

REVUES GÉNÉRALES

Hypertension artérielle

Inobservance et inertie clinique : deux obstacles majeurs à la prise en charge de l'hypertension artérielle

RÉSUMÉ : Malgré de considérables progrès dans la prise en charge de l'HTA, près de 50 % des sujets hypertendus ne sont pas contrôlés. Les facteurs comportementaux liés au patient (inobservance thérapeutique) et au médecin (inertie clinique) jouent un rôle essentiel dans ce phénomène.

L'observance thérapeutique se définit comme la bonne concordance entre les prescriptions du médecin et le comportement du patient. Sa fréquence est évaluée entre 63 et 91 % au cours de l'HTA.

L'inertie clinique correspond à l'absence d'intensification du traitement anti-hypertenseur par le médecin malgré l'absence de contrôle tensionnel. Elle concernerait plus de 80 % des consultations.

Il est probable que ces deux comportements ne soient pas indépendants mais influencés par la relation médecin/malade. Les principaux déterminants de l'inobservance et de l'inertie sont détaillés ici, et quelques moyens de lutte sont proposés. En raison de leurs conséquences sévères sur la morbi-mortalité des sujets hypertendus, leur recherche par le médecin doit devenir systématique lors de chaque consultation.



→ **S. LE JEUNE, J.J. MOURAD**
Service de Médecine Interne et
Hypertension Artérielle,
Hôpital Avicenne, BOBIGNY.

L'hypertension artérielle (HTA) constitue l'un des principaux facteurs du risque cardiovasculaire. Sa prévalence, très élevée, était estimée globalement à 26,4 % dans la population adulte mondiale en 2010 [1]. En France, l'étude FLASHS 2010 évaluait à 11,2 millions le nombre de sujets hypertendus traités de plus de 35 ans [2]. Malgré de considérables progrès dans la prise en charge de l'HTA – citons la croissance exponentielle du panel des traitements médicamenteux disponibles et les efforts de diffusion des recommandations par les sociétés savantes – une forte proportion de sujets hypertendus ont une HTA encore non contrôlée. Plus de 52 % des sujets hypertendus traités présentaient ainsi des pressions artérielles (PA) supérieures à 140/90 mmHg dans l'étude américaine NHANES (*National Health And Nutrition Examination Surveys*) entre 2005 et 2008 [3].

En France, l'étude ENNS (Etude Nationale Nutrition Santé) 2006-2007 évaluait sur la même période la prévalence du contrôle tensionnel à 50,9 % [4]. Ces données s'opposent aux résultats de grands essais thérapeutiques tels que l'étude ALLHAT (37 % d'échec thérapeutique seulement), dans laquelle un protocole encadré de titration médicamenteuse était utilisé [5].

Le risque de complications cardiovasculaires étant corrélé à la PA obtenue sous traitement [6], ce mauvais contrôle tensionnel est directement responsable d'un excès de morbi-mortalité dans la population hypertendue et d'importants surcoûts de Santé publique. Plusieurs causes à cet échec d'efficacité ont été identifiées : certaines apparaissent liées au système de santé (accès limité aux soins et aux traitements...), d'autres semblent associées au patient (grand âge, obésité...), enfin d'autres pourraient être

REVUES GÉNÉRALES

Hypertension artérielle

attribuées aux professionnels de santé (mauvaise connaissance des recommandations...) [7]. Il est maintenant admis que les facteurs comportementaux, liés au patient (inobservance thérapeutique) ou au médecin (inertie clinique), jouent un rôle crucial dans ce mauvais contrôle tensionnel. Ils constituent à ce titre un enjeu majeur de Santé publique.

Non-observance thérapeutique et HTA

1. Définition

L'observance thérapeutique se définit comme la bonne concordance entre les prescriptions et recommandations du médecin et le comportement du patient. Il est classique de distinguer 3 composantes à cette observance :

>>> L'observance médicamenteuse correspond au suivi rigoureux de la prescription médicamenteuse. Elle étudie à la fois le respect de la posologie prescrite, de l'horaire de prise, de la durée de traitement ainsi que des différentes consignes données par le médecin. Elle s'exprime le plus souvent en pourcentage de prise médicamenteuse prescrite chez un patient donné : une observance minimale de 80 % semble ainsi nécessaire à l'efficacité d'un traitement anti-hypertenseur [8] et définit les "bons observants".

