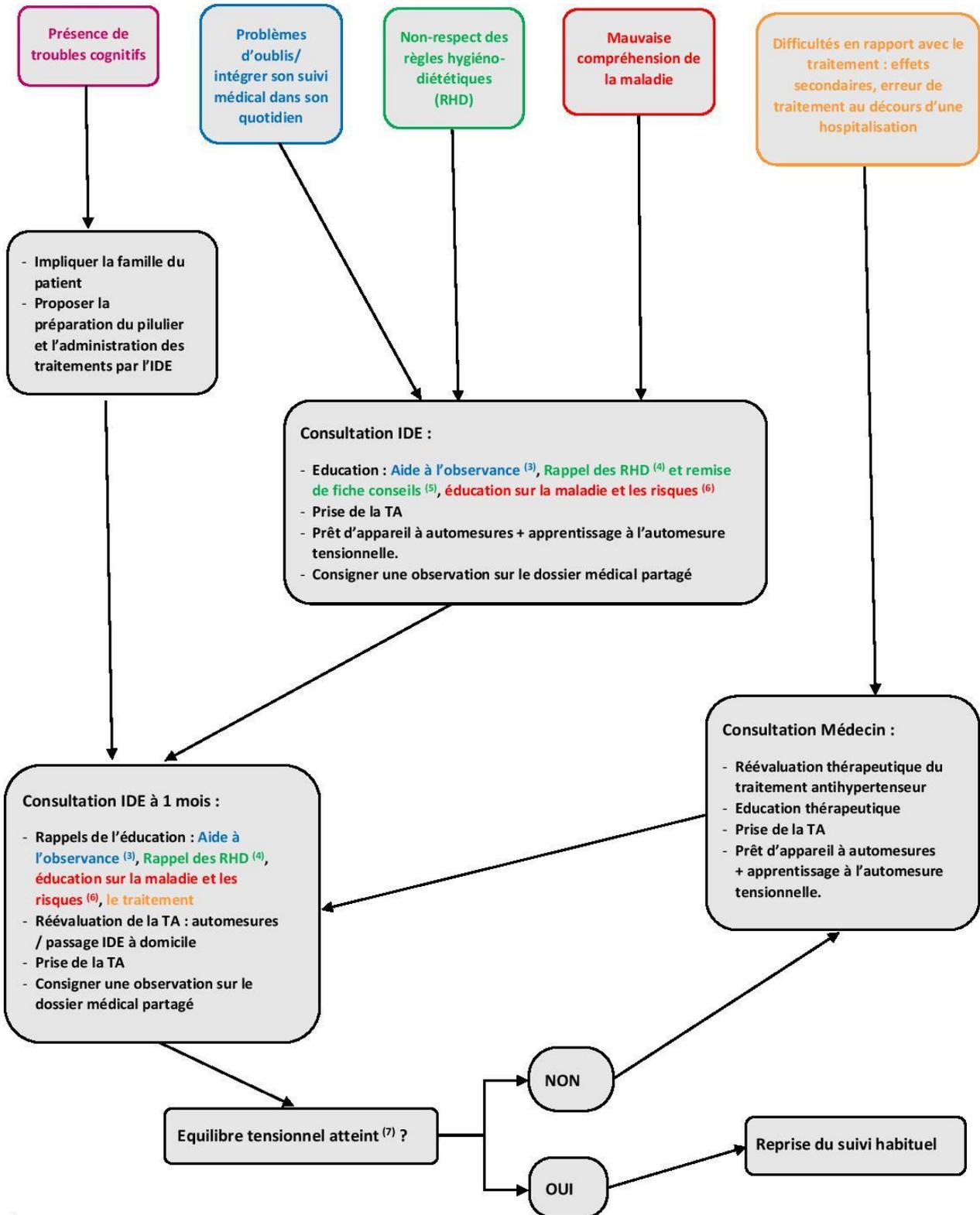
- Evaluer le degré d'implication du patient : contrôle tensionnel lors des consultations chez le médecin, surveillance de la tension artérielle au domicile, rigueur avec laquelle il prend son traitement/ gère son suivi médical, date du dernier rendez-vous chez le médecin.
- Evaluation du degré de respect des mesures hygiéno-diététiques.
- Chercher les raisons expliquant la mauvaise observance : peur de prendre le traitement, croyances sur les génériques, oublis chez les jeunes, présence de troubles cognitifs, trop de traitement sur l'ordonnance, effets secondaires du traitement, problème d'erreur après un changement de traitement au décours d'une hospitalisation, mauvaise compréhension de la maladie et de l'intérêt du traitement.

#### 3. Proposer une prise de tension au patient



Annexes :  
(1) document rappelant les signes cliniques à rechercher en faveur d'un déséquilibre tensionnel  
(2) Fiche de synthèse à remplir

#### 4. Discussion en RCP du patient et élaboration d'un programme de suivi adapté au patient



**Annexes :**

- (3) document conseils pour aide à l'observance
- (4) document rappelant les conseils à prodiguer au patient sur le plan hygiéno-diététique
- (5) Fiche conseil sur les RHD à remettre au patient
- (6) document expliquant ce qu'est l'HTA et les risques
- (7) Rappels des objectifs tensionnels selon le patient.
- (8) document expliquant les différents traitements antihypertenseurs et leurs bénéfices et précautions

## 5. Annexe 5 : Manifestations cliniques de l'hypertension artérielle

### **Manifestations cliniques de l'hypertension artérielle(19)**

Le plus souvent asymptomatique

Céphalées occipitales, légèrement battantes, matinale et qui résistent volontiers aux antalgiques habituels et cèdent en quelques minutes au lever ou progressivement dans la matinée

Fatigabilité anormale, insomnies, nervosité

Vertiges

Acouphènes, phosphènes

Épistaxis

6. [Annexe 6 : Fiche d'inclusion du patient dans le protocole](#)

**Fiche d'inclusion patient**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Antécédents :**

**Traitement habituel :**

**Traitement non pris :**

**Motif(s) :**

**Conclusions de la RCP**

**Plan personnalisé de suivi :**

**Intervenants :**

**Objectif tensionnel :**

## 7. Annexe 7 : Fiche d'aide à l'observance thérapeutique

### Outils pour aide à l'observance thérapeutique

- Ecouter le patient, adopter une attitude encourageante
- Valoriser les efforts du patient

#### **Evaluer la situation :**

- Prendre en compte le quotidien du patient, comprendre les difficultés évoquées par le patient
- Identifier les événements extérieurs pouvant favoriser les difficultés d'observance (contexte émotionnel, décès d'un proche, etc...)
- Evaluer le degré de compréhension de la maladie
- Interroger sur les habitudes alimentaires, les activités physiques

#### **Proposer(20) :**

- Intégrer le traitement médicamenteux dans une « routine quotidienne » : modifier l'heure de prise pour une heure plus commode, proposer la mise en place de rappels sur téléphone portable
- Impliquer l'entourage du patient
- Informer le patient sur la maladie (cf fiche dédiée à cet effet)
- Informer le patient sur les règles hygiéno-diététiques à conseiller (cf fiche dédiée à cet effet)
- Informer le patient sur son objectif tensionnel à atteindre et les automesures

## 8. Annexe 8 : Fiche d'aide au conseils hygiéno-diététique

### Conseils Hygiéno-diététiques

#### 1. Réduction de la consommation de sel :

Les apports journaliers en sel recommandés par l'OMS sont de 5g par jour.

1g de sodium sur les étiquettes des aliments correspond à 2.35 g de sel

Exemples d'aliment riches en sel à éviter(21) : pain, soupes, viandes préparées à base de porc, aliments préparés dans le commerce, fromages, pâtisseries et produits sucrés, fast-foods, céréales de petit déjeuner, produits laitiers, poissons et fruits de mer

Privilégier la consommation de fruits et légumes d'au moins 4 à 6 portions (400mg/j)

#### 2. Réduction pondérale :

La perte de 10 kg abaisse de 6 mmHg la pression artérielle systolique et de 4.6 mmHg la pression artérielle diastolique (22)

Idéal : IMC < 25 ou réduction de 10% du poids initial.

#### 3. L'activité physique :

Il est recommandé de pratiquer une activité physique régulière, d'au moins 30 minutes, environ 3 fois par semaine(23).

Privilégier les sports dynamiques (marche, course à pied) aux sports statiques (muscultation). La muscultation n'est pas interdite chez l'hypertendu, les recommandations suggèrent des charges légères en séries courtes avec un temps de pause prolongé et un entraînement progressif.

A long terme, la pratique de l'activité physique régulière, abaisse d'environ 5 mmHg la pression artérielle systolique. Les effets apparaissent en moyenne après 16 semaines d'entraînement mais disparaissent en 3 à 6 semaines après l'arrêt de l'entraînement.

#### 4. Stopper l'intoxication tabagique :

Proposer un argumentaire(24) :

- Encourager le patient à donner des raisons qui selon lui le motiverait à arrêter de fumer
- Evoquer les risques du tabac : aggravation de l'asthme, augmentation du risque d'infections respiratoires, les risques à long terme (cancers, infarctus du myocarde, AVC, BPCO) et les risques pour l'entourage (cancer et maladies cardiaques pour le conjoint,

asthme des enfants, mort subite du nourrisson)

- Evoquer les bénéfices de l'arrêt du tabac : amélioration de la santé, amélioration du goût de la nourriture, amélioration de l'odorat, économie d'argent, moins d'odeur (haleine, maison, vêtement, voiture), les enfants seront en meilleure santé, meilleures performances physiques, meilleure apparence (moins de rides, dents plus blanches)

- Rechercher les obstacles (symptômes de sevrage, peur d'échouer, prise de poids, manque de soutien, dépression, plaisir de fumer, être entouré de fumeurs) et proposer de demander une aide au sevrage (gommes, patches).

## 5. Diminuer la consommation d'alcool :



Limiter la consommation d'alcool(25) :

- Homme : moins de 3 verres de vin par jour (= 3 bières 5° de 25 cl)

- Femmes : moins de 2 verres de vin par jour (= 2 bières 5° de 25 cl)

## 9. Annexe 9 : Fiche conseils diététique à remettre au patient

# Fiche conseil pour diminuer son apport de sel

### Aliments permis :

- **Laitages** : lait entier ou écrémé, fromage blanc/suisse, yaourts natures ou aromatisés, fromages naturellement sans sels (Comté, Emmental, chèvre frais)
- **Viandes** : viandes fraîches et abats, viandes surgelées et non cuisinées
- **Œufs** : tous
- **Féculents** : pommes de terre, pommes frites surgelées
- **Céréales** : pâtes, riz, semoules, pains et biscottes sans sel
- **Légumes verts/secs** : légumes verts frais, légume surgelé non cuisiné, potages « maison », lentilles, flageolets, pois cassés, pois chiches
- **Fruits** : tous les fruits frais ou en conserve, fruits surgelées, fruits secs (pruneaux, dattes, figues, raisins)
- **Produits sucrés** : sucre et tous ses dérivés (miel, confiture, gelées, bonbons, chocolats, pâte d'amande), glaces et sorbets
- **Matières grasses** : beurre non salé, beurre allégé, margarine, huiles végétales (soja, maïs, colza, olive, tournesol)
- **Boissons** : eau ordinaire, eaux minérales non gazeuses, eaux gazeuses (perrier, vittelloise nature ou aromatisée), sodas, jus de fruits naturels
- **Alcools** : quantité modérée
- **Epices** : ail, oignon, échalotte, persil, thym, laurier, estragon, cerfeuil, ciboulette, basilic, romarin, poivre, piment, curry, paprika, noix de muscade, genièvre, clou de girofle, fenouil, vinaigre, coulis de tomate fraîches, câpres, moutarde, cornichons sans sel, vanille, fleurs d'oranger.

### Aliments à éviter :

- **Laitages** : fromages salés
- **Viandes** : viandes en conserve, viandes surgelées, viandes salées et fumées, charcuteries et jambon
- **Œufs** : œufs en gelée
- **Féculents** : pommes de terre cuisinées du commerce : chips, pommes noisette, dauphines, etc...
- **Céréales** : ravioli, cannelloni, quenelles, pains et biscottes salés, produits de boulangerie (croissants, brioches), biscuits, pâtisseries, céréales pour le petit déjeuner

- **Légumes verts/secs** : légumes en conserve, légumes surgelés et cuisinés, choucroute, potages du commerce, légumes secs en conserve
- **Fruits** : cacahuètes, pistaches, amandes
- **Produits sucrés** : pâtisseries industrielles
- **Matières grasses** : beurre salé ou demi-sel, saindoux, lard salé
- **Boissons** : eau du robinet adoucie, les autres eaux gazeuses, jus de légume du commerce
- **Epices** : sel, sel de cèleri, sauces du commerce, sauce de soja, concentrés de tomates, condiments salés

## Education sur l'HTA, messages clés(26)

- Définition :  
L'hypertension artérielle correspond à une augmentation de la pression artérielle dans les artères. La pression artérielle doit être mesurée au repos à plusieurs reprises pour confirmer le diagnostic d'hypertension artérielle.
  
- L'HTA est différente du stress et de la tension nerveuse. L'HTA peut avoir plusieurs causes : maladie de la paroi des artères, anomalies des reins
  
- Conséquences de l'HTA : cette maladie est le plus souvent sans symptôme, elle est associée à un risque accru de complications cardiovasculaires : infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, anévrismes, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale.
  
- La réduction de la pression artérielle permet de réduire le risque de survenue de complication cardiovasculaire
  
- Le traitement associe : le traitement médicamenteux et les mesures hygiéno-diététiques

Le traitement de l'HTA est un traitement au long cours, dans la majorité des cas on sait traiter l'HTA mais on ne peut la guérir que très rarement.

## 11. Annexe 11 : Fiche d'aide à l'apprentissage de l'automesure tensionnelle

### **Apprentissage de l'automesure tensionnelle :**

*Selon les recommandations de la SFHTA-HAS septembre 2016 : modalités de l'automesure tensionnelle(27)*

- Former le patient à la technique de l'automesure tensionnelle (et si besoin son entourage)
  
- Prendre les mesures en position assise, au repos avec l'avant-bras posé sur la table
  
- Effectuer 3 mesures le matin avant le petit déjeuner et la prise de médicaments, 3 mesures avant le coucher, 3 jours de suite (« règle des 3 »), en espaçant les mesures de quelques minutes
  
- Demander au patient de noter par écrit les valeurs de PA (systolique et diastolique) et de la FC observées

## 12. Annexe 12 : Verbatim :

Verbatim de l'entretien numéro 1

Date : 2 juillet 2019

Durée : 30 mn 11 s. Lieu : Salle de réunion

Interviewer : Est-ce que tu pourrais te présenter s'il te plait ?

P1 : X, adjoint à la pharmacie d'Anor

Interviewer : Pour les patients hypertendus sous traitement, le but est d'améliorer leur observance thérapeutique, tous ensemble, en créant tous ensemble un protocole avec tout ce que vous allez chacun me rapporter au terme de ces entretiens.

P1 : D'accord

Interviewer : Alors, toi de ton côté, comment tu fais pour dépister une mauvaise adhésion au traitement, une mauvaise observance ?

P1 : Nous déjà la chose la plus simple à faire c'est qu'on voit en fonction du nombre de boîtes qu'ils prennent, donc on peut vite le savoir, après il y a des gens qui jouent plus ou moins le jeu, y'en a ils vont rien dire et vont tout stocker, y'en a ça va quand même pas mal se voir, parce qu'ils vont prendre une boîte en moins, et je trouve que la meilleure des manières dans ces cas-là c'est d'essayer de questionner sans juger en disant « oh on oublie un cachet par ci par là » ou je fais « oh.. » mais enfin c'est un peu compliqué des fois quand même car les remettre en cause sur leur traitement ils n'aiment pas, ils aiment pas qu'on se mêle de ça mais on peut le voir en fonction des boîtes qu'ils prennent ou pas.

Interviewer : Ok, donc vous comptez le nombre de boîtes ?

P1 : Bah de toute façon tu le vois, il y a des boîtes il n'en manque jamais, et pour d'autres, il n'y en a jamais assez, type les boîtes, euh, pour l'estomac ou souvent la douleur, c'est rare qu'ils en demandent moins sauf les DOLIPRANE, enfin ça dépend. Je trouve que l'hypertension c'est pas trop trop toucher par ce phénomène-là, quand même, enfin quand je réfléchis dans... euh... Les choses qu'ils ne prennent pas toujours, un exemple type, alors là le KARDEGIC c'est l'un des exemples des boîtes qu'ils en ont de trop... alors ça ils en ont des tonnes et des tonnes et c'est vrai que quand on discute un peu avec eux « ah ouais ça je l'oublie ». On peut les amener à dire qu'ils oublient une boîte et à le voir, en voyant par rapport à d'autres choses qui les marquent plus que la tension, la douleur les marque plus que la tension par exemple, parce que la tension ils ne le voient pas, tout ce qui n'est pas visible pour eux ils ont tendance plus facilement à le négliger et ça on peut le voir nous quand est ce qu'ils viennent et quand est ce qu'ils reviennent etc. ... ? C'est un premier point. Après moi j'essaie toujours demander si la tension ça va, pour voir un peu... on voit déjà ceux qui sont plus sérieux c'est ceux qui vont prendre un tensiomètre, qui vont en acheter un et autre, y'en a qui sont sérieux là-dessus, il y en pas beaucoup qui font ce genre de choses.

Interviewer : Est-ce que, avec l'expérience, tu vas soupçonner certains patients plus que d'autres ?

P1 : Très honnêtement, là comme ça... c'est un peu péjoratif mais je trouve que les hommes en général, ils prennent moins bien leur traitement, de manière globale, c'est un peu une idée reçue mais c'est bien ancré dans la tête et je le sais car notamment, moi déjà je suis pas très sérieux et on voit que c'est souvent quand même les femmes qui prennent le traitement pour leurs maris ou qui le suivent, je trouve que les hommes de manière globale ils sont pas très sérieux, et puis ça les emmerde c'est un peu vrai.

Interviewer : Et quand tu as le cas par exemple d'un patient qui ne prend pas la boîte, qu'est-ce que toi tu fais dans ces cas-là ?

P1 : Ben très honnêtement c'est vrai qu'on ne fait pas grand-chose dans le fond, moi je pense que... qu'il faudrait qu'on prévienne le médecin, mais ça voudrait dire vraiment vous prévenir assez souvent en fait. (rires) non mais c'est vrai... faudrait qu'on vous fasse un petit listing... et pis qu'est-ce qu'on fait ? C'est-à-dire que, d'accord on vous dit « ce patient-là, il a pas pris ça..ça..ça.. » On fait quoi derrière ? si vous vous le rabrouer, vous lui dites « ah bah vous prenez pas votre traitement ! » bah du coup il va comprendre que y'a quelqu'un vous a dit qu'il l'a pas pris, parce qu'il va faire « ah bah non je le prend, comment vous le savez ? » enfin c'est ça qui est très compliqué dans ce genre de choses, on va être face à des patients qui vont pas prendre leur traitement, et il va falloir trouver une accroche pour ne pas les culpabiliser... pas qu'ils sachent qu'on sait qu'ils ne le prennent pas et essayer de les motiver à le prendre parce que sinon.. Sinon ça ne va pas marcher avec les petits points d'accroche qu'on a ... très facilement on ne pourrait plus du tout les voir...

Interviewer : D'accord...

P1 : Déjà il y a des gens qui par exemple prennent juste leur boîte parce qu'ils se disent que la sécu ne va plus les rembourser...

Interviewer : ...

P1 : Non mais c'est dur hein, parce que ces gens-là, on ne voit pas qu'ils ne prennent pas leur traitement. On le voit au moment où bah, il y a un mort, et que la famille, elle ramène tout ! Là on le voit, là par contre on comprend bien... et... ils sont quasiment tous concernés, les familles elles ramènent des paquets, enfin bon... mais la tension ce n'est pas le pire... c'est plutôt les MACROGOL, les DOLIPRANE... alors ça...

Interviewer : D'accord

P1 : Ou les asthmatiques aussi...

Interviewer : Vous faites souvent, vous, des prises de tension à la pharmacie ?

P1 : Ça peut arriver, honnêtement c'est plutôt à la demande ou quand on sait que le patient en a besoin, bah là c'est un exemple concret là, madame J. par exemple, ben elle, à un moment, c'était tous les jours... tous les jours on prenait sa tension... et tu vois sa tension qui est à 26, à 22, à 22... Elle te dit qu'elle n'est pas bien, tu lui dis d'aller à l'hôpital, elle ne veut pas aller à l'hôpital, tu lui dis d'aller voir un médecin, elle ne veut pas voir un médecin... enfin... c'est un peu... c'est compliqué... mais enfin elle c'est un cas encore plus particulier que les autres, elle, elle ne veut pas aller voir de médecin surtout par peur de se faire interner. Mais les mecs enfin j'imagine bien des vieux papys, enfin honnêtement, tu... tu leur demandes de venir prendre leur tension régulièrement mais alors là... de toute façon ça sera leur réponse « mourir de ça ou d'autre chose » quoi c'est... C'est franchement vraiment ce que j'imagine, après c'est peut-être des préjugés de ma part mais... mais c'est comme ça que je le vois.