>>> L'observance des règles hygiéno-diététiques, plus mal évaluée, reflète le suivi des changements de mode de vie et de régime alimentaire proposés par le médecin.

>>> L'observance du suivi médical, enfin, correspond au respect des rendez-vous de consultation programmés et des prescriptions d'examen complémentaires.

2. Méthodes d'évaluation

Il n'existe à l'heure actuelle aucune mesure de référence de l'observance du

	Oui	Non
A. Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament antihypertenseur ?	☐	☐
B. Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament antihypertenseur ?	☐	☐
C. Vous est-il arrivé de prendre votre traitement antihypertenseur avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	☐	☐
D. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement antihypertenseur parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	☐	☐
E. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement antihypertenseur parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	☐	☐
F. Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	☐	☐

Résultat :
Aucun "oui" : Excellent respect du traitement antihypertenseur.
1 ou 2 "oui" : Minime problème de respect du traitement antihypertenseur.
3 "oui" ou plus : Important problème de respect du traitement antihypertenseur.

TABLEAU I : Test d'évaluation de l'observance du Comité français de lutte contre l'hypertension artérielle.

sujet hypertendu en pratique clinique. Une première estimation subjective peut être réalisée par le médecin à partir de critères simples recueillis lors de la consultation : observance déclarée par le patient, exactitude aux rendez-vous médicaux, fréquence de renouvellement des ordonnances, présence d'effets secondaires imputables au médicament prescrit (bradycardie liée au bêtabloquants, œdèmes des membres inférieurs associés aux inhibiteurs calciques...). Cette impression clinique mérite cependant d'être confortée par l'utilisation d'un questionnaire validé, tels que l'auto-questionnaire mis au point par le Comité français de lutte contre l'HTA (**tableau I**) [9]. En cas de doute persistant et avant d'entreprendre des thérapeutiques invasives, des méthodes pharmacologiques (dosage sanguin ou urinaire des métabolites des médicaments) peuvent se révéler utiles.

Dans le cadre de la recherche clinique, des techniques plus sophistiquées de contrôle des prises médicamenteuses ont été développées : il s'agit essentiellement du décompte des unités de prise

restantes et du pilulier électronique. Ces méthodes ont montré que l'observance thérapeutique rapportée par les patients est fréquemment surestimée et justifie l'utilisation des questionnaires validés [10]. Le pilulier électronique, actuellement considéré comme le gold standard pour la mesure de l'observance, a l'avantage de notifier de manière objective la date et l'heure de l'ouverture du flacon ; son application reste néanmoins très limitée en pratique médicale courante.

3. Épidémiologie de l'observance thérapeutique

Dans une méta-analyse publiée en 2004, la fréquence de l'observance médicamenteuse aux traitements anti-hypertenseurs était évaluée entre 63 et 91 % [11]. Cette observance chutait significativement au cours du temps. Ainsi, dans l'étude HOT, l'observance thérapeutique était-elle significativement meilleure dans les 6 premiers mois de traitement que dans les 6 mois suivants (84,1 % vs 72,3 %) [11]. Ce constat a conduit à définir la "persistance" comme la durée pendant laquelle le patient continue à suivre

Liés au patient :

- Age élevé, sexe masculin, co-morbidités.
- Bas niveau éducatif et socio-culturel.
- Présence de troubles cognitifs ou d'une affection psychiatrique.
- Mauvaise connaissance de la maladie et de son traitement, manque de conviction vis-à-vis de son efficacité, fausses croyances sur l'HTA.
- HTA légère, peu de manifestations cliniques, durée d'évolution importante.
- Couverture sociale insuffisante.
- Faible soutien de l'entourage.

Liés au professionnel de santé :

- Manque de délivrance au patient d'informations sur l'HTA et son traitement.
- Manque d'adaptation du traitement au mode de vie du patient.
- Manque de suivi du patient traité.
- Manque de lisibilité de l'ordonnance.
- Traitement prescrit : effets secondaires, efficacité insuffisante, nombre élevé de comprimés, prises journalières multiples, complexité du schéma posologique, changements thérapeutiques fréquents, coût élevé, galénique ou conditionnement non adaptés.

Liés au système de santé :

- Limite de l'accès au soin.
- Coût élevé des médicaments et soins associés.

TABLEAU II : Facteurs influençant l'observance thérapeutique.

les prescriptions thérapeutiques du médecin ; cette notion apparaît comme un facteur déterminant du succès sur le long terme du traitement antihypertenseur [12]. La fréquence de l'observance aux règles hygiéno-diététiques est plus mal évaluée : une enquête française menée par l'Assurance Maladie estimait que ces mesures étaient totalement respectées par moins d'un patient hypertendu sur 4 [13].

Les déterminants de la non-observance sont nombreux et peuvent être schématiquement divisés en facteurs liés au patient, aux professionnels de santé et au système de soins (**tableau II**) [14]. Dans une enquête téléphonique portant sur plus de 1 500 adultes américains de plus de 50 ans dont 37 % sous traitement anti-hypertenseur, plus de 50 % des patients ne connaissaient pas leur chiffre de PA habituel, 30 % des patients présentant une PA systolique supérieure à 140 mmHg se disaient non hypertendus, et 68 % des sujets interrogés déclaraient considérer l'HTA comme un problème de santé mineur. Dans cette même étude, 20 % des patients se disaient

spontanément non observants de leur traitement médicamenteux, et pour 1/5 d'entre eux surtout du fait de problèmes financiers [15].

Un des fondements de l'inobservance thérapeutique au cours de l'HTA est certainement, comme pour d'autres pathologies chroniques silencieuses, la difficulté de faire accepter à un patient asymptomatique la prise d'un traitement à vie. Des effets secondaires souvent modérés de ce traitement affectant la qualité de vie du patient peuvent être responsables d'un fléchissement de l'observance. Dans ce contexte, la classe thérapeutique utilisée pourrait jouer un rôle essentiel dans la persistance thérapeutique. Les antagonistes des récepteurs à l'angiotensine (sartans), mieux tolérés, semblent ainsi s'associer à une meilleure observance médicamenteuse, suivis des inhibiteurs de l'enzyme de conversion, des inhibiteurs calciques, des bêtabloquants, puis des diurétiques [12]. La polymédication est certainement un autre déterminant majeur de mauvaise observance thérapeutique, qui semble proportionnelle à la fois au nombre de

médicaments prescrits, au nombre de prises journalières et de modifications thérapeutiques [11].

L'inobservance thérapeutique est directement responsable de conséquences sévères pour le patient, le médecin et le système de santé : son coût est d'abord élevé pour le patient, favorisant le mauvais contrôle tensionnel et la survenue de complications cardio- et cérébro-vasculaires potentiellement fatales [16]. Elle peut également influencer sur les prescriptions médicales du praticien, altérer la relation de confiance médecin-malade et conduire à un défaut d'intensification thérapeutique par crainte d'effets secondaires délétères liés à la prise médicamenteuse anarchique. Le coût médico-économique de l'inobservance thérapeutique est également très lourd pour nos systèmes de santé, lié au remboursement de médicaments non consommés et à la prise en charge des complications cardiovasculaires de l'HTA non contrôlée [16].

4. Moyens de lutte contre l'inobservance thérapeutique

Quelques moyens simples peuvent être mis en pratique pour améliorer l'observance du patient hypertendu (**tableau III**).

>>> Une première étape fondamentale réside dans l'**identification précoce des sujets inobservants**. Certaines caractéristiques du patient identifiées à l'initiation du traitement (**tableau I et II**) pourraient ainsi être prédictives d'une future inobservance thérapeutique et conduire à instaurer une surveillance rapprochée. D'autres données cliniques recueillies au cours du suivi (détaillées dans le paragraphe 2) peuvent suggérer une mauvaise observance et conduire à une reprise de l'éducation. Il faut souligner dans ce contexte l'impact décisif des 3 premiers mois du traitement sur la persistance médicamenteuse, 50 % des abandons de traitement ayant lieu dans cette période.

REVUES GÉNÉRALES

Hypertension artérielle

Identification de l'inobservance thérapeutique :

- Détection des patients les plus à risque d'inobservance (cf. **tableau I et II**).
- Evaluation avec le patient du risque d'inobservance à l'initiation du traitement.
- Détection précoce de l'inobservance thérapeutique en cours de traitement par des mesures fréquentes de l'observance $\pm$ système électronique de contrôle.