Interviewer : Ok, et quand tu suspectes qu'il ne prend pas un traitement comment tu fais pour essayer de le faire « avouer » ou le faire parler dessus ? tu essaies de chercher les effets secondaires potentiels ?

P1 : Non je ne vais pas trop sur ce genre de terrain, parce que je trouve que c'est très silencieux finalement, l'HTA, ce n'est pas un truc qu'ils vont sentir. La manière de leur en faire parler c'est que je leur montre, que en fait, je m'en fiche, en vrai c'est le meilleur moyen de leur faire dire. Je leur dis bah « moi ce n'est pas grave, dites-moi juste ce que vous prenez » c'est très difficile déjà en leur montrant qu'on s'en fiche pour essayer d'avoir l'information, de l'avoir. Ou même, ben par exemple madame J., je lui fais son pilulier tous les 3 jours, on commence à le faire pour certains, elle c'est parce qu'on avait peur qu'elle se suicide avec, je lui dis « mais ceux que vous prenez pas, laissez-les ». Et puis ça m'arrange, comme ça j'ai besoin d'en mettre moins et je vois un peu ce qu'elle prend... mais c'est difficile de... ça ils ne le veulent pas... ils me les enlèvent quoi qu'il arrive... Je crois que le meilleur moyen de leur faire parler c'est de montrer qu'on s'en fiche, c'est très bizarre mais.

Interviewer : Tu prends donc une attitude détachée ?

P1 : Oui « on s'en fiche qu'ils le prennent, qu'ils ne le prennent pas », c'est leur vie en fait. Parce que si on commence à s'impliquer, ils vont avoir l'impression qu'on les juge, qu'on se mêle de leur vie, ils ne veulent pas qu'on se mêle de leur vie en fait, ils veulent qu'on leur dise qu'il faut qu'ils se soignent, ils veulent qu'on les rende bien, mais ils ne veulent pas forcément... c'est délicat hein... sur des trucs silencieux comme ça.

Interviewer : D'accord

P1 : Et je pense que le meilleur point d'accroche, pour un homme, pour réussir à lui faire prendre son cachet, c'est sa femme. C'est vraiment honnêtement ce que je pense. Et ça se voit ! Des fois... je l'ai fait quand j'ai fait durant mon stage de 6, j'avais des rendez-vous, des rendez... euh... alors je sais plus comment ça s'appelle maintenant... c'est des trucs pharmaceutiques assez récents... qu'on peut faire avec les patients, sous avis d'un médecin, d'ailleurs on devait en faire... quand ils ont des traitements de plus de 5-6 lignes, pour voir un peu ce qu'ils prennent, ce qu'ils prennent pas... et pour en discuter, et refaire le point avec le médecin. Et euh... ce sont les bilans de médication c'est ça ! Très honnêtement, il y a un patient, je suis passé par sa femme, très clairement, après, j'en ai rediscuté avec elle, parce que lui... pff... il ne se rappelle jamais... il ne gère pas vraiment son traitement.

Interviewer : D'accord, et quand vous êtes en face d'une mauvaise observance, qu'elle soit volontaire ou involontaire, quelles mesures vous prenez ? Qu'est ce vous pensez qu'il serait bien de faire pour améliorer les choses ?

P1 : Pour améliorer les choses ? déjà j'ai donné un peu de réponses derrière, c'est le fait de voir avec la famille en fait, j'ai parlé de femmes mais en soit ça peut être la famille, l'entourage, des fois ça peut être les enfants, aussi pour essayer de trouver un moyen, pour qu'il y ait une prise journalière qui soit bien faite, quand il y a des infirmières qui passent, déjà, ça résout une partie du problème aussi, sauf qu'elles donnent pas toujours tous les médicaments et elles passent pas forcément deux fois par jour quoi.. Mais sinon euh... un meilleur suivi de cette manière-là... Après si c'est involontaire, bah des fois ça peut être bah une surveillance... ce qu'on a essayé de faire tu vois, avec madame J. c'est de lui dire de revenir régulièrement, là, en fait elle vient aussi tous les 3 jours, pour qu'on contrôle sa tension, tous les 3 jours, comme ça on refait un point sur sa tension, elle après c'est un cas qui est visible, donc c'est plus facile, et quand on voit que sa tension est trop haute, on essaye de la rediriger vers un spécialiste ou

vers l'hôpital mais... c'est pas pour autant qu'on y arrive... Je pense qu'il y a pleins de petits vieux qu'on rate honnêtement... on ne le voit pas... et je sais pas... euh... mais ce serait une plus grande surveillance mais là encore il faut que ce soit accepté par le patient, parce que rajouter des contraintes euh... ou essayer même de les rediriger... en fait il faudrait que le tensiomètre ce soit payé par la sécu hein !

Interviewer : Tu crois que ça changerait quelque chose ? Qu'ils prendraient leur tension forcément plus ? Tu crois que quelqu'un qui ne prend pas la peine de prendre son cachet prendra la peine de prendre sa tension ?

P1 : Déjà au moins c'est... le problème... c'est qu'il ne voit pas ce qu'il se passe... s'il surveille sa tension, au moins il verra ce qui se passe.

Interviewer : D'accord.

P1 : Il verra quelque chose en fait, le problème c'est que là il ne voit rien... dans le fond... un diabétique ça voit globalement ce qui se passe, c'est pour ça qu'il prend son insuline. S'il ne le voyait pas, est ce qu'il ne le prendrait pas moins ? C'est caché...

Interviewer : Donc tu penses que dans les choses qui pourraient améliorer, il y aurait le fait que l'on puisse rembourser les appareils ?

P1 : Bah je sais pas parce que... en soit... je suis pas convaincu que ça marcherait pour tous, et ça aurait quand même un coût... et je sais pas si le coût serait intéressant dans la finalité... mais euh... c'est vrai que si on arrivait à créer un petit réseau de santé... où l'on suspecterait des gens... et on essaierait tous de prendre un peu leur tension, est ce que ça aiderait pas ? Et ces gens-là, après du coup, essayer de... rembourser un tensiomètre ou autre... ou en avoir quelques-uns... pour essayer qu'ils le voient par eux même... ou sensibiliser quelqu'un de leur famille... Ça peut être faisable...

Interviewer : Tu parles de réseau de soins, tu verrais les choses comment ? Si tu devais faire une chaîne... qui voit quoi... qui fait quoi... ?

P1 : Une chaîne ? Je vois plutôt ça comme un cercle en fait. C'est ma vision du système, en soit il faut juste que quelqu'un le dépiste, et il y a plusieurs points d'ancrage... donc il suffit juste d'un point d'alarme, pour ensuite lancer la procédure.

Je ne me rends pas compte en fait... les IDE ? Ils ont des tensiomètres avec eux ? Je me rappelle avoir déjà fait une tournée avec une infirmière et je n'avais pas l'impression qu'on prenait beaucoup la tension.

Interviewer : Je pense qu'elles ne le font pas systématiquement non...

P1 : Peut-être et c'est peut-être dommage... mais euh... comme nous on ne le fait pas... Nous... On peut mettre des alertes quand on voit qu'il y a des boites de tensions qui ne sont pas prises...

Interviewer : Et tu alerterais qui ?

P1 : Médecins et infirmières en soit... pour qu'il y ait une prise supplémentaire de tension, pour voir si ça se voit au quotidien. Et inversement aussi... si jamais par exemple bah vous le suspectez aussi... que nous ça nous forcera à prendre la tension aussi et on pourra faire un petit point... on pourrait le faire nous aussi... plus souvent... si on se dit « bah tiens c'est un patient à surveiller », on le fera aussi. Et après le troisième point, ça serait essayer de leur

fournir un et essayer de voir aussi avec la famille... et s'il n'a pas de famille, c'est là que ça devient compliqué...

Interviewer : Je te remercie beaucoup, est ce que je peux te montrer, ce que j'ai fait, j'ai préparé un protocole « très théorique », et j'aimerais que tu le critiques ?

P1 : ... « Identifier les écarts aux régimes hygiéno-diététiques recommandés »... c'est bien beau dans la... sur le papier... mais en vrai « ils mangent toujours bien », « ils ont jamais de problème ». Ce je pense qu'on peut toujours les identifier de toute façon mais bon... « Par appel téléphonique » ? En fait je pense que l'appel téléphonique, c'est un mauvais choix, je pense qu'il vaut mieux... un tableau ou un bon fichier partagé ou quelque chose comme ça sécurisé...

Interviewer : Un tableau à présenter lors de la réunion mensuelle par exemple ?

P1 : Ah non par forcément, un truc qui se fait en drive, et que tout le monde peut consulter en fait. Enfin en soit c'est hyper facile à faire... même entre pharmacies on commence à faire des trucs comme ça... c'est plus pratique, parce que l'appel... on l'oublie... le patient tu ne l'as pas... Nous au moins on voit les patients à risques et on peut mettre des alertes, en fait directement sur nos... Moi tu vois dans les mesures proposées... moi je mettrais des alertes en fait...

Alors... en fait les bilans de médications tu aimerais bien qu'on les mette en place hein ?

Interviewer : Les bilans de médication ?

P1 : Ce sont des nouveaux trucs mis en place par le pharmacien, qui peuvent être remboursés en fait... euh... ce sont des patients... qui à partir d'un certain âge... et qui ont plus de 5 médicaments... je pense que ça concerne quand même quelqu'un de tes patients. Et en fait on fait un point avec leur traitement, et après on fait un suivi en fait... Le suivi... un point c'est à peu près 45 minutes et ensuite tu fais des suivis d'à peu près 10-15 minutes, pour revoir à peu près son traitement, pour ce qu'il ne prend pas et ce qu'il prend. Ce serait bien qu'on le mette en place quand même sur le secteur... mais après c'est des questions de temps... ça malheureusement ça prend du temps... Mais j'avais fait ça avec le Dr Collery, il avait été content parce que tu te rends compte avec les patients, qu'il y a des trucs qu'ils ne prennent pas, il y a des trucs qui...

Il y a des choses aussi, qu'ils aiment bien avoir en... parce que tu vois là je regarde là « conseils hygiéno-diététiques » moi il y a un truc qui me... qui me... à chaque fois me sort de moi c'est... l'effervescent... il y a pleins de patients ils ont des trucs cardio et ils prennent des dolipranes effervescents...

Interviewer : Pleins de sel.

P1 : Bah surtout quand plus le 500, il y en a plus que dans le 1000, souvent ils adorent se régaler avec le 500... Le 500 c'est 1g je crois, un de 500... enfin ça va très vite... Donc... juste ça dans la réduction des apports de sels... juste les médicaments effervescents à éviter... ils ne veulent pas... ils ont beaucoup de mal... et ça on pourrait forcer quoi... ça on pourrait forcer un peu la main... s'ils ne sont pas stabilisés... s'ils sont stables bon... Et ils aiment bien aussi c'est les eaux minérales, j'avais fait ça une fois avec un, parce que t'as des eaux qui sont quand même bien salées... quand ils en consomment pas mal euh... et qu'ils ne prennent pas que de l'EVIAN (rires).

Non mais c'est bien l'éducation thérapeutique mais... c'est un peu long... « Le pilulier » ... on va s'arracher la tête si on commence à faire des piluliers pour tout le monde... On peut en faire

pour vraiment les patients les plus récalcitrants...

Ouais « l'hôpital » c'est vrai que ça c'est important... ça dans les traitements comme ça... c'est un gros problème ici je trouve... même le cardio... il prescrit ça... il prescrit ci... j'en ai eu un dernièrement, c'est un truc de fou... ils sont revenus pour avoir des boîtes alors que c'était le cardio qui avait changé le traitement et ils avaient pas fait le point avec le médecin G, bah Christophe en plus... et il fallait que je leur avance une boîte de FUROSEMIDE... je les ai engueulé mais je l'ai fait parce que sinon ils ont rien... mais c'est très agaçant... ces gens-là ils m'agacent vraiment beaucoup... et ça euh... tu sais les patients ils se prennent pas beaucoup en main... donc euh... comment réussir à faire évoluer leur traitement ? En fait même à la pharmacie il faudrait qu'on soit au courant quand leur traitement évolue « qu'est qu'on prend ? » parce qu'on a le cardio, on a Christophe... En fait le patient a switché et n'a pas fait le check up avec le médecin généraliste... et qu'il n'a rien après ... Et ça j'aurais dû vous appeler... et puis même on se serait eu au téléphone... on se serait dit quoi ? « Le patient il faut qu'il vienne vous voir... », Mais on fait quoi en attendant ? Enfin c'est... à part l'engueuler à ce moment-là, tu ne sais pas quoi faire... Et nous engueuler le patient c'est potentiellement le perdre... vous, vous avez moins ce risque là quand même... Mais lui, je m'étais montré de mauvais poils...

Mais oui sinon c'est pas mal le protocole... mais je ne suis pas convaincu du téléphone... le téléphone c'est bien pour de l'urgence... ce n'est pas bien pour un suivi...

Interviewer : D'accord donc tu mettrais en place un truc genre de google-drive ?

P1 : Oui un document drive où tout le monde peut compléter, tout le monde peut le mettre, en mettant une alerte sur quelqu'un... qu'on puisse tous alerter... genre par exemple : nous du coup on essayerait de prendre la tension, de mettre une remarque... de surveiller un peu son traitement... et inversement, quand nous on vous l'envoie, que les infirmières elles fassent plus attention en faisant un suivi... que vous vous refassiez un point sur le traitement... nous aussi hein... qu'on fasse tous un petit point sur le traitement... quitte à gagner du temps... car la véritable problématique c'est qu'on en a pas... c'est que chacun ait un point cible... je sais pas... je sais pas si c'est faisable... dans les faits... est ce qu'il vaut mieux qu'on répète tous le même discours ou est ce qu'il vaut mieux qu'on cible tous une partie ?

Interviewer : Tu veux dire par exemple dans l'éducation thérapeutique ?

P1 : Ouais. Je ne sais pas... Est-ce que c'est mieux que tout le monde rabâche la même chose mais un gros truc et de se dire que le patient... je trouve qu'on retient moins bien l'information lorsqu'on en donne beaucoup...

Interviewer : Oui mais à répétition... tu ne penses pas que ça peut augmenter la confiance du patient ? De voir qu'on a tous le même discours ?

P1 : Ouais ouais non mais je suis d'accord... mais mon interrogation... je me dis que pour que le patient le retienne... je me dis est ce que c'est mieux la répétition de tout ou est-ce que chacun a un peu sa cible ? Parce que tu vois sur le traitement pharmacologique bah... est ce que c'est à vous de le faire ? Sur la maladie... est ce que c'est à nous de le faire ? Enfin on peut le faire hein, tous... mais est-ce que ce n'est pas plus intéressant qu'on cible... moi aussi c'est aussi pour des questions de temps... parce que je me dis que ça va prendre du temps... et c'est quand même ce qui nous manque... Et va expliquer ça en plus aux préparatrices... et nous aussi à inclure... et là ça peut devenir plus compliqué, nous les alertes ça peut être bien... des alertes sur nos logiciels c'est sur oui... Ça serait génial ça, je sais pas si c'est en prévision sur cette maison de santé... un logiciel commun... ça serait top ça...

Interviewer : Je pense qu'on peut s'arrêter là. Merci C.

## Verbatim de l'entretien numéro 2

Date : 12 juillet 2019

Durée : 24 mn 58 s. Lieu : Salle de réunion

Interviewer : Est-ce que tu peux te présenter s'il te plait ?

P2 : Mme X, infirmière libérale sur Anor depuis 6 ans.

Interviewer : Comme je te disais je suis entrain de réaliser un protocole, le but est d'améliorer leur observance thérapeutique, en créant tous ensemble un protocole avec tout ce que vous allez chacun me rapporter au terme de ces entretiens... Alors, toi dans ta pratique, comment est-ce que tu fais pour repérer qu'un patient ne prend pas son traitement ? Comment tu le remarques habituellement ?

P2 : Bah on le voit à son attitude... ou s'il se plaint... que ce soit des céphalées ou s'il n'est pas en forme... ou s'il dit qu'il dort mal... on cherche à creuser un petit peu dans l'instant où il dit quelque chose.

Interviewer : D'accord, donc en fait c'est sur les symptômes. Et vous remarquez ça à quel moment ?

P2 : Quand on les voit pour les prises de sang, ou chez les patients où on passe plusieurs fois dans la journée, il y a plus de discussions et plus d'échanges en fait et on arrive toujours à remarquer, une petite chose qui ne va pas.

Interviewer : D'accord. Ok donc en fait quand ils vont manifester un symptôme, vous, vous creusez, vous posez des questions sur quoi ?

P2 : Sur ce qu'ils prennent comme traitement, sur quand ils ont vu le médecin pour la dernière fois, parce qu'on sait qu'il y a des patients qui ont des traitements à renouveler mais on sait qu'ils n'y vont pas régulièrement. Donc on les incite aussi chez certains patients à retourner voir le médecin régulièrement.

Interviewer : D'accord, et quand vous identifiez un patient comme ça qui ne prend pas son traitement, qu'est-ce que tu fais toi ?

P2 : Dans ces cas-là on l'incite à aller voir le médecin, on prévient le médecin aussi on se dit qu'il y a souci à domicile parce que le traitement, il n'est pas réellement pris. On en discute avec le pharmacien qui lui en général sait très bien quand il fait les renouvellements et nous dit effectivement là, il y a un bout de temps que je ne l'ai pas vu. Après on a un rôle de... éducatif aussi pour le patient... On lui dit quels sont les risques de ne pas prendre son traitement, ce qui peut lui arriver... sans forcément lui faire peur, sans le terroriser... Mais lui expliquer l'importance de la bonne observance du traitement.

Interviewer : D'accord. Est-ce que par exemple pour la tension, est ce que vous parlez d'autres choses que le traitement : les règles alimentaires par exemple ? La prise de sel ?

P2 : Hum non je n'en parle pas de trop ça... euh... si si par rapport au sel... si parce qu'on est dans une région où... chez les anciens on a toujours tendance à rajouter du sel dans la cuisine, alors qu'il y a assez de sel dans les aliments par eux même. Si on leur explique que le sel ce n'est pas trop bon.

Interviewer : Est-ce que ça vous arrive de prendre la tension quand vous allez au domicile du patient ?

P2 : Oui. On a un tensiomètre, y'en a on la prend régulièrement car ils ont un traitement antihypertenseur assez costaud, donc ça c'est une surveillance. Et après on l'a toujours dans notre sacoche et quand on voit qu'il y a un patient qui... dit qu'il a mal à la tête, qui est un peu rouge, qui n'est pas en forme... on prend une tension.

Interviewer : D'accord. Du coup c'est pour les patients qui ont beaucoup d'antihypertenseur que vous le faites systématiquement ou uniquement si besoin ?

P2 : Bah j'ai une dame qui a du LOXEN 50, comme ça on lui prend systématiquement, parce que si elle a une tension trop basse le matin, et qu'on lui donne un LOXEN d'office, elle va nous faire une hypotension euh... importante dans la matinée. Donc là c'est d'office le matin avant son LOXEN.

Interviewer : Ok. Est-ce que tu as déjà formé des patients qui s'étaient acheter un appareil à utiliser cet appareil ?

P2 : Ça m'est déjà arrivé.

Interviewer : Est-ce que tu les encourages à prendre la tension ou pas spécialement ?

P2 : Je les encourage à prendre la tension mais pas non plus à faire une fixation sur la prise de tension... hein.. Il faut pas la prendre 10 fois par jour parce que là on va se faire monter la tension tout seul... (rires) j'ai l'exemple avec ma maman ! Mais je leur dis que de temps en temps il faut surveiller. Et que s'ils ont des céphalées ou des choses comme ça, il ne faut pas hésiter à la prendre... ça peut être un signe de poussée de tension.

Interviewer : A part en les interrogeant, est ce qu'il y a d'autres moments où t'arrives à repérer qu'ils ne prennent pas leur traitement ?

P2 : Leur façon d'être en général.

Interviewer : C'est-à-dire ?

P2 : On arrive bien à repérer les gens qui... je dirais pas négligeant... mais qui ne portent pas assez d'importance sur euh... la prise des traitements... donc même s'ils verbalisent rien du tout... à un moment donné on va se dire « c'est bizarre... » « il me répond pas clairement quand je lui parle »

Interviewer : D'accord. Et donc dans ces cas-là tu leur conseilles de venir en consultation ?

P2 : Oui pour refaire un point.

Interviewer : Et selon toi, qu'est ce qui pourrait améliorer le travail en équipe ? Pour les patients qui ne comprennent pas ou qui ne prennent pas bien correctement leurs traitements ? Tu imaginerais quoi toi si on pouvait améliorer les choses ?

P2 : Bah je pense que si on pouvait faire un... comment dire... oui comme un signalement... ne pas s'adresser qu'au médecin par exemple... si on pouvait faire un signalement pour telle personne et quand on fait nos petites réunions, pouvoir en parler tous ensemble

Interviewer : Tu signalerais comment ? Appel téléphonique ?

P2 : Je sais pas... en fait quand on est confronté c'est un coup de fil au médecin ou un SMS... mais qu'au médecin... ou alors il faudrait que tout le monde puisse être au courant en même temps en fait...

Interviewer : Tu avancerais quel argument face à un patient qui ne veut pas prendre son traitement ? Ou qui le prend mal ?

P2 : Je pense qu'il faudrait mieux repartir sur le... sur le rôle éducatif de chacun en fait... quels sont les risques pour lui s'il ne prend pas son traitement... parce qu'il n'y a pas uniquement le risque d'avoir mal au crâne ou d'être tout rouge... il y a quand même beaucoup d'autres risques très importants... qui peuvent aller jusqu'au décès... Ouais... sans leur faire peur il faudrait refaire une partie éducative en fait...

Interviewer : Je suis assez d'accord avec toi là-dessus, je pense que la majeure partie du temps... c'est parce qu'ils n'ont pas forcément assez bien compris pourquoi ils prenaient ce traitement.

P2 : Ils ne sont pas réellement conscients des risques qu'ils prennent à ne pas prendre leur traitement... ils n'ont pas conscience de ce qui peut leur arriver de... d'extrêmement grave en fait...

Interviewer : D'accord. Est-ce que tu veux bien critiquer le protocole que j'ai fait ?

P2 : Oui. « Visualiser les armoires à pharmacie... » ça va parce qu'il y en a ils laissent tout leurs traitements sur un panier sur la table, y'en a tout est rangé, tu n'as accès à rien, même les diabétiques tout est rangé dans l'armoire, ils sortent que quand tu arrives. Après les piluliers quand nous on les prépare... généralement on les prépare à la semaine... On voit bien ce qui a été pris et ce qui n'a pas été pris...

Interviewer : D'accord

P2 : Oui « identifier les patients à risques » ... oui c'est quand on ne les sent pas francs... quand on leur dit quelque chose... même sur un autre conseil pour autre chose ils font « oui euh oui... » Alors on se doute que... c'est un petit peu comme ça pour tout... « Ah bah oui identifier les écarts aux régimes... » « Ca on le voit bien quand on arrive au moment des repas, on voit bien ce qu'il y a sur la table, tout ce qui faut pas... » Interroger sur la prise des médicaments » c'est ce qu'on fait, quand ils disent « oh j'en ai 6 à prendre par jour ça fait beaucoup », là on leur réexplique un peu le pourquoi, de l'importance de la prise. « Oui la présence d'une apnée du sommeil », quand on arrive le matin et qu'ils nous disent « oh je suis fatigué, fatigué ». « Encourager la mise en place du pilulier » ouais il faudrait qu'on ait plus de temps pour l'éducation, bien leur expliquer la maladie, le traitement, les effets indésirables aussi. Parce que quand ils ont un effet indésirable, des fois ça les embête alors ils arrêtent complètement parce qu'ils sont embêtés par l'effet indésirable, et qui pourrait être autre chose. Oui et leur apprendre à prendre la tension... mais pas dix fois par jour. Pour moi la seule chose c'est « les armoires à pharmacie » parce qu'on y a pas forcément accès, il y a certains domiciles si parce que c'est eux qui te demandent mais... Après la patiente à risque de mauvaise observance... t'en as qui ont un risque de mauvaise observance parce qu'ils ont pas conscience de l'importance de leur traitement et par contre t'en as d'autres c'est parce que ça commence à... à perdre un peu la mémoire ou des choses comme ça... Et quand on voit qu'il y a des soucis comme ça... on voit avec le médecin et c'est nous qui préparons le pilulier, on a plusieurs patients, on y va une fois par semaine pour préparer le pilulier et en même temps on prend sa tension et on pose les petites questions, dans la discussion comme ça sans avoir

l'impression de poser des questions quoi... Ah oui « informer le médecin en cas de mauvaise observance » oui

Interviewer : Après t'as raison je pense que ça peut être bien d'informer toute l'équipe, le pharmacien...

P2 : Oui parce qu'un patient quand il a un traitement, quel qu'il soit... qui nous dit « ah ouais mais j'ai ci ou j'ai ça » nous on n'est pas pharmacien, on ne connaît pas tous les effets indésirables non plus des traitements, en général on demande à la pharmacie « est ce que tu crois que ça peut provoquer ci ou ça », on échange beaucoup en fait... pour n'importe quel type de traitement...

Interviewer : Sur l'éducation thérapeutique, sur la maladie, sur le traitement... vous avez été assez formés pour ça ? On vous forme bien pour ça ?

P2 : Ça remonte à nos études, quand on fait la cardiologie, le module cardio, faut voir beaucoup de choses... moi mes études elles remontent à loin... Je pense que même pour nous de temps en temps c'est bien de se replonger dans les choses quoi...

Interviewer : Oui parce que du coup moi je ne me rends pas vraiment compte, s'ils vous apprennent ça à l'école ?

P2 : Si si on a le module cardio, c'est un gros module.

Interviewer : Est-ce que tu as d'autres remarques éventuellement ? Des choses que j'ai oublié d'écrire et qui pourraient être intéressantes selon toi ? Si par exemple tu vois monsieur Machin qui ne prend pas son traitement, il est diabétique alors tu le vois souvent à domicile, pour essayer d'améliorer la prise en charge de monsieur Machin ?

P2 : Si on était tous ensemble faudrait faire une journée formation en fait.

Interviewer : Tu veux dire repérer un certain nombre de patients, les faire venir à la maison de santé, et comme une espèce de mini ETP et faire une réunion

P2 : Oui voilà, on les fait bien venir pour le diabète. Qu'est-ce que l'HTA, à quoi est dû l'HTA, quels sont les traitements médicamenteux, les RHD. Quels risques à ne pas respecter ? Quitte à aussi faire aussi un petit fascicule... oui on le fait pour le diabète, pourquoi on ne le fait pas pour autre chose.

Interviewer : D'accord

P2 : Mais je ne sais pas les patients hypertendus, ça se passe comment ? Le premier prescripteur c'est le cardiologue ?

Interviewer : Non ici souvent c'est nous. La prise de tension vous ne pouvez pas la facturer comme acte vous ?

P2 : Nous on le fait par... par conscience... mais ça ne se facture pas... les piluliers on peut les faire facturer que chez certains patients pas sur tous... que chez des patients qui ont des troubles mnésiques... après on en prépare c'est pour notre conscience aussi...

Interviewer : Je pense qu'on peut s'arrêter là. Merci

### Verbatim de l'entretien numéro 3

Date : 31 juillet 2019

Durée : 34 mn 53 s. Lieu : Salle de réunion

Interviewer : Est-ce que tu peux te présenter s'il te plaît ?

P3 : X, pharmacien titulaire à Anor, depuis 5 ans.

Interviewer : Merci. Je suis en train de réaliser un protocole pluriprofessionnel pour la prise en charge de l'hypertension artérielle, visant à améliorer l'observance thérapeutique des patients.

P3 : Ok

Interviewer : Toi, comment est-ce que tu repères un patient qui ne prend pas bien son traitement ?

P3 : On a plusieurs façons... Mais la première c'est surtout ceux qui viennent chercher leur renouvellement et qui te disent « ça j'en ai pas besoin... » parce qu'ils en ont vraiment en stock ou ceux qui te ramènent, d'un an et demi ou deux ans, qui te ramènent des sacs complets de médicaments périmés, pour la tension en l'occurrence ou pour d'autres choses et... tu te dis que le traitement n'a pas été pris correctement... qu'il y ait une boîte en rabe ou deux parce qu'il y a eu un changement de traitement ça peut se comprendre... quand t'as dix fois la même boîte, c'est qu'il n'a jamais été pris quoi...

Ou des tensions qui normalement devraient baisser avec des traitements... quand le médecin adapte le traitement... le traitement augmente... on rajoute une molécule à chaque fois, à chaque fois : la tension ne baisse pas du tout selon le patient (parce que nous on a que ça comme info), on se dit qu'en général il y a anguille sous roche, parce qu'il devrait y avoir normalement un petit effet thérapeutique derrière... ça c'est une idée.

Et parfois on fait des mesures tensionnelles, quand ils nous demandent. On ne le fait pas de nous-mêmes, on propose rarement de le faire... On propose de le faire si jamais la personne n'est pas bien... Mais sinon il y en certains qui viennent prendre des mesures... et là on voit des tensions pfou !! Ils vous disent « non non j'ai toujours la même, elle est bien, elle est bien » et en fait ils ont 17, 18, voir plus si affinités... et puis voilà...

Interviewer : D'accord. Donc en fait la prise de la tension, vous la proposez quand ils disent qu'ils ne vont pas bien ?

P3 : Alors... euh... la grosse majorité c'est la demande spontanée, tu peux l'avoir aussi quand nous on a des doutes ou sur leur traitement, quand il y a des questions... parce qu'il y a des gens quand même un peu stressés, on leur dit « bah écoutez on va la prendre, on va regarder », quand ils ont l'impression que leur traitement ne marche pas, ou des effets indésirables, donc là on leur propose de la prendre et puis voilà... C'est à peu près tout globalement, on ne la prend pas à tous ceux qui passent. (Rires). On n'a pas que ça à faire

Interviewer : Et Est-ce que ça arrive dans ces cas là... Quand vous repérez un patient qui vous rend toutes ses boîtes et qui avoue ne plus prendre son traitement... Est-ce que vous posez des questions ? Qu'est-ce que vous faites ?

P3 : Ah ouais là... on fait de l'inquisition... là complètement... on leur demande comment ça se fait qu'il y en a autant ? Alors c'est difficile de la faire sans être pour autant flic, on cherche plus

le problème, on cherche à savoir pourquoi ils en rendent autant... euh... y'a pleins de raisons différentes... la première étant qu'ils ont peur de le prendre. La deuxième c'est que c'est le générique et qu'ils n'en voulaient pas et qu'ils n'ont pas osé te le dire... la troisième c'est qu'ils savent qu'ils ne vont pas le prendre mais qu'ils se disent que la sécu ne leur remboursera pas leur consultation du médecin, s'ils ne prennent pas tous les traitements tous les mois à la pharmacie...

Interviewer : (Rires) c'est vrai ?

P3 : Ah ouais c'est un truc de fou ! J'en ai ils prennent toutes les boîtes, tous les mois, et... ils sont persuadés que la sécu sinon ne les rembourse pas... ils n'ont pas compris que la sécu voulait faire des économies... (rires) Parce qu'il y en a beaucoup... vraiment beaucoup... c'est impressionnant ! Y'a des gens qui sont très réguliers... Quand ils viennent... ils viennent tous les 21 du mois... c'est le 21 du mois... mais c'est souvent ceux-là qui ne prennent pas le traitement correctement... parce que ça ne doit jamais tomber le même jour tous les mois donc euh...

Interviewer : Est-ce que tu as identifié que certains patients seraient plus susceptibles de ne pas prendre leur traitement ?

P3 : Non... franchement il y a de tout... des problèmes d'observance ? Tous types confondus, toute catégories d'âge... Pas plus l'un que l'autre... Non des personnes âgées... des jeunes... euh... Alors les jeunes c'est souvent des oublis, les personnes âgées c'est souvent un manque de confiance ou parce qu'ils en ont déjà une blinde à prendre et que ça les saoule, ou qu'ils oublient aussi. Y'en a beaucoup, enfin le problème d'observance majeur c'est souvent les gens qui ont 80-90 ans et qui te disent « je connais mon traitement, ça fait 20 ans que c'est le même ça n'a pas changé », et tu leur dis « ça ça sert à quoi ? » et ils sont incapables de te dire. Et en général ceux-là c'est qu'ils ne le prennent pas correctement tout simplement...

Interviewer : Et quand tu repères un patient qui ne prend pas son traitement antihypertenseur ou que tu le soupçonnes, qu'est-ce que tu fais dans ces cas-là ?

P3 : Alors ça dépend ou on en est dans le traitement. On essaie de savoir déjà pourquoi il ne le prend pas, parce que si tu lui dis « faut le prendre, faut le prendre » bah il ne va pas le prendre. On voit avec lui si on peut voir avec le médecin, pour réévaluer le traitement et surtout bah si par exemple ils ont, par exemple, ils ont une tension qui est correcte et que toi tu sais pertinemment que tout ce qui est prescrit il ne le prend pas... On n'essaye pas de leur faire prendre tout le traitement d'un coup, parce que là ils vont avoir des problèmes... On essaie déjà de voir avec eux, ou ils se débrouillent pour prendre rendez-vous en s'assurant qu'il ne soit pas trop trop loin ou alors on contacte le médecin...

Interviewer : D'accord donc en fait quand ils ne prennent pas leur traitement, tu leur prends leur tension à chaque fois ?

P3 : Pas systématiquement... après on se base un peu aussi... enfin à chaque fois qu'ils veulent la tension... tout le monde le veut pas... et puis, ils ont pas tous la même définition de « bonne tension », y'en a ils disent « j'ai une bonne tension elle bouge pas », c'est pas pour ça qu'elle est bonne... mais elle bouge pas donc c'est que c'est bien, le médecin il m'a dit ça allait machin et tout... Bizarrement on n'a pas trop d'effet blouse blanche des tensions chez nous en général, c'est conforme à ce qu'ils nous disent. On leur demande avant laquelle ils ont et puis on leur montre. (Rires) c'est un peu comme les flics qui te font souffler dans le ballon, « vous avez bu ? non non vous êtes sûr ? » donc on leur montre leur tension et voilà on fait comme ça.

Après ce n'est pas non plus euh... enfin les tensions on n'en prend quand même pas énormément... parce que ce n'est pas dans nos habitudes... les gens ils ne sont pas non plus hyper demandeurs... Après voilà si on leur dit « bah ça ne va pas, vous ne les prenez pas, depuis quand ? » voilà quand on arrive à les faire un petit peu parler... Si ça fait 6 mois qu'ils n'ont pas pris leur traitement... je peux leur faire prendre la tension chez moi, ça ne changera pas grand-chose... vu qu'ils vont consulter quand même relativement régulièrement.

Interviewer : D'accord selon toi, qu'est ce qui serait bien qu'on pourrait faire ? Quand par exemple on détecte quelqu'un qui ne prend pas son traitement, sa tension ?

P3 : Ce qui serait bien c'est qu'on ait un arbre décisionnel, c'est toujours bien parce que... bon après quand t'en fais un t'en fais 10 et puis t'en a partout dans la boutique... Mais d'en avoir un pour savoir, bah quoi faire, parce que selon la personne que tu as en face de toi, tu ne réagis pas de la même façon... Déjà s'il est 19h05... bon ce n'est pas que tu ne prends pas soin de ton patient mais... à un moment t'as envie de lui « bon écoute mec tu repasseras ». Et puis qu'on ait nous, par exemple nous dans notre équipe on est plusieurs, que toute l'équipe réagisse de la même façon puisqu'on n'a pas toujours les yeux sur tout. Pour savoir, bah « on soupçonne un patient de pas prendre son traitement », bah est que on appelle le médecin en premier ? Est-ce qu'on prend sa tension en premier ? Est-ce qu'on... Pour qu'on harmonise nos pratiques en fait.

Interviewer : D'accord

P3 : Et conjointement avec le médecin, parce que c'est vrai que parfois on va l'appeler... et qu'il va nous dire « bah vous avez pris sa tension ? » Oui... non...oui... On perd du temps quoi... au téléphone, au truc, au machin... Le but c'est de gagner du temps et d'être efficace. Donc si le médecin sait que nous on aura fait en amont tout ce qu'il faut, quand on l'a redirigé on sait qu'on l'a pas fait pour rien quoi.

Interviewer : D'accord. Donc toi tu verrais... si un patient ne prend plus son traitement, par exemple le RAMIPRIL, parce que ça le fait tousser par exemple, toi tu verrais que dans ces cas-là tu prends sa tension, si la tension est au-dessus de 14/8 tu contactes le médecin, si elle est en dessous... tu... tu finis par le contacter... ?

P3 : Oui oui, on redirige le patient mais bon... c'est pour ça que c'est dur... même l'arbre décisionnel il est intéressant mais il est pas non plus pragmatique, parce que d'un patient à l'autre tu n'auras pas la même influence... y'en a tu vas pouvoir leur dire bah faut voir le médecin il vont te dire « ouais ouais j'y vais demain » et y'aura pas de problème, y'en a d'autres ils vont te dire « oui oui », et puis ils vont jamais y retourner, ils vont continuer comme d'hab et puis à toi aussi ils vont te mentir la fois d'après... pfff c'est dur.. Ce n'est pas simple parce que c'est au cas par cas... donc euh... mais on pourrait très bien dire... systématiquement... pourquoi pas... au-dessus de 14/8, aller hop je vais prendre votre tension et si vous êtes au-dessus on contacte le médecin : alors s'il est à 22 je t'appelle, s'il est à 15, je vais peut-être t'envoyer un mail... ou... en fonction des facteurs de risques c'est toujours un peu pareil mais... mais bon...

Interviewer : Justement pour les facteurs de risque, les règles hygiéno-diététiques, la prise de sel. Est-ce que vous faites de l'éducation là-dessus ?

P3 : Ouais on le fait tout le temps, au comptoir, toute la journée... On ne le fait pas avec tous les patients tout le temps... parce que ceux qui ont un traitement chronique tous les mois... si tous les mois tu leur dis qu'il faut arrêter le sel, le truc et machin... un tu perds du temps parce

qu'ils n'écoutent pas, puis deux ils n'en ont rien à secouer. Par contre dès qu'il y a un souci ouais, ça c'est le premier truc qu'on fait... parce que nous c'est notre boulot et c'est plus facile à aborder pour la compréhension des patients c'est beaucoup plus facile... d'aborder ce sujet-là que d'éventuelles interactions de traitement machin, qu'ils ne vont pas comprendre... donc euh... ça on le fait tout le temps quasiment systématiquement au comptoir...

Interviewer : Donc pour améliorer les choses, tu penses que ce serait bien de mettre un arbre décisionnel que tu pourrais avoir à la pharmacie ?

P3 : Ouais un truc simple, 2-3 cases.

Interviewer : Que du coup même les préparatrices pourraient voir. Elles prennent aussi la tension ?

P3 : Oui tout à fait

Interviewer : Donc par exemple, une valeur cible, schématiquement 14/8 chez les « jeunes », une personne âgée polypatho c'est 15/9, c'est les valeurs pour lesquels on vise. Et qu'en fonction de ça, après on les redirige vers le médecin ?

P3 : Mais un truc hypersimple pas comme les recos ou par tranche de catégorie d'âge. Sinon on va prendre la tension et basta ! On ne le lira jamais. Que ce soit pour l'hypertension ou pour d'autres choses... mais l'hypertension c'est plus facile à contrôler chez nous. Mais ça ça peut être un truc à mettre en place au contraire c'est qualitatif.

Interviewer : Est-ce que tu pourrais critiquer le protocole que j'ai fait.

P3 : (Rire) si y'a que ça pour te faire plaisir !  
Ouais c'est bien synthétisé tout ça, je ne vois rien de...

Interviewer : Qu'est que t'en penses ?

P3 : Bah c'est bien, c'est bien synthétique, ça représente ce qu'on fait déjà en partie ou en totalité, ça dépend du temps que le patient nous accorde mais euh...

Interviewer : Clément pense que l'appel téléphonique ce n'est pas une bonne idée, il pense qu'on devrait faire un fichier google drive ou un truc comme ça ?

P3 : C'est ce qu'on devrait avoir avec « le SAS », tu sais le logiciel

Interviewer : Oui...

P3 : Après tous les logiciels proposent ce genre de truc... après c'est toujours pareil, c'est toujours la notion d'urgence ou pas... le patient qui a 22-23 : t'appelles quoi, tu ne te poses pas la question de google drive... qui ne va pas marcher... qui ne va pas se synchroniser... Le patient qui a 15, tu ne vas pas t'angoisser non plus quoi... Après c'est toujours pareil on a toujours peur de déranger au téléphone mais bon on sait que vous préférez être dérangé tout de suite plutôt qu'on vous le dise dans une semaine, « ah tiens j'ai oublié de te dire mais monsieur machin ça n'allait pas » « ah bah oui il est hospitalisé » c'est toujours comme ça, il y a toujours un peu le pour et le contre, on a toujours peur de déranger au téléphone mais bon on a pas de meilleur moyen de communication...

Interviewer : Sincèrement je n'ai jamais été dérangée par vous...