Simplification/optimisation du traitement :

- Diminution du nombre de prises médicamenteuses quotidiennes : médicaments en une prise quotidienne, associations fixes.
- Schéma de prise adapté aux habitudes de vie du patient.
- Prise en compte de la tolérance des médicaments prescrits et de la qualité de vie sous traitement : choix des médicaments les mieux tolérés (associations fixes faiblement dosées, SARTANS et IEC), d'une galénique adaptée, adaptation du traitement au ressenti du patient.
- Simplification des recommandations associées à la prescription.
- En cas d'inobservance thérapeutique persistante : prescription de médicaments dont l'efficacité sera moins influencée par l'oubli de prise (diurétiques thiazidiques notamment), utilisation d'une voie d'administration assurant une meilleure observance (patch transdermique de clonidine).

Faciliter la prise médicamenteuse à domicile :

- Supports d'aide à la prise médicamenteuse (pilulier...).
- Associer la prise médicamenteuse à une activité quotidienne (brossage de dents...).
- Lisibilité de l'ordonnance, compréhension des recommandations.
- Impliquer la famille et l'entourage.

Education thérapeutique du patient :

- Information adaptée du patient sur l'HTA et ses conséquences, les traitements médicamenteux (notamment effets secondaires), les règles hygiéno-diététiques et le suivi.
- Assurer une prise de conscience de la réalité de la maladie, de sa chronicité et de sa gravité, insister sur l'importance de l'observance médicamenteuse et des règles hygiéno-diététiques (risque de complications).
- Proscrire l'automédication.
- Impliquer le patient dans sa prise en charge, le faire s'approprier le programme thérapeutique, développer son autonomie : l'inciter à poser des questions, assurer une écoute attentive, l'impliquer dans les décisions médicales (sélection et ajustement des traitements), l'impliquer dans le suivi et le monitoring de son HTA (lui donner les chiffres tensionnels mesurés, favoriser l'automesure tensionnelle (cf. CLHTA)).
- Valoriser les bons résultats, les bonnes attitudes thérapeutiques, éviter les attitudes négatives et les réprimandes.

Instaurer un réseau de soins autour du patient

- Faire participer l'entourage, la famille.
- Coordination des acteurs de santé (médecin-pharmacien-IDE-assistante sociale).
- Instaurer un suivi régulier en consultation.

vent être encouragées (pilulier, implication de l'entourage).

>>> **L'éducation thérapeutique du patient** (ETP) est considérée comme une priorité de Santé publique dans le cadre des maladies chroniques [18], en raison notamment de son efficacité sur le taux d'observance thérapeutique. Les programmes d'ETP visent à l'acquisition et au maintien de compétences d'auto-soins et à la mobilisation ou à l'acquisition de compétences d'adaptation [18]. Il s'agit ainsi de faire du patient un partenaire actif de la stratégie thérapeutique. Dans ce cadre, l'apprentissage de l'automesure tensionnelle a largement démontré son intérêt dans l'optimisation de l'observance [19] et doit donc être encouragée.

>>> Enfin, plusieurs études ont montré que le contrôle tensionnel pouvait être amélioré par **une bonne coordination du réseau de soins** autour du patient, impliquant médecins, pharmaciens, infirmières et assistantes sociales [20].

[Inertie clinique et HTA

Si le manque d'observance thérapeutique du patient est une cause démontrée de mauvais contrôle de l'HTA, l'inertie clinique du médecin prescripteur est considérée pour beaucoup comme un facteur encore plus fréquent d'HTA résistante [21].

1. Définition

Suite à la publication principes de Phillips en 2001 [22], le concept d'"inertie clinique" appliqué à l'HTA peut se définir comme l'absence d'intensification du traitement anti-hypertenseur par le médecin malgré l'existence d'une HTA non contrôlée. La notion d'inertie clinique recouvre en fait 3 comportements distincts du praticien confronté à la prise en charge d'une maladie chronique : la surestimation de l'effet des traitements

TABEAU III : Mesures permettant d'améliorer l'observance thérapeutique.

>>> **L'optimisation de l'ordonnance du patient hypertendu**, sous la responsabilité active du médecin, constitue un moyen de lutte efficace contre l'inobservance thérapeutique. La prescription sera adaptée au mieux aux habitudes de vie du patient, notamment dans la répartition des prises ; les classes thérapeutiques les mieux tolérées seront privilégiées ; le schéma posologique sera simplifié au maximum ; le nombre de

prises quotidiennes pourra être réduit par la prescription d'associations médicamenteuses fixes, qui préservent en outre un bon rapport efficacité-effets indésirables [17].