P3 : Après on n'appelle pas toujours... Après quand c'est des conneries d'avances de boîte et

de machin, ils se démerdent, je gère plus ça... Mais après voilà si j'ai une urgence ou une question sur le traitement machin, en général je le fais si c'est nécessaire. Mais c'est vrai qu'on a toujours cette appréhension d'appeler, parce que ça va vous deux, vous êtes cool, y'en a on les appelle on se fait défoncer... ou tu te fais jeter « ouais quoi non je m'en fous machin... » Ouais ça arrive, parfois ils sont pas cool, y'en a que tu peux pas avoir, que tu peux pas appeler... je les citerai pas mais y'en a dans le coin tu peux pas les avoir... t'arrives jamais à les joindre donc des fois c'est urgent... et donc euh, c'est pour ça qu'on a toujours l'appréhension d'appeler le médecin... pour ne pas se faire défoncer en live devant le patient... Mais bon moi ça ne me dérange pas d'appeler, après ça n'arrive pas toutes les deux minutes... enfin les gens qui ne prennent pas leur traitement ça c'est tout le temps oui (rires). Après il y a la notion d'urgence ou pas, on a tous des messageries sécurisées machin, enfin ça devient obligatoire. On peut faire nous ce qu'on appelle une opinion pharmaceutique, personne ne le fait jamais parce que c'est super chiant à faire. C'est un truc super formalisé où... c'est un petit protocole qu'on doit remplir quand on a, qu'on doit appeler un médecin pour un problème : un effet indésirable. Normalement les effets indésirables on doit les signaler tous... c'est impossible à faire. Donc avec les opinions pharmaceutiques tu rentres toutes les coordonnées, les infos patients, le sexe, l'âge, les antécédents, les machins... c'est un truc barbare et à chaque fois qu'on a un problème techniquement on doit le faire. Personne ne le fait jamais parce que c'est trop long, c'est trop dur... Mais bon l'idéal ça serait d'en faire un assez simplifié et pourquoi pas et dire « ah je soupçonne... » Tiens les réunions qu'on fait là en MSP, c'est clairement ça... On le fait rarement sur des observances de traitement mais on pourrait le faire... parce que au final, y'en a tous le temps des gens qui prennent pas, ou qui disent qu'ils prennent ou des piluliers qu'on prépare et ils te ramènent et il y a la moitié des cachetons qui sont pas pris... Moi je pense que ça pourrait être fait, pour nous en tout cas dans le cadre des MSP ça serait bien. Pareil comme on se voit que tous les mois, si c'est urgent évidemment, on gère l'urgence... Mais au moins voilà, les problèmes d'observance chronique, pourquoi pas faire le point pendant la réunion. Alors après c'est sûr que ça ne concerne pas l'ensemble des praticiens mais bon...

Interviewer : Bon après souvent les infirmiers ils les connaissent...

P3 : Ouais ils les connaissent... oui ou y'en a qu'on pas d'infirmier mais on arrivera toujours à trouver... Je pense que ça rentrera plus dans ce cadre-là, plutôt que dans les réunions MSP de faire un peu toujours les mêmes patients... un peu lourds... Pourquoi ne pas se caler quelques gens où tu soupçonnes qu'il y a une observance un peu foireuse et qu'ils n'osent pas t'en parler... tu sais qu'ils t'emboîtent et puis voilà... Je pense que ce serait mieux dans ce cadre-là et éventuellement ouais un mail sécurisé... une drop box ou je sais pas quoi... tu sais moi j'en ai au moins 4 ou 5 et je les regarde jamais... au bout d'un moment c'est comme tout tu priorises... Après les interactions par logiciel ça devrait se faire de plus en plus... alors euh oui... je t'envoie un message et toi t'auras un truc qui bip et qui s'arrêtera pas tant que t'as pas cliqué dessus (rire) et puis tu le regarderas et tu me rappelleras quand tu auras 5 min et puis voilà... ça vaut un coup de fil ou un texto c'est pareil... donc bon c'est une bonne idée sur le principe, en vrai à réaliser c'est... C'est une énième solution différente à toujours les mêmes problèmes.

Interviewer : D'accord donc toi tu verrais... le patient soupçonné de problème d'observance, aurait une prise de tension, selon les résultats de la prise de tension : médecin ou pas médecin ? Voir urgence : contacter le médecin et si pas d'urgence, l'inscrire sur une liste et voir à la prochaine réunion ?

P3 : Oui la liste qu'on voit à la prochaine réunion avec la mesure faite au préalable, parce que c'est vrai que si j'arrive aux réunions en disant que lui il ne prend pas son traitement, tu vas me

dire « mais encore » alors que si on a identifié le problème on a un petit suivi et un petit documentaire avec une fiche synthétique (son âge, ses traitements, etc....)

Interviewer : Ses traitements, nous on a notre tablette

P3 : Ouais mais c'est pour moi m'en souvenir, je n'ai pas la tablette. Non les traitements et les éventuelles remarques qu'on a pu discuter avec le patient et puis ça permet de s'en souvenir... et en plus ça fait des cas pour les réunions.

Interviewer : Ok c'est une bonne idée

P3 : Après il y a beaucoup de choses à dire... si on faisait tout avec les patients on ne se coucherait pas de bonne heure. Mais globalement tout ça on fait quand même... Les interactions médicamenteuses... ouais pas les contre-indications, en général on appelle, ou les choses un petit peu déconseillées... ouais les AINS ça arrive quand même assez souvent : le patient il passe te voir il a le dos flingué, il a des IEC et des machins, on va lui filer un AINS, on n'a pas trop le choix... c'est sûr que ce n'est pas recommandé. Mais nous on a un gros problème ! Et ça tu pourras le noter, je me bats pour ça... on a aucune notion d'insuffisance rénale chez nos patients, on a aucune valeur... alors des fois c'est noté dans le bas de vos ordonnances parfois si vous avez entrez en commentaire les allergies... Mais nous on ne sait pas... donc techniquement on devrait adapter la posologie chez tous les insuffisants rénaux...

Interviewer : Ah oui c'est vrai

P3 : C'est pour ça nous que « les SAS », avoir les infos patients pour aller les chercher... mais au moins qu'on puisse avoir une notion...

Interviewer : Faut que je regarde sur notre logiciel, voir s'il n'est pas possible de faire apparaître la clairance. Sur les ordos. Faut que je demande à Christophe.

P3 : Parce que ça pour nous ça pourrait être pas mal... parce que parfois on a des doses standard des patients que tu sais pertinemment qu'ils ont 95 ans... et que... ce n'est pas normal la poso forte, c'est souvent sur des antibiotiques d'ailleurs. Qu'on puisse au moins appeler pour ça... Et puis le reste : isolement social, addiction à l'alcool... (rires) ouais c'est difficile de ne pas les voir... « Les écarts de règles hygiéno-diététiques », ouais alors après c'est pareil est ce qu'il ne faudrait pas formaliser ça ? ... Moi j'imprime souvent pour les gens, je le fais plus pour le diabète que pour l'HTA, j'ai un petit tableau avec ce qu'ils peuvent manger en vert, ce qu'il faut manger moins souvent en orange et ce qu'il faut éviter le plus possible en rouge. Et en général quand j'ai un diabétique un peu perdu, je lui file ça et... et il ne le regarde pas...(rires) mais au moins je lui ai filé et j'ai ma conscience pour moi... Et qu'on puisse avoir... bah pourquoi pas en réunion par exemple, se dire bah tiens pour l'HTA, des critères pour réduire l'HTA y'en a quand même pas mal sur ce qu'il faut manger et pas manger... bah et qu'on ne pourrait pas choisir les aliments un peu ciblés, virer le surplus et se dire allez on communique tous sur la même façon et puis voilà. Comme ça on ne cherche pas, on pourrait mettre une petite drop box ou il y aurait que ces dossiers et pas chacun en avoir 50 avec des infos ça arrive... « mise en place du pilulier » c'est... pas toujours évident... pour pleins de raisons différentes... alors la première c'est si c'est nous qui le faisons, bon c'est un peu pécurinaire mais nous on fait ça gratuitement... Pour l'instant il n'y a pas de forfait mis en place... jusque-là on n'a eu même pas le droit de faire payer... maintenant on a le droit mais c'est toujours un peu délicat... et on passe un temps fou à faire un pilulier, dès qu'il y a un changement de traitement il faut changer tout le pilulier en cours... Au clos on fait que ça... si c'est les patients qui le font eux même, bah ça n'a aucun intérêt... parce que  $\frac{3}{4}$  du temps c'est pas bien fait... ou alors c'est

ceux qui sont jeunes et c'est pratique pour eux d'avoir un pilulier plutôt que 5 boîtes... mais en eux ils savent se débrouiller et en général eux ils sont observants...

Interviewer : Qu'ils achètent le pilulier chez vous, c'est pour que la famille le fasse ?

P3 : Ouais ça peut être la famille... or nous on est souvent confronté quand même à voir des gens où la familles c'est des « teuteu » (rires) tu peux le noter dans ton rapport ! Non mais si c'est ça, c'est clairement ça... ou ils viennent et reviennent le lendemain « ca je l'ai pas eu » bah si madame vous avez eu la boîte hier et ils font n'importe quoi, ils mélangent les piluliers... on a encore eux quelques beaux petits cas cette semaine... et le pilulier c'est un truc beau sur le papier mais en vrai à part à l'hôpital c'est très très compliqué à mettre en place. Au clos ça va on se débrouille bien mais c'est quand même, au cas par cas c'est super compliqué... ou des patients isolés qui te font confiance et qui vont le prendre mais tant qu'on le met pas dans la bouche on sait pas s'ils l'ont pris... c'est super pour l'observance mais... faut que ce soit pris... s'ils ont le pilulier et pas les boîtes je suis pas sûre qu'ils le prennent ils le prendront peut être mieux pour ceux qui se trompent mais pour ceux qui veulent pas le prendre... qu'ils aient le pilulier ou pas... ils le prendront, limite ça va plus vite à vider. « Apprentissage de l'automesure tensionnelle » alors les teuteu ils y en a aussi un paquet... d'abord ils branchent sur la prise, ils ne branchent pas sur la sortie d'air, ils branchent sur la sortie de la batterie « ça marche pas ». Ou alors ils ne croient pas la mesure, ils arrivent chez eux, ils n'ont pas la même mesure que chez le médecin mais des fois 3 fois rien... et ils disent « bah non ça marche pas ». En général les gens qui nous achètent un tensiomètre, on les revoit 2-3-4 jours après et encore au bout de 3 fois ils ont pigés quand tu la prends devant eux... Et ils voient bien que tu as deux trois fois la même tension... mais sinon euh... c'est un apprentissage c'est beau... il n'y a pas d'autres mots... mais c'est important oui... « éducation thérapeutique », tu voyais ça au comptoir ? Lors d'entretien ? Ou lors des ETP ?

Interviewer : Je voyais ça comme nous on le fait quand on les voit en consultation...

P3 : Bah de toute façon c'est déjà ce qu'on fait. Bon ceux à qui on explique les systoliques, diastoliques je les compte sur les doigts de la main. « Les conséquences de la tension » ouais on leur répète mais ce n'est pas toujours imprimé. « Les effets indésirables » ouais c'est assez fréquent « les jambes qui gonflent » « la toux » c'est quand même moins fréquent que je le pensais au départ mais ça arrive mais les jambes qui gonflent oui... Les diurétiques on ne le fait pas assez je pense, on y pense l'été mais on ne le fait pas assez le reste de l'année. « Bétabloquant » ... disons que sur la dysfonction érectile ça reste encore anecdotique... nous le nombre de fois où il nous en parle nous c'est zéro... pourtant on est deux mecs... et ils nous en parlent allez j'ai peut-être trois patients qui m'en parlent sur toute la patientèle ! Et ils le crient pas, ils viennent chercher leur boîte, ou alors ils me disent bah ça va pas mais des gens qui viennent chercher un conseil pour ça au départ il y en a quand même pas beaucoup. « Les conseils hygiéno-diététiques » « la diminution de la conso d'alcool » (rires) « stopper l'intoxication tabagique » ça je trouve qu'il y a de plus en plus de gens qui arrêtent et qui mettent des patchs et tout

Interviewer : Parce que c'est remboursé maintenant.

P3 : Ouais avant ça l'était en partie aussi. Mais je trouve que là il y a quelques mois, où il y en a beaucoup alors qui arrêtent et reprennent mais au moins qui essayent quoi. « Les sorties d'hospitalisation » ... moi je ne comprends rien... les gens ils ont un traitement pas trop mal... ils sont hospitalisés pour x ou y raison, ils sortent avec un autre traitement en sortant et ils revoient le médecin après qui reprend le traitement d'avant... donc le patient change trois fois de traitement en 3 jours. Parce que souvent ils sortent le vendredi samedi matin, ils viennent

tout chercher pendant la garde et puis bah le lundi ils revoient le médecin traitant qui ne comprend pas ce qu'ils ont fait à l'hôpital et remet le traitement d'avant. Et ça s'est compliqué pour nous non mais c'est compliqué pour les patients... parce qu'ils n'ont pas les mêmes boîtes et en plus ils sont allés en garde et c'est encore un autre labo, je pense que ça c'est une source d'erreur et une source de non-adhésion...

Interviewer : Est-ce que tu as d'autres remarques ?

P3 : Bah écoute non pas grand-chose... on a très peu d'interaction avec les IDE sur les tensions autant sur les glycémies ils nous demandent souvent sur les traitements si ça cause des hypo ou pas... autant sur la tension ça reste quand même peu fréquent... je ne sais pas s'ils en prennent beaucoup des tensions ou pas... parce qu'ils ne nous en parlent quasiment jamais pour les tensions...

Interviewer : D'accord, merci beaucoup à toi

## Verbatim de l'entretien numéro 4

Date : 12 septembre 2019  
Durée : 16 mn 44 s. Lieu : Salle de réunion

Interviewer : Est-ce que tu peux te présenter s'il te plaît ?

P4 : X, IDE depuis 12 ans, et j'ai intégré la maison médicale d'Anor à son ouverture. Je suis infirmière libérale sur Anor et les alentours.

Interviewer : Merci. Voilà, je suis en train d'essayer de réaliser un protocole pluriprofessionnel, donc j'interroge les pharmaciens, les infirmiers et les médecins dans le but d'établir une conduite à tenir commune envers les patients chez lesquels on aurait découvert qu'ils ne prenaient pas leur traitement correctement notamment leur traitement anti-hypertenseur. Toi à ton niveau, dans ta pratique habituelle, comment est-ce que tu arrives à soupçonner quelqu'un qui ne prend pas son traitement ?

P4 : Déjà par rapport aux signes cliniques, j'ai eu le cas il y a pas très longtemps, donc euh... une patiente qui prenait son traitement bah quand elle avait le temps, donc aux signes cliniques, donc elle avait toujours le visage rouge, mal à la tête et bah fatiguée, très fatiguée... et donc par rapport à ça je lui ai demandé si elle prenait un traitement antihypertenseur, elle m'a dit « oui mais bon quand j'ai le temps » et donc quand j'ai pris sa tension, bah je me suis rendue compte qu'elle était à 18 de tension et donc là je lui ai dit « il y a peut-être un souci... » « Soit le traitement il est pas adapté ou soit vous ne le prenez pas »

Interviewer : D'accord. Donc toi en général c'est parce que les gens ils vont se plaindre de mal de tête... ou de...

P4 : ...Oui moi c'est plus par rapport aux signes

Interviewer : C'est des patients que tu vois en général régulièrement ?

P4 : Oui en l'occurrence je la vois tous les jours cette patiente, mais pas pour le suivi du traitement

Interviewer : Est-ce que tu as identifié que certains patients seraient plus susceptibles de ne pas prendre leur traitement ?

P4 : Non je n'ai pas remarqué... je pense que c'est peut être plus les personnes âgées quand même... mais parce que je me rends compte aussi que les patients ils prennent des traitements mais qu'ils savent pas forcément pourquoi. C'est selon peut être au profil du médicament s'il est facile à avaler ou pas... On le prend ou on ne le prend pas... mais après un profil particulier non.

Interviewer : Et tu estimerais à combien de personnes sur 10 qui ne prendraient pas correctement leur traitement ?

P4 : Au moins la moitié : 5/10

Interviewer : D'accord, et donc quand toi tu vois un patient comme ça, qu'est-ce que tu fais ?

P4 : Bah déjà je discute pour savoir les antécédents exacts, et là en l'occurrence selon les signes j'adapte mon acte

Interviewer : Et tu parlais de prendre la tension, le fais-tu souvent ?

P4 : Ça arrive quand même régulièrement

Interviewer : Dans quelles situations ?

P4 : Ben euh... soit des signes mal à la tête etc... mais c'est plus sur des suspicions d'hypotension, des gens qui disent qu'ils ont la tête qui tourne, qu'ils ne se sentent pas trop bien et là je dégaine mon tensiomètre régulièrement.

Interviewer : Donc quand tu repères quelqu'un qui ne prend pas son traitement, du coup tu vas lui poser la question, tu essaies de voir ses antécédents ...

P4 : ... je lui dis « qu'est-ce que vous prenez » ... selon les signes... est-ce qu'il prend quelque chose pour l'HTA, le diabète, etc... quand des fois ils ont la tête qui tourne. Parce que c'est vrai que on intervient chez des personnes mais selon l'acte prescrit, on ne connaît pas forcément les antécédents du patient quoi...

Interviewer : Qu'est-ce que tu crois qu'on pourrait essayer de faire pour améliorer les choses ?

P4 : Bah déjà peut être que le fait que les patients soient au courant de ce qu'ils prennent, parce que j'ai l'impression qu'ils ne connaissent pas toujours pourquoi ils prennent les médicaments et peut être qu'en fonction de ça ils seraient peut-être plus assidus à la prise du traitement. Moi je rencontre beaucoup de personnes qui ne savent pas ce qu'ils prennent. Quand tu poses une question ils sortent l'ordonnance et te disent « bah regarde » je sais pas... ils ne savent pas répondre. Et peut-être que peut-être qu'il y ait un peu plus de suivi.... Parce que c'est vrai qu'une fois qu'on leur donne les médicaments, il n'y a pas forcément de contrôles réguliers pour savoir si le médicament il est pris ou pas quoi

Interviewer : D'accord, justement pour qu'ils puissent contrôler régulièrement eux même. Est-ce que ça t'est déjà arrivé de leur apprendre à utiliser le tensiomètre automatique ?

P4 : Oui ça m'est déjà arrivé ouais

Interviewer : Et hum... comment toi tu pourrais éventuellement voir les choses : par exemple Monsieur Machin, il ne prend pas ses médicaments, il a 18 de tension, de toute façon il pense que ça ne sert à rien. Toi tu vois Monsieur Machin qu'est que tu penses qu'on pourrait tous faire ensemble pour améliorer les choses pour ce patient ?

P4 : On peut inviter Monsieur Machin à déjà voir, comme une petite réunion d'information, donc euh pour expliquer rapidement hein, les avantages de prendre déjà bien son traitement et peut être lui apprendre à se contrôler lui-même.

Interviewer : D'accord donc toi tu mettrais plus d'éducation thérapeutique ?

P4 : Ouais l'éducation

Interviewer : L'éducation sur la maladie, les médicaments en tant que tel ?

P4 : Bah euh... en gros parce que on ne va pas rentrer dans le détail... on ne va pas commencer à lui expliquer comment le médicament va agir dans son corps mais...

Interviewer : Est que parfois tu fais des points régime ? Le sel etc. ?

P4 : Oui ça m'arrive aussi

Interviewer : Donc par exemple tu verrais Monsieur Machin qui a de la tension, tu ferais quoi dans ces cas : tu nous appellerais pour qu'il vienne en consultation, tu le mettrais sur une liste et à la prochaine réunion MSP on aurait des cas-patients ? Tu ferais quoi ?

P4 : Bah on peut en parler en cas-patient mais bon moi en l'occurrence la dernière fois dès que j'ai vu que son traitement n'était pas adapté j'ai appelé tout de suite pour qu'elle soit revue en consultation.

Interviewer : C'était qui ?

P4 : Madame L.

Interviewer : Ok. J'ai quand même un peu travaillé et du coup j'ai essayé d'imaginer un protocole. Est-ce que je peux te laisser le lire et le critiquer ?

P4 : (Rires) oh oui j'aime bien... Bah je ne vois pas beaucoup de critiques...

Interviewer : (Rires) merci

P4 : Non bah faut rester sur des choses simples... parce que si tu commences à rentrer dans le détail avec chaque patient, faut parler déjà du régime, faut aussi interroger par rapport au moment de la journée où ils prennent les médicaments, parce que ça ça peut jouer aussi. Je sais que les médicaments du matin ils vont être pris plus facilement que ceux du midi ou du soir. Parce que le matin voilà les gens ils commencent la journée et débutent avec les médicaments mais souvent le midi c'est zappé. Non après je pense que le principal est dit... Après conseils hygiéno-diététiques... euh... on les fait c'est vrai que c'est peut-être le plus compliqué. Ils mangent tous bien et ce n'est souvent pas ça qui fait que les médicaments fonctionnent ou pas... donc voilà... Non mais je pense que c'est déjà pas mal... Faudrait peut-être ouais commencer par des choses simples comme les règles hygiéno-diététiques pour leur expliquer que les médicaments peut-être aussi on en aurait moins besoin. Parce que vu que les gens n'aiment pas les médicaments, peut être aussi agir sur des choses simples comme les règles hygiéno-diététiques, l'alcool... dans le nord on sait que les gens ils se réchauffent et puis... manger mieux moins salé, moins sucrés, des fruits et des légumes...

Interviewer : Je suis agréablement surprise, parce que pour ce qui est des règles hygiéno-diététiques, tout le monde le fait plus ou moins tout seul et tout le monde a plus ou moins les mêmes diagnostics c'est-à-dire, qu'il y en a pleins qui ne savent pas à quoi ça sert... notamment pour l'éducation thérapeutique.

P4 : Oui (Rires)

Interviewer : Merci.

## Verbatim de l'entretien numéro 5

Date : 18 septembre 2019  
Durée : 36 mn 44 s. Lieu : Salle de réunion

Interviewer : Est-ce que tu peux te présenter s'il te plait ?

P5 : X, IDE libéral depuis 2013, et auparavant IDE durant 10 ans de nuit à la clinique de Wigneihies.

Interviewer : Voilà en fait je suis entrain d'essayer de réaliser un protocole pluriprofessionnel qui vise en fait à améliorer l'observance thérapeutique chez les patients traités pour HTA. Le but étant d'arriver à essayer de trouver une Conduite A Tenir commune où quand on se retrouverait face à un patient qui manque d'observance, essayer de trouver des solutions pour pouvoir améliorer la prise en charge de ce dernier. Alors toi à ton niveau, comment est-ce que tu repères un patient qui ne prend pas bien son traitement ?

P5 : Hum bonne question, déjà quand j'ai un patient qui présente des signes de fluctuations tensionnelles importantes, quand il se relève ou qu'il s'assoit et qu'il me dit j'ai la tête qui tourne tout de suite, bon ça c'est un des signes de tension qui fluctue énormément donc ça c'est peut-être un signe de non-observance de traitement. Donc là je commence à poser la question simple au patient, « vous prenez bien votre traitement ? » est qu'il a pas shunté son traitement ce matin ? Et après je vois avec sa réponse j'évalue déjà si le patient est franc ou pas, parce que ça se voit de toute façon ça se détecte quand même... après si oui, bah c'est tout faudrait peut-être revoir avec votre médecin pour changer votre traitement si y a trop de fluctuations, est ce que ça vous arrive souvent des truc comme ça.. des douleurs crâniennes... le visage rouge, enfin souvent ils me disent le visage chaud et tout ça... et auquel cas ils ne prennent pas le traitement, je leur dis « il faut le faire parce que après vous risquez d'avoir plus de problèmes à ne pas le suivre, qu'à le suivre » et c'est là que se pose la question des effets indésirables, « bah oui si je le prends j'ai ci ou j'ai ça »... oui mais bon... voilà c'est toujours pareil en référer au médecin et puis voir avec lui pour trouver une solution... Parce que j'ai beaucoup de patients qui me disent je le prends pas parce que j'ai des problèmes, je leur dis « ouais mais si votre médecin croit que vous le prenez comment vous voulez qu'il optimise votre prise en charge ? », « parce qu'il part du principe que vous prenez ce qu'il vous prescrit, si vous ne le prenez pas... y'a pas la relation de confiance donc euh, là ça peut pas marcher... »

Interviewer : D'accord donc toi quand les patients ils vont commencer à te dire « j'ai des effets indésirables avec celui-ci » tu vas commencer à dire « ouais à mon avis il ne le prend pas » ou alors quand effectivement ils ne sont pas bien équilibrés...

P5 : ...Voilà c'est peut-être le cachet qui ne convient pas en fait parce que c'est vrai que je connais beaucoup d'hypertendus qui galèrent à trouver le traitement qui les stabilise bien. C'est vrai que c'est compliqué.

Interviewer : Est-ce que ça t'arrive, pour voir s'il est effectivement instable, de prendre des tensions au domicile des patients ?

P5 : Alors euh quand justement ils ne se sentent pas bien et qu'ils ont la tête qui tourne euh...ou alors qu'ils viennent de se relever trop vite... tout ça oui... alors je dis bon bah on va prendre la tension quand je sais que c'est des hypertendus meuh meuh oui là je prends la tension

pour vérifier

Interviewer : D'accord et euh il y a des patients où tu vas le faire systématiquement quand tu les vois ?

P5 : Alors euh oui... on a des patients... mais plus des patients hypochondriaques... On en a une d'ailleurs, le protocole c'est la prise de tension tous les soirs... parce que voilà, elle sait qu'elle a 13/6 elle est contente et dès que tu commences à franchir 14-15 alors là ça y est c'est la panique donc euh... je veux pas dire qu'on arrange le chiffre mais... il y a des fois quand on sait qu'elle vient de retourner la maison euh on sait que la tension elle va pas être à 12, donc on lui dit... euh si jamais elle est à 16, on lui dit qu'elle a un petit 15... voilà quoi... mais c'est... on a une patiente qu'on a surveillé mais c'est vraiment parce qu'elle est hypochondriaque et puis que c'est vraiment le truc euh... déstressant... de savoir que pour elle elle a une bonne tension euh... elle va passer une bonne nuit...

Interviewer : D'accord... donc elle je pense qu'elle prend bien ses traitements ?

P5 : Oui... et encore non pas spécialement justement... les cachets pour la tension elle les prend mais... de toute façon dès qu'elle a une nouvelle thérapeutique, elle lit tous les effets indésirables, et à chaque fois elle ne veut pas les prendre donc c'est des patients hyper compliqués parce que bah ils sont chiants dans le sens où il faut appeler le médecin pour un truc que ce soit antibiotiques euh... antihistaminiques, n'importe quoi et ils veulent pas prendre le cachet parce que après euh ils me demandent tu crois que je le prends ou pas ? bah je sais pas vous avez fait venir le médecin, elle vous a prescrit quelque chose, pourquoi vous ne le prenez pas ? C'est quoi la logique de la démarche en fait ? C'est les pires à soigner... ils sont infernaux de toute façon... on n'en a pas beaucoup ce n'est pas la majorité heureusement parce que...

Interviewer : ...D'accord donc euh dans quelles situations finalement tu vas prendre les tensions : quand ils vont se plaindre de symptômes ? Les hypochondriaques ?

P5 : Alors les hypochondriaques, je te dis ouais c'est une qu'on a comme ça... mais c'est très rare. Après euh sur demande du patient ça peut aussi euh le faire parce que soit ils ont un coup de mou ce jour-là ou ils ne sont pas bien : donc là on le fait, parce qu'on a toujours le tensiomètre à portée de main. Sinon la prise de tension hors prescription de surveillance spécifique c'est rare en fait, c'est vraiment rare

Interviewer : D'accord

P5 : Parce que je pense que la plupart des patients surtout au niveau tension ils jouent le jeu, au niveau de la prise des thérapeutiques quand même parce qu'ils savent que c'est important, parce qu'il y a toute la... je vais pas dire le... folklore avec les risques d'AVC et tout ça... mais ils le savent en fait que de toute façon euh... c'est pas vraiment la catégorie thérapeutique ou les patients euh sont réfractaires quoi... concrètement, ils vont être plus réfractaires pour un antidiabétique tu vois, qui provoque des diarrhées. Qu'un antihypertenseur non ils font un peu plus attention quand même

Interviewer : D'accord. Alors du coup quand tu vas repérer un patient qui ne prend pas son traitement, qu'est-ce que tu fais ?

P5 : Si c'est avéré qu'il ne prend pas du tout son traitement et que c'est un hypertendu, bah de toute façon là je le recadre en disant que « Attendez ! Vous risquez gros ! » euh... Le problème c'est que tu ne peux pas le forcer à les prendre euh... Donc à partir de là tu ne peux faire que

de l'explication... en lui rappelant les risques et tout ça et puis... en essayant de comprendre pourquoi il ne les prend pas et la plupart du temps bah c'est pour les effets indésirables... et là je le renvoie vers le médecin en lui disant que là il faut en rediscuter avec le médecin parce que le cachet ne vous convient pas, le traitement ne vous convient pas... peut être voir pour lui trouver autre chose... parce qu'il y a pas que 3-4 antihypertenseurs, il y en a plein... voilà il faut juste euh... « Mais ne restez pas comme ça »...parce que là ça devient dangereux.

Interviewer : D'accord. Donc tu vas discuter en essayant de savoir pourquoi et comprendre et tu les rediriges vers nous ?

P5 : Le médecin référent toujours ouais

Interviewer : D'accord, sur 10 patients tu évaluerais à combien le nombre de patients qui ne prendraient pas correctement leur traitement ?

P5 : Hum sur 10... je dirais... dans le sens mauvaise observance... Je dirais 3/10

Interviewer : D'accord... t'es plus optimiste que Maïté (rires)

P5 : Après ça dépend du vécu du patient, ça dépend du caractère du patient... y'en a ils ont un caractère bien trempé... et euh s'ils ont décidé qu'ils ne le prendraient pas ils le prendront pas... parce que soit ils en prennent trop, soit pour des raisons parfois complètement abracadabrantesques... Mais le truc du diurétique, ça c'est un truc classique : le patient vient vous voir en consultation, mais il n'a pas pris son diurétique parce que justement ça le fait pisser et il doit attendre une heure en salle d'attente, donc vous allez avoir une tension au taquet et là vous allez vous dire le traitement il fonctionne pas... Mais il ne prend pas son traitement antihypertenseur croisé avec un diurétique parce que justement il vient vous voir en consultation... donc c'est là où vous vous arrachez les cheveux... Et c'est là qu'on leur dit « qu'est-ce que vous faites là ça va pas » ... « parce qu'il va vous prendre une tension » ... déjà l'attente ça joue... le fait de passer chez votre médecin pour la tension ça joue... mais si en plus vous ne prenez pas votre traitement diurétique... c'est sûr que ça joue aussi au final...y'a une incidence... donc là le médecin il s'arrache les cheveux. Mais euh je ne suis pas le seul, j'ai d'autres collègues infirmières quand elles conduisent leur grand-mère et tout ça elles pètent un plomb... soit parce que... le médecin il les regarde quoi « c'est quoi ce bazar ? » Parce que grand-mère elle n'a pas voulu prendre son diurétique... pfff... ça c'est connu depuis des années de toute façon euh... vous êtes exposés à ça aussi... je ne t'apprends rien à ce niveau là...

Interviewer : Et justement tu parlais du coup... Tu le recadres en parlant des risques... Donc de l'éducation thérapeutique sur la maladie en tant que telle, est ce que tu fais de l'éducation thérapeutique sur les traitements... sur les mesures diététiques ?

P5 : Alors euh... ça je peux aller jusqu'à l'éducation nutritionnelle sur l'alimentation hyposodée et tout ça... mais euh... Mais tout dépend du niveau de cortication du patient, c'est toujours pareil... ça je ne t'apprends rien de plus... donc euh voilà... j'évalue le patient aussi avant euh... En disant bon euh... ça ne sert à rien d'aller jusque-là parce qu'il ne va pas suivre... donc euh voilà...

Interviewer : D'accord. Et qu'est-ce que tu penses des appareils d'automesure ? Est-ce que tu as déjà appris à des patients à les utiliser ?

P5 : Alors euh... par défaut quand ils me disent... « J'ai pris la tension » je leur dis « vous avez pris avec quoi ? » Quand ils me sortent un appareil poignet je leur dit que je ne suis pas pour parce que de toute façon ce n'est pas fiable votre truc poignet... je préfère vous prendre une

tension moi-même ou alors vous prenez un appareil en pharmacie mais au niveau du bras. C'est déjà un peu plus fiable... Même si pour moi rien ne vaut l'oreille humaine avec euh... comment dire, la vraie prise avec la mesure du pouls en même temps quoi... il n'y a rien qui remplace ça... je pense que l'électronique peut être fiable mais selon la corpulence de certains patients c'est un peu plus compliqué quoi... en pratique...

Interviewer : D'accord donc dans ces cas là... Monsieur Machin qui ne prend pas son traitement, toi qu'est-ce que tu penses qu'on pourrait tous faire ? Pour essayer d'améliorer les choses ?

P5 : Bah déjà, un des trucs qui marche le mieux c'est le même discours... parce que sinon le patient il ne sait plus et puis à la limite il profite pour dire « bah ils ne sont pas d'accord donc voilà c'est une raison de plus pour pas le prendre » après euh...

Interviewer : Tu mettrais quoi dans ce discours toi ?

P5 : Bah disons euh... les risques de la non-observance du traitement ça de toute façon je pense que même si on a une prise en charge indépendante que ce soit le médecin, pharmacien, infirmier, je pense qu'on a le même discours à ce niveau là... après les risques bah c'est déjà pas mal en fait, c'est un peu dommage de procéder comme ça mais en gros faut lui faire un peu peur quoi, c'est toujours pareil, quand t'as peur tu raisonnes pas de la même façon parce que tu te dis bon là il y a un danger, après il y a danger pour lui et pour la sphère familiale, une fois que t'as fait un AVC et que tu finis hémiparétique, ça impacte sur tout le monde autour ça faut lui en faire prendre conscience aussi, il y a pas que lui dans l'histoire, il est pas isolé il y a... sauf s'il vit seul bien sur... Mais... ça peut avoir un impact assez lourd et conséquent sur l'environnement familial... donc euh... oui lui rappeler les risques lors de la non-observance et puis à la limite on peut même aller plus loin dans le sens, ou on peut dire à ce moment « quel est l'intérêt d'être suivi par un médecin, si vous ne voulez pas suivre les recommandations du médecin, quel est l'intérêt ? » Et c'est là que tu vois qu'il y a souvent un manque de transparence, parce que en fait c'est un peu les béni-oui-oui ... ils viennent te voir oui oui docteur et puis quand ils sont sortis ils font tout le contraire parce qu'ils en font qu'à leur tête c'est là qu'il faut instaurer vraiment un climat de confiance avec le médecin. J'ai eu le tour avec un ... pas pour un antihypertenseur mais pour antidiabétique oral... mais on peut se le rapprocher... c'est transposable avec les antihypertenseurs... je vais voir le patient... je lui fais sa prise de sang et il me dit « de toute façon je vais encore me faire engueuler chez le médecin, le taux il va encore être élevé je ne prends pas le traitement ». Bon bah là au moins ça c'est cash... je lui dis « mais pourquoi vous ne le prenez pas ? » « bah parce que j'arrête pas d'aller en diarrhées avec » mais ça c'est le premier effet indésirable des antidiabétiques pour la plupart donc je dis « si vous ne dites pas au médecin que vous ne le prenez pas, effectivement quand elle va voir le taux, elle va partir du principe que ce qu'elle vous donne ne suffit pas, donc elle va vous monter les doses » la plupart du temps, parce que vous ne lui dites pas que vous ne le prenez pas. Donc comment vous voulez que ça marche ? Parce que vous ne lui dites pas tout, vous lui mentez... donc que je comprends qu'elle s'arrache les cheveux avec votre cas. Donc la prochaine fois que vous allez le voir vous lui dites « bah vous allez m'engueuler mais mon infirmier m'a dit de vous dire un truc : je ne prends pas mon traitement » et là elle va comprendre quelque chose et pourquoi, et là va changer l'antidiabétique et là ça ira peut être mieux, et c'est ce qu'il a fait donc du coup elle a rigolé quand il lui a dit ça, et donc elle lui a demandé pourquoi et il a expliqué et là du coup l'observance se fait mieux parce que le traitement lui convient mieux : donc la relation de confiance patient-médecin est rétablie on va dire.

Interviewer : D'accord donc toi tu penses qu'il faudrait du coup qu'on ait le même discours, qu'on soit plus adaptés aux éventuels effets indésirables, qu'est-ce que tu penses qu'on pourrait faire aussi ?

P5 : Bah il y a un autre souci en fait mais ça c'est inhérent à pleins de truc, c'est par rapport aux fameuses normes moi j'ai le cas d'une patiente qui me disait par rapport à Christophe qui a un gros de soucis de tension et les traitements qu'elle prenait ne lui convenait pas parce que sa tension était trop basse avec. Donc elle dit quand je le prends j'en ai pour une heure, je suis comme sur un bateau pendant une heure, « je tangué » et j'en ai discuté une fois avec elle, et puis elle me dit « le problème c'est ça » elle nous avait demandé de prendre sa tension quand elle était dans cet état-là, elle était à 12/6 donc une tension somme toute normale et elle me dit « je ne suis pas bien quand je suis à 12 » ma tension de croisière c'est 15 et c'est là que je suis d'accord avec elle c'est que chaque patient est indépendant des normes. Le patient diabétique dont je te parle juste avant, quand il est à 0.9 il est en hypo, il n'est pas bien il faut qu'il soit à 1.2-1.3 minimum pour être bien et c'est ça le problème des normes aussi c'est que je pense que le traitement doit être adapté aussi à chaque patient et pas vouloir chercher à descendre les chiffres dans les clous si tu veux que...

Interviewer : ... après le problème c'est aussi qu'elle a tellement l'habitude d'être à 15-16, sauf que 15-16 : t'as des lésions... à 12 non...

P5 : Après est ce qu'il n'y a pas des conceptions différentes selon les gens ? Tu vois c'est ça ?

Interviewer : Après le problème c'est qu'ici... les gens ont peu accès facilement à des soins donc pendant des années s'habituent à avoir du 15 du 18... le jour où on redescend à 14-13 ils ne sont pas bien. Après le problème c'est que soit on les laisse à 15 en sachant qu'il n'y aura pas d'efficacité... en soit...on... après c'est pareil c'est des hypoglycémies relatives les 0.9, ce n'est pas une hypoglycémie réelle. Mais s'il a l'habitude d'être à 2g... forcément il ne se sent pas bien... Après le corps a été habitué à 2g, le corps peut aussi se réhabituer à être à 0.9. Donc c'est vrai que pour ça ce n'est pas forcément évident

P5 : Donc euh je comprends l'argument technique... donc à ce moment-là c'est là qu'il faut faire une éducation du patient et lui expliquer ça

Interviewer : Oui lui explique que bah du coup avec 12 elle est dans les objectifs et diminue son risque de complication.

P5 : D'accord ok

Interviewer : Du coup ouais, faire attention aux effets indésirables, le discours commun... euh et après... collectivement, comment est-ce que tu verrais les choses : tu repères quelqu'un... on en parle en réunion, on appelle le médecin ? Comment tu vois les choses ?

P5 : Bah de toute façon pour moi c'est le médecin qui est toujours au cœur de la prise en charge puisque c'est lui qui prend les décisions thérapeutiques moi je pense que si jamais un professionnel de santé autre que le médecin détecte un souci, on le rebascule vers le médecin. Si c'est plus un souci d'ordre thérapeutique pur, il peut éventuellement passer par le pharmacien mais je pense que c'est le médecin qui reste le premier interlocuteur de toute façon. Pour moi. Parce que nous on peut amener des conseils indirects mais si c'est vraiment un souci thérapeutique moi je rebascule vers le médecin tout de suite, je ne cherche pas : patient cortiqué ou pas.

Interviewer : D'accord donc tu ne verrais pas trop de rôle commun mais plutôt...

P5 : Apres discussion en réunion si bien sûr, on peut en parler pour voir si déjà c'est cohérent, si ce qu'on a remarqué est cohérent si ce qu'on décèle chez le patient pour la non-observance, qui ne veut pas suivre la thérapeutique ou effets indésirables qui ne veut pas subir ou voilà... et là on prend la décision ouais...

Interviewer : D'accord

P5 : Au contraire c'est plus intéressant d'en discuter quand on est à plusieurs, pour trouver la solution c'est plus intéressant

Interviewer : Ok. Hum. En ayant interrogé par exemple les pharmaciens, je viens te donner l'exemple de... j'ai interrogé 2 IDE et les IDE proposaient des petites journées de formation, pour les patients sur l'éducation : qu'est-ce qu'il a comme médicaments, à quoi servent ses médicaments, c'est quoi la tension, les risques, etc... et éventuellement un petit point sur le sel, l'alcool et ce qui peut ne pas favoriser les choses

P5 : Ouais tout à fait les risques croisés avec le diabète et tout ça parce que ça joue aussi forcément. Ça peut être intéressant, le problème c'est lesquels vont venir, c'est toujours le problème de cortication... Et il faut que ce soit accessible mais je pense qu'il y aurait des patients qui se déplaceraient

Interviewer : Ensuite le pharmacien, lui ce qu'il aimerait ça serait qu'on fasse une espèce d'arbre de décision. C'est-à-dire que : eux, ils ont parfois des personnes qui ne prennent pas leur traitement et qu'il leur arrive de prendre des tensions à la pharmacie et que par exemple : il a 15, l'inscrit sur une liste avec deux trois infos (antécédents, traitement habituel) et on parle ensemble de ce patient là en réunion. Ça a un intérêt dans le sens ou effectivement quand on est en réunion bah la plupart des gens, y'en a au moins un IDE qui le connaît, un des deux médecins qui le connaît et le pharmacien aussi. Et après tu as plusieurs points d'accroche sur lesquels tu peux jouer par exemple tu sais que ce monsieur-là n'est pas sérieux mais il a une femme qui peut l'être éventuellement tu mobilises sa femme pour lui faire prendre ses traitements...Voilà le fait de connaître les gens dans leur globalité, dans l'entourage peut aussi favoriser d'éventuelles prises en charge

P5 : Tout à fait, même si par exemple, le tiers fonctionne mieux... complètement indépendant du cercle familial nous on l'a vu avec des patients : on vient donner le traitement, ils prennent sans broncher. On a la femme, la fille, ou tout ce qui est entourage proche... avec elles il ne voulait absolument rien prendre. Mais ça c'est classique et c'est impressionnant d'ailleurs ! Le fait que ce soit un tiers soignant qui vienne donner, ils ne sont pas réfractaires, hors cas de démence et tout ça... mais c'est impressionnant.