>>> **L'oubli de prise** est une cause fréquente d'inobservance rapportée par les patients, notamment par les sujets âgés ; quelques mesures simples facilitant la prise médicamenteuse à domicile peu-

prescrits, le recours à de mauvaises justifications pour ne pas intensifier le traitement et le manque de formation à l'atteinte d'objectifs thérapeutiques [22].

2. Épidémiologie

Au cours des maladies chroniques, l'inertie clinique concernerait plus de 80 % des consultations médicales [22]. Elle affecterait entre 60 et 90 % des patients hypertendus non contrôlés [3, 23, 24]. Sa prévalence dans l'HTA non contrôlée semble cependant progressivement diminuer, passant de 88,7 % pour la période 1988-1994 et à 80,2 % pour la période 2005-2008 dans les enquêtes nord-américaines NHANES [3].

Plusieurs études ont analysé les facteurs susceptibles de favoriser l'inertie clinique dans la prise en charge de l'HTA. Comme cela a été décrit pour l'inobservance thérapeutique, des déterminants dépendant du médecin, du patient et du système de santé peuvent être individualisés (**tableau IV**). Certains profils de patients hypertendus semblent ainsi plus volontiers associés à une inertie clinique de la part du médecin (sujets âgés, HTA grade 1...) [25]. Le concept d'inertie clinique doit cependant parfois être nuancé par celui d'"inaction appropriée". Pour Safford *et al.* [26], il existe en effet dans certaines situations précises de bonnes raisons pour ne pas intensifier un traitement anti-hypertenseur, comme l'attente des résultats d'une auto-mesure ou comme le choix de donner la priorité à l'observance médicamenteuse et aux règles hygiéno-diététiques chez un sujet peu enclin aux modifications thérapeutiques.

L'inertie clinique du médecin est à l'origine de lourdes conséquences sur le pronostic cardiovasculaire et rénal de ses patients : dans la population hypertendue générale, elle réduirait la probabilité de contrôler l'HTA dans plus de 80 % des cas [3], avec un surrisque significatif de complications cardio- et cerebrovasculaires [24]. L'inertie clinique

Liés au médecin :

- Surestimation de l'effet des traitements prescrits et du suivi des recommandations.
- Recours à de mauvaises justifications pour ne pas intensifier le traitement : consultation pour un autre motif, manque de temps, PAD à l'objectif.
- Manque de formation à l'atteinte d'objectifs thérapeutiques.
- Manque de connaissance des recommandations des sociétés savantes, des stratégies thérapeutiques, des associations fixes médicamenteuses.
- Manque de conviction, voire désaccord vis-à-vis des objectifs tensionnels recommandés, crainte de trop baisser la PAD (HTA systolique isolée).
- Manque d'organisation du suivi.
- "Ceiling phenomenon" : difficulté à prescrire un 3^e médicament anti-hypertenseur.
- Crainte des effets secondaires médicamenteux.

Liés au patient :

- Facteurs cliniques fréquemment associés à l'inertie thérapeutique : patients plus âgés, à risque cardiovasculaire plus élevé (diabète, dyslipidémie, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, AVC...), HTA légère grade 1, HTA systolique ou diastolique isolée, traitement par Sartan, plus de 6 visites par an.
- Facteurs variables suivant les études : sexe, nombre de médicaments.
- Refus ou résistance du patient aux modifications thérapeutiques (peur des effets secondaires, coûts...).

Liés au système de santé et aux sociétés savantes :

- Renouvellement permanent des stratégies thérapeutiques et des recommandations nationales ou d'experts.
- Étendue du panel thérapeutique, offre croissante de l'industrie pharmaceutique.
- Manque de précision de certaines recommandations vis-à-vis de situations cliniques (AVC...).
- Manque de sessions de formation destinées aux professionnels de santé.

TABEAU IV : Facteurs influençant l'inertie thérapeutique.

est actuellement considérée comme un facteur plus fréquemment pourvoyeur d'HTA résistante que l'inobservance thérapeutique [21].

3. Moyens de lutte contre l'inertie clinique

Selon Okonofua *et al.* [24], une diminution de 30 % de l'inertie clinique pourrait permettre de contrôler l'HTA en pratique clinique dans près de 2/3 des cas en un an. Différentes stratégies thérapeutiques ciblant l'inertie clinique ont été développées, essentiellement axées sur l'optimisation de la formation des médecins et de la diffusion des recommandations des sociétés savantes (**tableau V**).