Interviewer : Et ensuite le pharmacien envisageait ça comme ça... par contre le patient a une tension élevée et il n'est pas bien, dans ce cas il appelle Christophe ou moi, pour qu'il puisse être vu rapidement dans la journée, c'est une proposition potentielle, qu'est-ce que tu en penses ?

P5 : Ouais pourquoi pas... après c'est toujours une adaptation au jour le jour... Quand le patient n'est pas bien et il nous le demande... on prend une tension... on lui prend après c'est bien aussi de réexpliquer, quand j'ai ai qui me disent à 17h... on faisait une prise le matin à 7h, et une autre à 17h : 7h, bon bah on était à 12/6, la patient est content et 17h : 16/7 ca y est le cachet qu'il me donne il fonctionne pas , bah je dis « vous en prenez combien par jour ? », bah « j'en prend 3 ou 4 », « combien matin et soir ? » je leur dit bah attendez c'est normal que votre tension remonte en attendant le traitement du soir et après elle va redescendre... « ah bah

oui » tu vois c'est des truc simples mais qu'ils oublient, des truc basiques qu'ils oublient

Interviewer : Et si on faisait, le patient ne prend pas son traitement, on fait une fiche de synthèse, il aurait besoin d'éducation / d'une surveillance tensionnelle, est ce que les actes ainsi non cotés par la sécu, pourraient être indemnisés par la SISA ? ça permettrait d'avancer les choses pour les médecins, étant donné que les données démographiques médicales deviennent catastrophiques. Qu'en penses-tu ?

P5 : Après la prescription de surveillance tensionnelle est intéressante, parce qu'il faut quand même savoir quelque chose, on est limité à 15 jours, alors il n'y a pas de limite normalement je crois que c'est une fois par jour, mais il me semblait l'avoir lu quelque part. Nous on la cotait deux fois par jour ça passe. Parce que ce n'est pas expliqué noir sur blanc. Mais c'est à partir du moment où il y a un changement de thérapeutique... donc c'est re-prescriptible si changement de thérapeutique il y a.

Interviewer : Après techniquement dans l'idéal, après changement thérapeutique, il ne faut pas la reconstruire le lendemain. Ma prescription fonctionne si je précise « à faire dans un mois » ?

P5 : Si t'as opéré un changement de thérapeutique, t'attends un mois et qu'à partir de là, du moment que la sécu si un jour elle nous pose la question, nous on la rebascule vers vous mais on sera toujours bloqué sur 15 jours. Mais je suis entièrement d'accord avec toi que sur le principe, pour moi il faut quand même que le patient soit imprégné un peu du médicament pour que ça fasse vraiment effet et que les 15 jours aussitôt le changement thérapeutique ce n'est pas forcément efficient comme prise de mesure.

Interviewer : Oui... ça ne sert à rien de mesurer tout de suite

P5 : Mais à partir du moment où tu fais l'ordonnance, tu l'antidate on va dire... tu dis aller premier octobre je change le traitement on commence à évaluer 15 jours, on peut noter « à partir 15 et en datant à la date du jour ». Si tu veux vraiment être dans les clous je te connais... Nous du moment qu'on le sait, il n'y a pas de problème oui.

Interviewer : J'ai réalisé un protocole, est ce que tu peux le lire et le critiquer s'il te plait ?

P5 : D'accord, en temps réel alors. « Visualiser les armoires à pharmacie » oula... identifier les traitements non pris et laissés dans le pilulier, ça s'est un peu compliqué parce que vu l'éclairage précaire qu'il y a dans certaines maisons, tu ne vois déjà pas où tu marches alors quand ils ont balancé les cachets par terre et c'est un peu plus compliqué. Après dans l'éducation c'est déjà ce qu'on fait un peu... Après le problème c'est quand t'as des patients qui dépendent d'autres personnes et qui mangent énormément de friture sur le mois ou des trucs comme ça, t'as pas vraiment de pouvoir sur ça parce qu'ils dépendent d'un tiers. « Dépister la présence d'un syndrome d'apnée du sommeil » ça je suis vachement sensible à ça, parce que étant appareillé moi-même depuis 4 ans maintenant je suis beaucoup plus sensible à ce phénomène et dès que j'ai un patient qui a une asthénie chronique non expliquée... je commence déjà à dépister de ce côté-là parce que j'en ai discuté beaucoup avec le gars qui s'occupe de l'appareillage et il m'a dit que c'est le premier truc à rechercher chez les patients avec des traitement antihypertenseurs non équilibrés et réfractaires au traitement... donc dès qu'il y a une carence de sommeil, je leur dis qu'il y a un problème et d'aller chercher de ce côté-là. « Mise en place d'un pilulier » oui c'est plus simple, je suis d'accord avec ça.

« Apprentissage de l'automesure tensionnelle » à partir du moment où c'est bien fait oui... Après si on explique bien au patient et que le matériel est adapté... c'est con mais c'est comme les dessins, un beau dessin vaut mieux qu'un beau discours... ça dépend beaucoup du niveau

de corticage du patient... « La signification physiologique des valeurs de systolique et diastolique » j'ai des étudiantes IDE qui ont du mal à te ressortir les bons termes techniques, oui si les patients étaient plus au courant ouais, ça leur permettrait de s'impliquer un peu plus dans leur prise en charge thérapeutique. Bon l'éducation sur les médicaments, oui en simplifié oui... l'éducation sur les règles hygiéno-diététiques, ça s'est peut-être le plus compliqué sur le secteur oui... c'est tellement plus simple de mal manger à l'heure actuelle, réduction pondérale pour les patients obèses ça aussi c'est important... Diminuer la conso d'alcool et privilégier les fruits et légumes... ça s'est le plus compliqué sur le secteur. Ouais il y a pleins de truc intéressants mais compliqués à faire sur le secteur et adapter à la « faune locale oui »

Interviewer : Sur les règles hygiéno-diététiques ?

P5 : Oui, je pense qu'il est plus facile d'introduire de l'activité physique que de leur faire changer leurs habitudes alimentaires. Voilà mais c'est intéressant comme idée, mais bon il y a du travail à faire et puis c'est un problème pluridisciplinaire... Et puis faudrait essayer d'être cohérent. Mais je te dis...moi souvent je me complique plus, j'explique aux patients mais je dis que le référent c'est le médecin, parce que c'est votre médecin, c'est lui qui vous connaît. Moi je ne vais pas vous dire de prendre tel médicament à la place de celui-ci et puis je n'ai pas les connaissances pour de toute façon...

Interviewer : Ok je te remercie.

## Verbatim de l'entretien numéro 6

Date : 25 septembre 2019  
Durée : 24 mn 57 s. Lieu : salle de réunion

Interviewer : Est-ce que tu peux te présenter s'il te plait ?

P6 : Je m'appelle X, je suis infirmière libérale à Anor. Je suis en libéral depuis 2013, auparavant j'ai fait 6 ans à l'hôpital de Fourmies dans le service de gastro, où je gérais l'équipe de soins palliatifs, parce que j'ai passé un DU de soins palliatifs également.

Interviewer : D'accord merci. Je suis entrain d'essayer d'élaborer un protocole, en interrogeant les IDE, les pharmaciens et les médecins, afin d'essayer d'améliorer l'observance thérapeutique chez les patients suivis à la MSP d'Anor. Dans un premier temps, comment est-ce que toi tu repères un patient qui manque d'observance sur son traitement antihypertenseur ?

P6 : Ben par rapport à... déjà ses habitudes alimentaires, parce que bon on fait un peu partie de leur vie et on connaît leur fonctionnement de vie. Donc on voit déjà celui qui ne veut pas faire attention à ce qu'il mange... Ensuite le patient qui va prendre ses médicaments un peu n'importe comment, qui va dire « bah j'ai sauté une prise » ... Après euh... Déjà aussi les patients chez qui on fait le pilulier... on a des patients chez qui on fait le pilulier mais qui gèrent eux mêmes la prise matin, midi et soir. Donc on peut voir dans le pilulier quand il reste des comprimés et ceux qui oublient...

Interviewer : Et les patients te l'avouent facilement quand ils ne prennent pas leurs médicaments ?

P6 : Ouais... je ne suis pas le bourreau... je ne suis pas la police... Après il y a des patients qui vont dire « aujourd'hui je ne me sens pas bien, je me sens un peu faible, donc je n'ai pas pris mon cachet » sans forcément avoir vérifié leur tension, sans savoir s'ils étaient corrects, ou trop haut ou trop bas.

Interviewer : D'accord, justement pour les tensions est ce que ça vous arrive de prendre des tensions au domicile ?

P6 : Ah oui assez souvent même. Hum, déjà quand il y a un patient qui rentre à domicile avec une instauration d'antihypertenseur, on fait une surveillance pendant 1 mois, dans un premier temps matin, midi et soir pour voir s'il n'y a pas des variations de TA, des hypotensions, des choses comme ça... au fur et à mesure on réduit : deux fois par jour, une fois par jour. Et... dès qu'il y a un souci, dès que le patient n'est pas bien, on a le réflexe de surveiller la TA.

Interviewer : Donc du coup les situations : c'est les sorties d'hospi quand ils ont changé le traitement pendant l'hospi ?

P6 : Oui ou dès que le patient...ou bien... souvent quand c'est le cardiologue qui fait les mises en place d'antihypertenseur ou les sorties d'hospitalisation. C'est quand même assez rare que l'hypertension elle soit diagnostiquée. Souvent c'est pendant un problème aigue où il y a là, survenue de l'hypertension et l'instauration du traitement

Interviewer : D'accord, tu me parles d'un mois, Laurent me disait que vous pouviez le coter pendant 2 semaines c'est ça ?

P6 : Bah là je te dirais que là-dessus, je ne sais pas trop... je crois que c'est un mois il me semble, mais bon c'est le genre de truc que l'on ne cote pas... (rires) on a peut-être tort... Mais c'est vrai que parfois on a tellement de ... ce n'est pas très bien expliqué notre nomenclature donc il y a des choses qu'on n'ose pas trop coter parce qu'on se dit qu'on n'a pas forcément le droit...

Interviewer : D'accord

P6 : Donc euh... on est là de toute façon, c'est des gens chez qui on va pour d'autres choses, donc prendre une tension ce n'est pas non plus... On n'est pas là pour coter tout...

Interviewer : Donc du coup les situations où vous allez prendre la tension : c'est quand il y a une prescription de surveillance en sortie, nous on ne doit pas le faire trop souvent je pense ?

P6 : Non c'est vrai c'est ce que j'allais dire, vous en tant que généraliste, il n'y a pas de surveillance, c'est nous qui le faisons de notre initiative quand euh...

Interviewer : ... en fait c'est je pense que c'est parce que nous on pense que ...vous n'êtes pas payés pour ça...

P6 : Ouais bon... après même si on n'est pas payé on le fait quand même

Interviewer : Ouais c'est vrai mais du coup spontanément on se dit qu'on ne veut pas vous imposer ça

P6 : Ouais après je pense que c'est aussi quelque chose de bien pour vous... quand euh... les gens arrivent avec un carnet de suivi où il y a les différentes tensions quand vous instaurez un traitement ça vous permet de voir si c'est efficace ou pas.

Interviewer : Et tu prends la tension également quand le patient ne se sent pas bien ?

P6 : Ouais hypo ou hypertension, dès qu'il y a mal de tête, bourdonnement d'oreilles... quelqu'un qui ne se sent pas bien, forcément... ce qu'on va surveiller c'est : TA, température ou Dextro... c'est ce qu'on fait en premier lieu avant de voir s'il faut appeler le médecin traitant ou si c'est les urgences...

Interviewer : Est-ce que ça t'est déjà arrivé, de former, d'aider un patient à utiliser un appareil d'automesure ?

P6 : Euh ouais... parce qu'il y a des gens qui... qui aiment bien contrôler... ils achètent un appareil à la pharmacie et après on leur montre une ou deux fois comment ça fonctionne et après ils sont autonomes...ils le font eux même

Interviewer : Euh tout à l'heure tu parlais de l'alimentation, quand tu les voyais... Est-ce que ça t'arrive aussi de faire un peu d'éducation là-dessus, sur comment il faut manger : le sel, etc...

P6 : Ouais c'est un peu comme les diabétiques... on leur explique que tout ce qui est sels, graisses, tout ça... c'est des choses à éviter...

Interviewer : Sur l'alcool ?

P6 : Ouais.

Interviewer : Ok donc en fait quand toi tu repères un patient qui ne prend pas son traitement correctement, qu'est-ce que toi tu fais en général ?

P6 : Bah déjà tout dépend de la situation... si c'est quelqu'un qu'on ne gère pas au niveau pilulier, on essaye dans un premier temps déjà de voir avec le médecin pour faire le pilulier. Au moins le fait que ce soit préparé ça les incite plus facilement à les prendre, quand on voit que même préparé ce n'est pas pris, ben... on leur donne. Si on fait des passages... Moi j'ai le cas d'une patiente diabétique, au départ on faisait que préparer le pilulier, au final on se rendait compte qu'elle ne prenait pas correctement... Donc on en est venu à distribuer en même temps que les dextros, matin-midi et soir, surveiller la prise des traitements.

Interviewer : Ok et pour les patients, qui n'ont pas forcément d'autres comorbidité, pas forcément de diabète, que vous allez voir moins souvent qu'est-ce que vous faites dans ces cas-là ?

P6 : Déjà on lui dit de revoir avec le médecin, dès qu'il y a un souci. C'est la première chose à faire, faire le point avec le médecin et réévaluer la situation... rechercher le pourquoi il prend pas son traitement... est-ce que c'est parce qu'il est pas bien avec... c'est peut-être un traitement qui ne lui correspond pas... Après on a aussi beaucoup de soucis avec des gens qui sont hypertendus lors d'une hospitalisation, il y a instauration d'antihypertenseur... et en fait les gens dès qu'ils rentrent à la maison et qu'ils reprennent leur habitudes... bah les tensions chutes et après il faut réévaluer avec le médecin parce qu'on a des soucis à ce niveau-là quoi...

Interviewer : Ok... euh ensuite est-ce que tu penses si jamais on devait faire... tous un protocole... commun ou chacun aurait soit un rôle, ou chacun aurait les mêmes rôles comment tu verrais les choses : voilà on a repéré Monsieur Machin qui ne prend pas ses médicaments, qu'est-ce qu'on pourrait tous faire ensemble pour ce Monsieur ?

P6 : Déjà dans un premier temps avoir une communication avec le médecin pour discuter du problème

Interviewer : Comment ?

P6 : Bah... on s'appelle, on s'appelle facilement ici. Ouais déjà on s'appelle dès qu'il y a un souci, surtout qu'on a de bonnes relations avec la plupart des médecins, donc dès qu'il y a un souci on s'appelle. Ensuite ben... ouais si c'est des patients qui ont des problèmes de tension, forcément on va peut-être instaurer une surveillance TA quelques temps pour faire le point, puis réévaluer le traitement... après peut-être inciter... bah justement à faire ses prises tensionnelles, si ce n'est pas quelqu'un qui surveille, de repérer des moments dans la journée ou il n'est pas bien, qu'il ait le réflexe de contrôler sa tension...

Interviewer : Ok et euh... je peux te donner quelques petits exemples... Alexis qui suggérerait un arbre décisionnel, hum par exemple, le patient il prend pas ses traitements, il le voit à la pharmacie, il suggérerait que eux à la pharmacie prennent sa tension, le patient, il a 15-16 et pas catastrophique cliniquement, qu'il puisse faire une petite fiche sur lui (tel âge, tels antécédents, traitement pris et non pris et le pourquoi), du coup cette liste permettrait de faire des « cas patients » et qu'on puisse discuter ensemble. Comme on commence à connaître les patients de plus en plus tous, ainsi que leur entourage. Et donc essayer de voir éventuellement pour ce patient ce qu'on peut faire... par contre 19-20, il n'est pas bien, coup de fil au médecin et on lui donnerait un rendez-vous dans la journée. Qu'en penses-tu ?

P6 : Bah c'est bien... parce que ça dépend du degré de gravité... C'est vrai que quelqu'un qui a 15-16, c'est pas une urgence, il y a pas besoin d'avoir un rendez-vous non plus dans la journée, il peut voir si c'est quelque chose qui est ponctuel ou si c'est quelque chose qui se répète... donc déjà dans un premier temps, effectivement l'inciter à surveiller, et puis après euh... après

comment dire... refaire le point avec le médecin... Après c'est sûr que si c'est quelqu'un qui a 20 ne pas le laisser à 20...

Interviewer : Ok, euh Virginie, elle suggérait de prendre un petit groupe de patient et les inclure dans une formation, un peu comme l'ETP sur : pourquoi la TA c'est important, les risques, etc...

P6 : Après c'est vrai qu'ils ne sont peut-être pas forcément au courant des conséquences que ça peut avoir l'hypertension...

Interviewer : Oui beaucoup manquent de connaissance dessus, ils prennent plus ou moins parce qu'on leur a dit...

P6 : Ouais ils ne savent même pas la plupart qu'ils ont un antihypertenseur...

Interviewer : P2 aussi conseillera de discuter un peu sur l'éducation sur les mesures hygiéno-diététiques, et puis l'éducation sur le traitement en tant que tel, car souvent ils ne savent pas très bien

P6 : Bah après c'est aussi ce qu'on va faire dans l'ETP en cardio, le traitement... les conséquences...

Interviewer : Je n'ai pas vu cet ETP

P6 : On en a fait qu'un pour l'instant

Interviewer : Peu de monde je crois

P6 : Ouais c'était en hiver pendant le mauvais temps, il y a pleins de gens qui ne sont pas venus à cause de ça... Mais c'est vrai que... ce n'est pas que pour l'HTA... mais il y a déjà un ETP qui traite de ça.

Interviewer : J'ai essayé de travailler un petit peu et du coup j'ai essayé d'imaginer un protocole, le voici, peux-tu le critiquer ?

P6 : Ouais ok. Bah tu vois c'est un peu ce que je te disais « identifier les traitements non pris... laissés dans le pilulier » ...

Interviewer : Oui c'est ce que tu me disais

P6 : Tu vois on travaille bien. Après c'est vrai qu'il y a des gens qui ont la sale habitude, c'est d'avant de prendre le traitement, de voir les effets secondaires, et puis ils vont prendre 2 prises et ils vont dire « ah bah j'ai cet effet secondaire là, je le prends plus parce que je vais tout le temps être malade » Alors que souvent ce n'est pas en relation avec le traitement. Ouais c'est vrai que ça « l'apnée du sommeil » on en parle de plus en plus aux gens, dès que... ils sont à risque... qu'ils nous disent qu'ils dorment mal... qu'ils ronflent... on les incite aussi un peu à parler de ça... pour avoir un suivi à ce niveau là... J'en ai même vu un il n'y a pas longtemps avec un enfant...

Interviewer : ... qui ?

P6 : Logan P, il n'est pas suivi par vous je crois... Donc c'est vrai que... je ne pensais même pas que chez les enfants ça pouvait être possible. Tu vois « encourager la mise en place d'un pilulier », « apprentissage à l'automesure TA », « éducation thérapeutique » ouais c'est bien.

Interviewer : C'est plus ou moins ce que vous faites en fait

P6 : Ouais c'est juste que ce n'est pas noté dans un protocole. Alors c'est pareil, les gens ils prennent une tension, ils ont 17, au final ils viennent de passer l'aspirateur... ils prennent ça 3 minutes après... limite debout... je leur dis « une tension ça se prend calmement...il ne faut pas parler quand on prend la tension... il faut dix minutes de repos... » Après sinon il y a pleins de facteurs qui font qu'après la tension elle monte. Ouais je peux t'avouer que mon père il est hypertendu, et dès qu'il n'est pas bien, il prend sa tension mais c'est aussi quelqu'un d'hypertendu et donc bah ça fait crescendo ! Après je lui ai dit « arrête de prendre ta tension ça fait pire que mieux » et il s'est déjà retrouvé à l'hôpital comme ça... Bah pour moi c'est bien tout est dit... je veux dire... Après c'est vrai que... les gens qui ont des antihypertenseurs, ils ne savent pas forcément comment ça agit... et après c'est vrai que nous, il faudrait qu'on revoie nos cours aussi... « activité physique » oui c'est sûr... « réduire la charge pondérale, la consommation en sel » ... ouais non bah pour moi... l'essentiel est dit... parfait, parfait. Non je ne vois rien d'autre qu'on pourrait rajouter

Interviewer : Des choses que j'ai notées et qui te paraissent « trop théorique » ?

P6 : Effectivement les explications des mécanismes des médicaments... c'est peut-être un peu compliqué pour les gens... mais bon pour nous ça nous ferait du bien des rappels. Et puis des fois les patients ils ne font même pas attention de « quand » il prenne leur cachet et ils font un peu n'importe quoi. Dans le bilan sanguin qu'est-ce que tu contrôles ?

Interviewer : Les facteurs de risques cardiovasculaires et un éventuel syndrome métabolique, la fonction rénale, la protéinurie une fois par an.

P6 : Ok ouais d'accord... Après moi j'ai remarqué que j'ai des patients qui ont le tensiomètre poignet, et d'autres l'électronique brassard et on a des écarts entre les deux.

Interviewer : Le poignet est un peu moins fiable en soi mais encore faut-il bien positionner le brassard pour qu'il soit plus fiable. Et quand les patients ont des arythmies là les deux ne sont pas très fiables.

P6 : Après tu vois c'est pareil j'ai une patiente parkinson c'est très compliqué de lui prendre une tension... quand elle a beaucoup de tremblements je suis obligée de la prendre

Interviewer : Donc voilà, as-tu d'autres remarques ?

P6 : Non je pense qu'on a fait le tour, après on essaie d'être toujours vigilants et avoir une coordination dès qu'on voit qu'il y a quelque chose qui ne va pas.

Interviewer : Merci à toi

## Verbatim de l'entretien numéro 7

Date : 26 septembre 2019  
Durée : 38 mn 38 s. Lieu : salle de réunion

Interviewer : Est-ce que tu peux te présenter s'il te plait ?

P7 : Oui X, médecin généraliste à la MSP d'Anor, installé dans la MSP depuis 2 ans et demi.

Interviewer : Merci... Ok on va être sérieux... hum... Comment dans ta pratique habituellement, tu vas dépister une mauvaise observance chez un patient ?

P7 : Dans ma pratique habituellement, au cabinet... le premier signe flagrant c'est quand ils disent « ah ce n'est pas la peine de mettre cette boîte-là docteur j'en ai encore » ... il y a deux solutions ou c'est des boîtes 28 et des boîtes de 30 et qu'il s'est calé sur les boîtes de 28 donc celle de 30 a décalé et il en a trop ou alors il ne les a pas avalés et il reste des boîtes à la maison. Et à domicile... souvent euh... ça me prend l'envie de vérifier ce qui reste en boîte pour justement éviter les stocks et c'est vrai que de temps en temps ça me prend l'envie de demander « ah bah vous les rangez où ? » et on est agréablement, pas forcément agréablement en fait surpris de voir les stocks que certains peuvent avoir sur certains médicaments, donc ouais c'est un peu ma façon... Je vais être sincère... je ne cherche pas forcément plus... c'est-à-dire que ou ça me tombe devant ou je ne creuse pas toujours quoi...

Interviewer : D'accord... est ce que tu te poses la question quand tu ne retrouves pas d'équilibre tensionnel au cabinet ?

P7 : Alors si oui... quand ils sont déséquilibrés ou quand il y a une poussée de tension... forcément on pose la question : s'ils ont pris leur traitement... Mais jusqu'à maintenant... ça arrive que quand je renouvelle en effet ils viennent ça fait trois jours qu'ils ne le prennent plus... qu'ils viennent en retard sur leur traitement

Interviewer : C'est vrai...

P7 : Maintenant ça, ça arrive souvent... mais de là à dire qu'ils sont inobservants, ils viennent avec 3 jours en retard parce qu'ils n'en ont plus... mais ils ne sont pas non plus 3 mois en retard... donc euh... je pense qu'ils n'ont juste pas pris le temps d'anticiper la fin du traitement et donc ils se retrouvent inobservants pour 3 jours, je ne pense pas que ça remette en cause pour autant l'observance des 3 derniers mois. Disons que ça souligne peut-être en effet de la part du patient que ce n'est pas sa priorité qu'il ne va pas forcément caler sa vie dessus... ce qui n'est pas non plus une mauvaise chose pour sa qualité de vie... c'est vrai que oui en effet...

Interviewer : D'accord... bon je me concentre, j'arrête de te regarder parce que tu vas me faire rire... ça me paraît bizarre de t'interroger... BREF ! Qu'est-ce que tu fais par exemple quand... le patient te dit qu'il a déjà trop de boîtes ou que tu repères qu'il reste trop de boîtes à la maison ?

P7 : Bah ça dépend après du terrain... de la personne... Si c'est une personne âgée à domicile, j'essaie de voir qui gère le traitement : si c'est la personne elle-même, s'il y a un aidant, si c'est le conjoint, si c'est un infirmier... La plupart du temps quand c'est un infirmier on n'a pas forcément de soucis... l'intérêt étant de voir si c'est le patient qui se trompe ou qu'il oublie. Si

c'est lui qui les prépare en effet je lui pose la question « bah comment ça se fait qu'il en reste ? » parce que finalement c'est pas normal et souvent ils finissent par avouer que « oui il l'oublie » ou qu'il le supporte pas forcément et donc c'est pour ça qu'il veulent pas le prendre et donc on aborde finalement un aspect différent du traitement... euh... Après si c'est le conjoint c'est vrai que... ou si c'est le patient... on peut se poser aussi la question de mettre en place... des aides... la plupart sont des traitements pour être sûr qu'il soit observant... ce qui est pas forcément bien pris d'emblée. Maintenant si j'arrive à domicile et qu'en effet j'ai un traitement antihypertenseur avec 3 boîtes d'avance... il faut creuser quoi... Parce que ou il ne le prend pas ou il l'oublie ou il se passe quelque chose. C'est vrai que chez la personne âgée j'aurais tendance facilement à proposer l'intervention extérieure pour préparer le traitement oui... ou un pilulier... ou...

Interviewer : D'accord. Hum autre situation par exemple, si tu vois qu'il y a une absence de contrôle tensionnel sur de multiples consultations : qu'est-ce que tu proposes ? Qu'est-ce que tu fais ?

P7 : Bah alors moi souvent je propose une automesure sur 3 jours pour déjà confirmer leur moyenne à domicile, pour voir si ce n'est pas un effet blouse blanche en tout cas en consultation. En les informant qu'évidemment je risque de devoir majorer le traitement s'il y a de la tension, toujours en leur demandant s'ils le prennent bien mais bon... ils sont tous exemplaires nos patients, et à chaque fois ils disent toujours que oui... Donc c'est vrai que c'est rare... enfin je n'ai jamais eu sur une tension et même sur une tension déséquilibrée sur plusieurs consultations, j'ai rarement eu les patients en fait qui m'avouent qu'en fait ils ne le prennent pas. Donc je demande une automesure et puis je les revois en fonction de l'automesure et ou j'augmente ou ... Après c'est vrai que l'observance s'ils ne nous l'avouent pas et qu'on ne confirme pas... enfin c'est un peu compliqué de l'affirmer qu'ils sont inobservants... en tout cas j'essaie déjà de confirmer cette HTA.

Interviewer : Ok. Donc euh... du coup tu vas essayer de mobiliser soit des aides extérieures par les IDE pour le contrôle des traitements, soit la famille...

P7 : Bah à domicile c'est facile parce qu'on voit que... à la famille... c'est plus... enfin à domicile c'est plus facile parce qu'on peut voir, si les boîtes elles restent... en fait... il y a un... il y a un problème... enfin l'observance on est quasi certain qu'il y a un problème. Hum... au cabinet c'est beaucoup plus compliqué de pouvoir le confirmer... C'est vrai que je n'aborde pas forcément les choses du tout de la même manière.

Interviewer : C'est différent de t'interroger parce que du coup je me pose la question sur ce que moi ce que je fais...

P7 : Bah faut pas (rires)

Interviewer : (Rires)

P7 : Après c'est vrai que l'observance... Enfin c'est peut-être un tort de ma part... je ne suis pas un bon exemple, je ne suis pas un bon médecin je pense... Mais je ne suis pas à l'affût de la recherche de la mauvaise observance... Après je pars aussi du principe... comme un ancien de mes maîtres de stage m'a appris... c'est que... le patient est responsable de sa santé et qu'il faut surtout l'en laisser responsable... parce que à force de l'infantiliser, il attend que ce soit nous qui réagissions... Donc il y a un moment... enfin en effet... je pense en demandant l'automesure, en expliquant qu'on risque de devoir arriver sur une escalade thérapeutique... s'il y a une mauvaise observance, souvent ils... je me dis ils vont se reprendre, ils préféreront se

reprendre en main plutôt qu'on parte sur une escalade de traitements.

Interviewer : D'accord.

P7 : Après à domicile, c'est vrai que ce n'est pas pareil quoi... c'est vrai que si on arrive chez la personne... le petit papy avec quelques troubles cognitifs où les boîtes elles stagnent... Bon il y a certes un problème d'observance qui est quasi certain vu que les boîtes elles sont là... mais il y a surtout d'autres problèmes derrière... C'est que ce n'est peut-être pas forcément volontaire de sa part... c'est certainement que le contexte fait, qu'il faut qu'on arrive à faire quelque chose... Ce qui n'est pas la même chose que le patient qui... Maintenant ceux qui viennent avec 3 jours de retard à chaque fois... il y a une observance sûre... maintenant euh... il y en a quelques-uns qui arrivent parfois avec un mois de retard, voir quelques mois de retard... Ceux-là ils sont complètement inobservants mais de toute façon on le voit parce que c'est des tensions qui sont complètement déséquilibrées où là on part plus sur informer des risques de l'HTA, les risques qu'elle soit déséquilibrée, l'intérêt, l'avantage et le bénéfice qu'apportent finalement ce traitement...

Interviewer : D'accord... Du coup dans l'information des risques, dans l'éducation thérapeutique, c'est ce que j'interprète est ce que, si on devait avoir un discours commun entre tous les professionnels de santé... qu'est-ce que tu mettrais dans le contenu de l'éducation thérapeutique ?

P7 : Pour informer des risques ?

Interviewer : Ben pas forcément... les risques... les traitements... les règles hygiéno-diététiques... éventuellement...

P7 : Ouais... c'est vrai que ça je n'en ai pas parlé (rires)

Interviewer : (Rires)

P7 : Alors que je leur demande à chaque fois... s'ils ne mangent pas trop salés... et tout ça... mais je n'en ai pas parlé (rires). Hum si je leur pose la question mais euh...

Interviewer : (Rires)

P7 : Alors après si je devais faire l'éducation thérapeutique, en effet il y aurait un relais sur la diététique, l'activité physique... S'ils marchent régulièrement... en plus c'est vrai que j'en parle... s'ils ne mangent pas trop salé, s'il rajoute du sel... souvent ils disent non et puis madame elle dit « oui oui il en met tout le temps » Après j'ai dans le bilan standard mes fameux CDT que je mets dans le bilan systématique de l'hypertendu en tout cas dans les découvertes, dans les déséquilibres parce que l'alcool est une des premières causes et certainement LA première cause de l'HTA dans nos pays développés apparemment... Avant toute chose... Donc euh... ça me permet de les sensibiliser avec une prise de sang avec un marqueur... parce que sinon il y a toujours un déni sur le sujet... Et après informer des risques... c'est ce que je leur dis souvent facilement... C'est qu'on a révolutionné... la première révolution dans la médecine actuelle c'était la prise en charge de l'HTA, on a effondré le nombre d'AVC, le nombre de complications cardiovasculaires... juste en prenant en charge l'HTA... La plus grande révolution entre l'ancienne médecine et la médecine actuelle est qu'on la dépiste et qu'on la traite... Après c'est vrai qu'en leur disant comme ça... est ce que ça les... En consultation ils me disent oui après c'est toujours le problème... il faut les revoir quelques mois après...

Interviewer : D'accord. Hum... maintenant surtout plus sur la deuxième partie de ma question,

ça va être plus... Voilà on repère par exemple que Monsieur Machin, plutôt quelqu'un de jeune qui vient au cabinet, on a repéré qu'il venait tous les 3 mois, mais pas très assidu plutôt tous les 4-5 mois, ou il nous dit que certaines boîtes « non non mais ce médicament il m'en reste encore ». Est-ce que si on devait avoir une conduite à tenir commune, ou chacun aurait un rôle ou encore plus ou moins les mêmes rôles... qu'est-ce que toi tu imaginerais ? Pour essayer qu'au bout d'un an ou 6 mois... ce patient-là serait mieux ?

P7 : Déjà l'idée ça serait qu'on ait tous le même discours... Donc c'est vrai que finalement, qu'il y ait un protocole pour pouvoir le mettre en place ... donc finalement devant un déséquilibre de tension chez un sujet jeune... Se pose toujours la question de l'HTA secondaire aussi ? Qu'on en profite pour refaire un bilan... que l'IDE soit informée finalement de ce bilan pour déséquilibre de TA et inobservance, c'est là où il faudrait formaliser toute cette information au sein de l'équipe, qui pourrait elle aussi tenir le même discours, c'est vrai que le même discours tenu par plusieurs professionnels... Derrière le pharmacien en délivrant le traitement permettrait peut-être en effet au patient de... d'accepter en tout cas le message... euh... Après comment faire... C'est une bonne question... tu peux redire la question je n'ai pas compris ? (Rires)

Interviewer : (Rires) Bah si en fait t'as compris... Donc tu réponds déjà dans un premier temps discours commun

P7 : Oui donc l'idée ça serait d'avoir un signal d'alerte, pour qu'on puisse inclure le patient dans une prise en charge pluridisciplinaire et que chaque professionnel qui intervient autour de ce patient puisse être sensibilisé au fait qu'il y ait un problème d'inobservance et qu'on ait tous le même discours... Après reste à formaliser en effet, comment signaler à toute l'équipe, et quel discours et comment le dire simplement de la même manière...

Interviewer : D'accord, alors ça va être un peu plus bizarre, parce que du coup j'ai eu pleins d'idées des autres avant... à la rigueur je vais pouvoir te soumettre les idées des autres d'avant...

P7 : Ah il faut que j'aie des idées...

Interviewer : Non non justement tu vas pouvoir me donner ton avis... parce que en fait j'avais fait ce protocole là il y a longtemps, et après j'ai eu beaucoup de commentaires et d'idées de chacun des autres professionnels... et du coup... euh... bah je vais te laisser le... le lire et le critiquer... je te laisse que la partie médecin... enfin arrête toi à la partie médecin... Ça commence là et ça va jusque là

P7 : (Rires)

Interviewer : (Rires)

P7 : J'ai droit à la plus grande... cool...

Interviewer : Arrête de râler alors que t'as même pas vu celle des autres ! Et en plus il y a beaucoup de similitudes et des lignes communes tous ! Parce que j'ai essayé de réfléchir un petit peu avant

P7 : Après c'est le problème... je ne suis peut-être pas forcément un médecin très... hum... je ne sais pas comment me qualifier c'est toujours le problème... je suis assez directif et peut être un peu trop... (rires)

Interviewer : (Rires)

P7 : Non mais j'en suis conscient et c'est comme ça... ça me fait penser à une patiente que j'ai vu, qui appelait parce qu'elle avait mal à la tête, qu'elle se sentait pas bien, qu'elle avait des bouffées de chaleur et finalement je reprends son dossier, je regarde... elle était sous APROVEL et ça faisait 9 mois, qu'on l'avait pas vue... et qu'elle me disait qu'elle en avait encore... ce à quoi je lui ai demandé de sortir les boîtes, elle était incapable de mettre la main dessus... j'étais à domicile... et c'est vrai que c'est peut-être mon travers, c'est que je me suis énervé, je lui ai clairement dit, que pour ça c'est pas la peine de m'appeler... parce que si elle prend pas son traitement et qu'elle a tous les signes d'une HTA, c'est peut-être en effet que le problème c'est elle et pas moi... et c'est pas moi qu'il faut appeler mais plutôt elle... et qu'il faut peut-être qu'elle se fasse réagir... Enfin bref je suis peut-être très directif... néanmoins depuis elle m'appelle tous les 3 mois, et en tout cas elle est régulière... maintenant est ce qu'elle le prend... elle a une tension plus équilibrée et elle n'a plus de symptômes donc je pense que oui... Mais c'est vrai que j'ai été peut-être un peu directif...

Interviewer : (Rires)

P7 : Je relis... Ah ouais « l'apnée du sommeil » ... Bah c'est bien hein ?

...

« un ou deux verres chez la femme », « par jour »...

Interviewer : (Rires) pas de commentaire...

P7 : (Rires) on ne le remettra pas ça hein ?

...

P7 : Ok bah c'est pas mal du tout hein... C'est pas mal du tout... maintenant c'est la partie médecin... c'est à nous de faire ça... ? « L'éducation thérapeutique » ça me fait penser qu'on en fait déjà... on a un programme à faire, un programme sur les facteurs de risques cardiovasculaires, en effet on reprend pas mal de notions... Maintenant quand je lis là, toute la partie sur les traitements pharmacologiques, de faire attention en cas de déshydratation sur les diurétiques, etc... c'est vrai que ça se poserait peut-être la question de faire une petite fiche simple et ludique quand on instaure un traitement ou en tout cas quand on renouvelle, de pouvoir lui donner... en effet... pour qu'il... en tout cas pour le sensibiliser... parce que c'est pas forcément des choses qu'on prend le temps d'expliquer... nous médecins... maintenant ça pourrait être une fiche aussi qui pourrait être remise par le pharmacien, pas forcément nous... et que le pharmacien l'amène vers nous s'il veut plus d'explications pour comprendre un peu mieux... « RHD » en effet ça c'est tout le programme de l'éducation thérapeutique... après on voit si... l'IDE comme on l'avait dit éventuellement le pilulier... et tout le bilan...

Interviewer : Ouais en fait... moi en fait du coup maintenant... enfin c'est vrai que je l'avais fait il y a un petit moment... et maintenant je trouve qu'il y a pas mal d'autres idées entre deux... En fait comme ça après avoir discuté avec les autres... parce que j'en arrive à la fin des entretiens, il va falloir que je commence à en refaire un autre correcte...

P7 : Après moi la première chose... après au risque de prêcher pour ma paroisse... Mais c'est qu'il y a une grosse partie pour le médecin... et que l'intérêt c'est de pouvoir déléguer...

Interviewer : Pour défendre un peu les autres... C'est aussi ce que regarde le pharmacien par exemple... Regarde là ça commence là mais après il a tout ça aussi... et après il y a plein de choses c'est le même en fait

P7 : Ouais c'est ça oui...

Interviewer : Après les IDE elles ont peut-être un peu moins de trucs... et encore... les infirmières, en fait il y a plein de truc que je pense elles peuvent faire aussi... Du coup en fait par exemple pour commencer par ce que m'a dit Alexis. Lui ce qu'il aimerait, c'est qu'on lui fasse un arbre décisionnel, c'est-à-dire qu'eux souvent ils sont embêtés, ils vont avoir des patients qui vont se plaindre de symptômes et c'est à ce moment en général qu'ils font des prises de tensions, et souvent ils ne savent pas quoi faire après... ils vont avoir un 18, ils vont stresser et ils nous appellent et après ils ont juste 15 et savent pas trop quoi faire. Donc Alexis il envisageait qu'on fasse un arbre simple : « patient symptomatique, TA 18 ou voilà... » Et que ce soit appel téléphonique à toi ou moi, euh que si la tension elle est un peu élevée mais le patient n'est pas symptomatique, 15-16, pas de symptômes et problème d'observance. Lui ce qu'il aimerait c'est avoir une fiche à remplir avec « traitement sensé prendre, traitement non pris et pourquoi : manque d'éducation ou effets indésirables potentiels ou isolement ou je ne sais pas... » et que du coup ce soit répertorié et qu'on puisse en parler tranquillement à une réunion... avec des super cas-patients en plus... donc par exemple c'est l'idée d'Alexis

P7 : L'idée en effet de cibler un patient pour pouvoir en rediscuter en équipe ça me paraît pas une super idée, faire remplir une fiche par le patient...

Interviewer : ... non pas le patient, mais le pharmacien

P7 : Ah oui parce que le patient inobservant...

Interviewer : Non que le pharmacien, puisse remplir une fiche, que la fiche puisse être rempli par l'IDE s'il tombe sur une situation identique... et que ça puisse être discuté en équipe parce que finalement il y a... moi je pense qu'il y a ... donc déjà... il y a probablement donc une petite fiche comme tu dis à remettre au patient... euh le fait...

P7 : ... ouais c'est vrai mais c'est vrai que l'intérêt de la fiche... c'est qu'on comprenne pourquoi on le prend... après on le prend plus facilement... si le principe de finalement de l'éducation qui se développe beaucoup dans le diabète... ils ne sont pas malades on leur demande de prendre un traitement... donc là l'hypertendu, surtout chez le sujet jeune, c'est un peu le principe, il ne se sent pas forcément malade ou il s'est senti... il va mieux... il va plus être observant parce qu'il va mieux...

Interviewer : Donc si jamais c'est à cause d'un effet secondaire potentiel, qu'on puisse essayer de discuter de changer ce traitement pour un autre. Ou alors s'il y a aussi un problème de... on va dire sérieux et d'assiduité dans son suivi : qu'on puisse mettre l'entourage sur le coup. C'est Clément qui a souligné que souvent les épouses étaient plus impliquées, ou encore la mise en place du pilulier si c'est une personne âgée. Qu'on puisse avoir des solutions à apporter. Après ça c'est pas les membres de l'équipe mais Laurent, qui me suggérait, qui me disait que... qu'on pouvait également proposer à ce genre de personne, une espèce de sensibilisation avec des prêt d'appareil à TA (comme on le fait déjà plus ou moins), mais qu'on puisse en acheter plus avec l'argent de la SISA. Et éventuellement envisager d'inclure certains patients, qu'on aurait repéré, qu'on en achète, je ne sais pas 5-6 appareils tensionnels, et que du coup... Parce que je lui parlais également du problème des infirmières, car ces actes ne sont pas forcément cotés par la sécu. Que si le patient ne sait pas forcément prendre sa tension et que ce soit les IDE qui le fasse... Après les IDE m'ont contre dit sur ce point, ils peuvent le coter sur 2 semaines. Et là Laurent Verniest me disait que si... que lui il proposait, une potentielle idée pour les infirmiers, pour motiver les IDE éventuellement à travailler à notre place justement : surveiller, faire les fiches... Que si ce n'était pas vraiment coté par la sécu, que ça puisse être indemnisé

P7 : Oui en prise en charge par la SISA. Après oui l'idée ce serait éventuellement de refaire une consultation de contrôle... Après c'est vrai on est embêté, surtout ici qu'on manque de médecin... c'est que quand on instaure un traitement ou qu'on rééquilibre un traitement et qu'en effet on doute s'il est observant... le revoir est lourd pour tout le monde ici. Le revoir à 15 jours est compliqué, le revoir à 1 mois, c'est ce que je fais mais c'est vrai que... même les gens qui ont l'habitude d'avoir leur renouvellement à 3 mois, ils ne comprennent pas quand je leur mets 1 mois. J'ai encore eu un appel ce matin, qu'il demande à la secrétaire que je refasse l'ordonnance « parce que je me suis trompé » et non je ne me suis pas trompé : j'ai changé son traitement, il était hypertendu, déséquilibré, il disait bien le prendre. Alors ça pourrait être d'emblée proposer une consultation de suivi avec une IDE, qui prendra elle peut être moins le temps médical de voir les contre-indications éventuelles, les interactions, et puis le temps d'éduquer sur les règles hygiéno-diététiques, sur justement les moyens d'être observant. Après c'est la technique des jeunes maintenant, c'est que quand on prend un traitement et qu'on ne sait pas être observant, je suis le premier à ne pas être observant dès que je dois prendre un traitement : je mets une alarme sinon je ne sais pas... dès que ça va mieux j'oublie... donc j'imagine que surtout chez le sujet jeune ce n'est pas forcément inné et réflexe... Maintenant l'idée de l'alarme, c'est des petites idées que peut être l'IDE amènerait plus facilement

Interviewer : Ben c'est surtout que ça nous ferait gagner du temps.

P7 : Bah l'intérêt je pense dans cette situation c'est qu'en effet, il ne faut pas mettre tous les torts au patient, quand il y a une petite brèche il s'engouffre dedans, et que... parce qu'on les laisse peut-être un peu plus... libre... parce qu'on est moins dispo, bah ils en profitent pour se laisser tranquille et euh... l'idée ouais je pense que ... une petite consultation de suivi par l'IDE serait pas mal comme idée...

Interviewer : Du coup qu'est-ce que tu penses de ces propositions ?

P7 : Bah qu'on disait donc l'idée de consultation de contrôle par l'IDE pour appuyer un peu plus le côté de l'éducation thérapeutique. Reste le problème, quid de la prise en charge, parce que l'IDE ne va peut-être pas faire ça bénévolement... En effet je pense à mon avis que la meilleure alerte de l'observance c'est le pharmacien, qui est peut-être le plus au-devant et c'est peut être chez lui qu'il y aura le plus de signes pour alerter, nous à domicile, je pense que là pour le coup à domicile c'est surtout nous... Hum et c'est vrai que derrière nous à domicile on voit aussi pour le passage d'une IDE et puis pour une consultation de suivi de tension ou peut-être pour le pilulier. Et pour les patients valides, une consultation de suivi ne me paraît pas une mauvaise idée du tout, qui permettrait d'aborder un peu les différents aspects : règles hygiéno-diététiques, rappeler l'importance de l'observance, les risques de l'HTA non traitée et puis euh... et puis voilà... et un retour de l'IDE dans le dossier partagé. Surtout si jamais le patient révèle finalement des intolérances, des symptômes qu'il n'aurait peut-être pas osé nous dire...

Interviewer : Oui ou même... moi je m'étais dit aussi que on n'a pas encore de dossier partagé mais au moins le fait que... qu'il y ait par exemple... il y a une fiche au début, on l'a repéré, on fait une fiche : tel âge, tel ATCD, il prend tels traitements et parmi ces traitements il ne prend pas ça parce que « il en a trop d'autres » « parce qu'il y a des effets indésirables »

P7 : Ouais c'est vrai qu'avec le dossier partagé, la fiche on l'a facilement, on a juste à imprimer la synthèse... et on a juste à cibler le problème...

Interviewer : Et puis euh... après du coup qu'il en discute... et après on en discute tous ensemble, parce que les IDE savent aussi comment ça se passe à la maison. Chacun a des infos complémentaires. Et puis qu'on puisse décider ; soit on lui met le pilulier, soit on change

ce traitement là parce que ça ne va pas. Finalement il y a pleins trucs que nous... bah finalement... à part changer le traitement car ils ne peuvent pas faire la prescription... mais pour ce qui est de l'éducation ils peuvent le faire, ils peuvent prendre des TA : ils savent le faire tout autant que nous

P7 : Je suis d'accord avec toi, en fonction du problème après on peut cibler finalement dans l'ETP, il y a pleins d'abord possibles : entre les règles hygiéno-diététiques, l'observance, le mécanisme d'action des médicaments, finalement de cibler un peu. Parce qu'entre un patient qui ne le prend pas parce qu'il n'a pas compris le pourquoi on lui a mis parce et qu'il n'en voit pas l'intérêt parce qu'il ne se sent pas malade. Et le patient qui en effet, bah finalement le prend mais à côté fait n'importe quoi niveau règles hygiéno-diététiques : on ne va pas forcément avoir le même abord... Donc c'est vrai que ça permettrait peut-être en effet de cibler dans l'ETP les grands axes et euh que l'IDE réévalue la tension et derrière cible, s'il y a un intérêt ou pas de faire une prise en charge d'éducation. Et ça c'est vrai que les IDE... si c'est pris en charge, à mon avis ils pourraient jouer le jeu.

Interviewer : Moi je pense que... moi je me dis que si on achète quelques appareils de TA, déjà on peut en prêter à certains qui peuvent le faire parce qu'ils ne sont pas tous capables de le faire. Et puis éventuellement, prévoir par exemple, après un mois de traitement, une nouvelle consultation ici avec l'IDE ou au domicile s'ils ne savent pas se déplacer et puis après faire. Parce qu'en fait un protocole il faut le réévaluer, donc après il faut dire à quel moment il faut le réévaluer : à 1 mois, 3 mois. Quitte à faire un point à une réunion d'équipe et dire « celui-là je l'ai revu à 1 mois, il a telle ou telle TA, le traitement ça va ou le traitement ça ne va pas, qu'est-ce qu'on fait d'autre ? » Voilà parce que quand j'interrogeais les chers membres de l'équipe... il y a beaucoup de réponses à « qu'est-ce que tu fais ? » « J'appelle le docteur »

P7 : Après c'est normal, après enfin... c'est vrai que s'ils rapportent... des signes d'intolérance aux médicaments, il est évident, qu'ils vont nous le retourner. Maintenant en effet il y a un signe d'intolérance grave et pas grave. Maintenant si ce sont des signes qui sont peu graves et à priori... euh... ils peuvent insister pour qu'ils le reprennent sachant qu'ils vont nous en informer et qu'on va en rediscuter. Maintenant si c'est des signes beaucoup plus embêtants, en effet ils vont nous solliciter pour qu'on revoie le patient, mais... ça voudrait dire que le patient n'a pas osé nous le dire, qu'il est resté inobservant parce qu'il n'a pas osé nous dire qu'il ne le supporte pas, ce qui... ne je pense pas ... que ce sera quand même la grande majeure partie des cas.

Interviewer : Il y en a quelques-uns a priori d'après les IDE tu sais...

P7 : Oui c'est possible, après il faut savoir que les patients ils ont peur d'être des mauvais élèves donc euh... de toute façon, ils sont stressés juste parce qu'ils ont peur qu'on voit que c'est un mauvais élève et ils font tout pour être des bons élèves. Maintenant c'est là aussi l'intérêt, c'est de les responsabiliser. C'est qu'on ne cherche pas à avoir des mauvais ou des bons élèves hein, c'est leur santé ce n'est pas la nôtre, c'est ce que je leur dis toujours... Maintenant s'ils le font c'est pour eux pas pour moi...

Interviewer : Ok merci Christophe

P7 : (Rires)

Interviewer : (Rires)

Interviewer : Est-ce que tu aurais d'autres commentaires, suggestions, idées ?

P7 : Donc oui l'idée en effet, ce serait peut-être un dépistage de l'observance... de la mauvaise

observance finalement par, bah par tous les professionnels, où je ne serais pas quand même étonné qu'en première ligne ce soit le pharmacien. Derrière euh... l'observance ayant été ciblée, on inclut le patient dans un protocole, alors en effet avec peut-être un algorithme en fonction de la tension... comme le pharmacien proposait de reprendre la tension et en fonction du problème, bah nous en effet, si la tension est fort déséquilibrée, il nous appelle et sollicite pour une consultation rapide. Si elle l'est pas forcément : ou une réévaluation d'emblée par l'IDE si c'est pas non plus un gros déséquilibre mais en tout cas qu'il ait une observance asymptomatique, ou peu déséquilibrée ou en tout cas... pas une grosse TA à ce moment-là... euh et après euh... je pense qu'après l'intérêt pour moi en effet ce serait de ... comme l'ETP dans le diabète, c'est de prendre le temps, chose qu'on fait pas nous médecin en consultation ... et qu'ils auraient beau revenir pour un problème d'observance, je doute qu'on prenne le temps d'aborder tous ces aspect d'éducation thérapeutique, que ce soit les règles hygiéno-diététiques, l'intérêt, le mécanisme d'action... Enfin on va... on ne va pas savoir aborder tout ça... surtout que... faut pas se leurrer... s'ils vont revenir pour peu qu'ils soient enrhumés ou que le gamin il va être malade et ils vont nous le ramener avec et que on va se faire coincer parce que ça va être la consultation à rallonge, on n'y arrivera pas... Et c'est vrai que pour cette partie-là, faudrait voir pour impliquer l'équipe. Avec en effet, l'impliquer tout en les mettant en sécurité avec une solution euh... de nous avoir quoi... et qu'ils ne se trouvent pas face... à devoir prendre la responsabilité... que les choses soient assez protocolisées... on peut aussi faire finalement dans l'HTA : les signes d'alertes sont assez classiques. D'ailleurs sur le logiciel, j'ai un formulaire type avec finalement les signes... c'est-à-dire que ... finalement une fois qu'on aura le dossier partagé, leur évaluation elle sera presque mâchée avec le logiciel, parce qu'ils auraient juste à le remplir et que s'il y a pas mal de signes... de toute façon, la question ne se pose pas, ils sont symptomatiques il faut qu'on le revoit. Maintenant s'ils ne les ont pas ou si les signes décrits sont... à priori non pas des signes d'HTA et ne sont pas des signes d'allergies... jusqu'à preuve du contraire on a le temps de réagir... Et donc vraiment les rassurer avec ce protocole, ou finalement ils ne vont pas avoir l'impression d'être euh... parce que c'est le problème des IDE... ils veulent pas de responsabilité... je pense... c'est mon point de vue... mais euh... que ils seront partant pour faire ça mais il faut surtout pas qu'ils soient responsables d'une attitude... d'où l'intérêt du protocole...

Interviewer : D'accord,

P7 : Et avec une fiche éventuellement remise au patient... après c'est une idée mais entre les règles hygiéno-diététiques, les mécanismes d'actions les complications éventuelles de l'HTA. On peut déjà faire 3 petits schémas types sans faire peur et sans être compliqué. Que l'infirmier puisse aussi inviter à rediscuter avec son médecin à la prochaine consultation. Parce que les patients ils aiment bien avoir un petit support dans ce genre de chose... c'est important.

Interviewer : D'accord

P7 : Voilà voilà... C'est une super idée en fait...

Interviewer : (Rires) j'aime bien le « en fait », il est temps de couper l'enregistrement...

P7 : Mais non mais c'est vrai que dans le principe de la maison de santé , on a également la secrétaire qui est plus assistante médicale que secrétaire , et c'est vrai j'attends les travaux pour pouvoir l'isoler au niveau de l'accueil, parce qu'elle a aucune confidentialité mais moi à terme j'aimerais qu'elle fasse une préconsultation avec une prise de tension, parce que c'est idiot mais si on a une prise de TA, le logiciel va nous faire un graphique de tension : ça va être visuel, on va voir déjà s'ils sont observants ou pas trop observant, il y aura peut-être moins d'effet blouse blanche avec Nathalie qu'avec nous. Bizarrement... parce qu'ils ne se sentiront

pas « jugés » ou « évalués », « bon ou mauvais élève » et elle peut être aussi un des maillons d'observance, parce qu'elle on peut... en effet... mais c'est vrai que je lui en demande déjà beaucoup mais... je ne vais pas non plus trop faire... mais peut être en effet d'alerter s'il est en retard sur son renouvellement ou pas. Là ou en effet si on a beaucoup de monde, on ne va pas forcément le chercher quoi...

Interviewer : Moi je suis la première à ne pas le faire parfois...

P7 : Bah moi je regarde le dernier mais je ne regarde pas globalement...

Interviewer : Mais des fois même je le vois et parfois je me dis « bon bah » ...

P7 : 4-5 mois je le vois... après s'il y a une semaine de décalage je suis incapable de le voir quoi

P7 : Mais c'est qu'il faudrait peut-être intégrer la préconsultation... après si ce n'est pas l'infirmier... l'assistant médical peut aussi faire l'éducation thérapeutique etc... mais c'est vrai que je peux difficilement tout lui demander non plus... l'intérêt c'est d'impliquer l'équipe. Après le but c'est en effet de décharger le médecin, et qu'on puisse finalement nous garder l'acte intellectuel médical qui est : interactions, contre-indications, effets secondaires et indications. Maintenant le reste n'est pas proprement médical

Interviewer : Après pour tout ce qui est interactions, effets indésirables potentiels, le pharmacien peut donner son avis

P7 : Oui bien sur...

Interviewer : ... après on fait une réunion d'équipe

P7 : Non mais bien sûr mais je veux dire, c'est nous... si on instaure le traitement, on va faire attention à peut-être en effet à poser la bonne classe dans la bonne circonstance, on essaie tous de faire « cet art de la médecine » même si on ne le fait pas de la même manière et pas forcément bien... Donc ça reste artistique (rires) mais c'est important... et dans l'intérêt du patient évidemment... euh mais euh... Même si le pharmacien oui peut solliciter mais finalement nous quand on va instaurer ou quand on va renouveler on va essayer de faire attention... Maintenant c'est vrai qu'il faut qu'on fasse attention à l'observance, l'éducation, les règles hygiéno-diététiques, à s'assurer qu'il ait bien compris l'intérêt du pourquoi il a pris le médicament... on ne va pas en sortir, c'est des consultations de ¾ heure pour juste un antihypertenseur... alors si on rajoute qu'il est diabétique... qu'il a un cancer de la prostate et que... on s'en sort plus... enfin je... on fait deux consultations par matinée quoi... Donc l'intérêt en effet c'est de cibler... et euh... l'assistant médical à l'accueil qui peut également... déjà lever un peu cette part de blouse blanche et euh... ce qu'il fait déjà là actuellement qui est d'expliquer les automesures de TA... moi je les fais pas revenir systématiquement au bout d'un mois... parfois je leur demande de faire une automesure, si elle est correcte on en reste là quoi...

Interviewer : Moi aussi

P7 : Maintenant cette automesure elle peut être intéressante... et il aurait peut-être été en effet plus intéressant qu'elle soit revue avec un IDE qui va peut-être refaire le point sur les règles hygiéno-diététiques, etc...

Bon on est sur la même longueur d'onde alors, si les IDE sont motivés bah c'est une bonne chose. Maintenant en effet il y a le problème du financement qui est tout à fait licite je pense de leur part... c'est que... On pourrait faire ça...

Interviewer : Oui parce que à partir du moment où on a un acte avec une fiche remplie, ça peut être valable pour être indemnisé

P7 : Et ça va peut-être aussi... enfin ça peut les revaloriser dans leur exercice... c'est-à-dire que l'éducation ce n'est pas forcément nous... parce qu'on n'est pas bon... faut être honnête les médecins ne sont pas bons...

Interviewer : Ben je ne sais pas si on est bon ou pas mais en tout cas c'est surtout qu'on manque de temps pour être bon...

P7 : Non mais quand je dis qu'on n'est pas bon ce n'est pas parce qu'on est mauvais (rires)

Interviewer : (Rires)

P7 : J'y mets une nuance, on n'est pas bon parce qu'on n'a pas le temps de le faire et qu'en équipe on le ferait mieux...

Interviewer : Hum je pense que je peux arrêter là

P7 : VIVE LA MAISON DE SANTE !

**AUTEUR : Nom : CHEVALDIN**

**Prénom :Laetitia**

**Date de soutenance : 26/06/20**

**Titre de la thèse : Description de l'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel visant à améliorer l'observance thérapeutique des patients hypertendus au sein de la maison de santé d'Anor.**

**Thèse - Médecine - Lille 2020**

**Cadre de classement :** *médecine générale*

**DES + spécialité :** *médecine générale*

**Mots-clés :** hypertension artérielle, observance thérapeutique, maison de santé pluriprofessionnelle, protocole pluriprofessionnel, Anor, règles hygiéno-diététiques, éducation thérapeutique, auto-mesure tensionnelle, équipe de soins primaires

**Résumé : Introduction :** L'HTA est le principal facteur de risque cardiovasculaire, avec 15 millions d'hypertendus en France. L'observance thérapeutique est essentielle au contrôle de l'HTA et la prévention cardio-vasculaire. La prise en charge globale du patient (éducation thérapeutique, personnalisation des soins) permet d'optimiser l'observance thérapeutique. Dans l'Avesnois, la démographie médicale préoccupante nuit à la prise en charge globale des patients par le biais d'un temps médical réduit. Le protocole pluriprofessionnel permet la coordination des membres d'une équipe autour d'une prise en charge optimisée pour le patient. L'objectif de cette étude est de créer un protocole pluriprofessionnel dédié à l'amélioration de l'observance thérapeutique des patients hypertendus consultants à la maison de santé d'Anor. **Méthode :** Étude qualitative, menée par le biais d'entretiens semi-dirigés. L'analyse de cette étude a été réalisée d'après le modèle de la « recherche-action ». La population incluse dans les entretiens était les pharmaciens, les infirmiers et le médecin liés à la maison de santé pluriprofessionnelle d'Anor. **Résultats :** Cette étude a permis de créer un protocole pluriprofessionnel ayant pour objectif d'améliorer la prise en charge globale des patients hypertendus non-observants. Le protocole pluriprofessionnel est composé de quatre étapes : dépistage des patients non observants, appréciation du degré d'urgence de la situation clinique, inclusion du patient avec évaluation des facteurs favorisant l'inobservance et enfin intégration du patient dans un parcours personnalisé et pluriprofessionnel. **Discussion :** L'élaboration de ce protocole a reposé sur les données de la littérature et sur l'expérience professionnelle des soignants. Il s'appuie sur une démarche centrée sur le patient et son éducation. La répartition des actions vers les différents soignants permet de pallier le manque de temps médical, délétère dans la prise en charge des patients. La réévaluation régulière de ce protocole pluriprofessionnel permettra de préserver son utilité.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr Claire Mounier Vehier**

**Assesseurs : Pr François Glowacki, Pr Jean Marc Lefebvre**

**Directeur de thèse : Dr Laurent Verniest**