En 2009, une publication canadienne (étude STITCH) [27] a démontré l'intérêt de proposer aux professionnels de santé un protocole de titration médicamenteuse simplifié utilisant en

première ligne une association faiblement dosée d'un inhibiteur du système rénine-angiotensine et d'un diurétique. Dans cette étude, le contrôle tensionnel était amélioré de 20 % ($p = 0,028$) pour les patients traités selon l'algorithme sus-cité par rapport au groupe contrôle bénéficiant de soins courants, essentiellement par un effet positif sur l'inertie clinique. L'utilisation de l'automesure tensionnelle par le patient hypertendu, en limitant le risque d'HTA blous-blanche, a par ailleurs un effet démontré sur l'inertie clinique du médecin [28].

L'étude TASMING2, enfin [29], a souligné l'efficacité de stratégies favorisant l'interaction médecin-malade dans la prise en charge de l'HTA. Dans ce travail, l'implication conjointe du patient hypertendu éduqué au monitoring de la PA et à l'autotitration médicamenteuse et du professionnel de santé informé de l'évolution tensionnelle par télétrans-

REVUES GÉNÉRALES

Hypertension artérielle

POINTS FORTS

- ➔ Inobservance thérapeutique et inertie clinique sont deux déterminants essentiels du mauvais contrôle tensionnel observé dans la population hypertendue traitée.
- ➔ On distingue trois types d'observance : observance des prescriptions médicamenteuses, observance des règles hygiéno-diététiques et observance du suivi médical.
- ➔ L'auto-questionnaire élaboré par le Comité français de lutte contre l'HTA est une méthode simple et validée d'estimer l'observance au traitement anti-hypertenseur.
- ➔ L'optimisation de l'ordonnance du patient hypertendu par l'utilisation d'associations médicamenteuses fixes et l'éducation thérapeutique, notamment par l'apprentissage de l'automesure tensionnelle, sont des mesures efficaces pour améliorer l'observance.
- ➔ L'inertie clinique apparaît comme un facteur plus fréquemment pourvoyeur d'HTA résistante que l'inobservance thérapeutique.
- ➔ La diffusion aux médecins d'algorithmes simplifiés de titration médicamenteuse permettrait d'améliorer le contrôle tensionnel essentiellement par un effet positif sur l'inertie clinique.

Formation des médecins :

- Diffusion des recommandations sur la prise en charge de l'HTA : stratégies thérapeutiques, associations médicamenteuses, objectifs tensionnels, traitement de l'HTA systolique isolée.
- Mécanismes de rappel à destination des praticiens ("reminders").
- Sensibilisation aux conséquences de l'inertie thérapeutique.

Education thérapeutique des patients :

- Sensibilisation à l'importance du contrôle tensionnel.

Stratégies thérapeutiques :

- Améliorer le monitoring de la PA : MAPA, automesure tensionnelle.
- Favoriser l'intensification thérapeutique avant la sortie du patient du milieu hospitalier.
- Favoriser l'utilisation des associations médicamenteuses (probable mais non prouvé).
- Utilisation d'algorithmes simplifiés de titration médicamenteuse.
- Faire participer le patient à l'intensification thérapeutique (auto-titration, télémonitoring).

TABEAU V : Mesures permettant de combattre l'inertie clinique.

mission a permis de diminuer à 12 mois la PA systolique de 17,6 mmHg contre 12,2 mmHg dans le groupe témoin bénéficiant de soins courants ($p = 0,004$).

Conclusion

La prévalence de l'HTA non contrôlée est encore élevée en France et dans le

monde. Deux facteurs étiologiques "comportementaux", l'un dépendant du patient (inobservance thérapeutique) et l'autre du médecin (inertie clinique) apparaissent jouer un rôle décisif dans ce mauvais contrôle de l'HTA.

Quelques mesures simples et pratiques pourraient pourtant réduire leur impact et ainsi prévenir un taux non négligeable

de complications cardio- et cérébrovasculaires. Observance thérapeutique et inertie clinique ne sont pas des comportements indépendants, mais sont probablement influencées par la relation médecin-malade.

Un travail publié en 2007 chez les patients diabétiques de type 2 montrait ainsi que les patients les moins observants recevaient aussi moins souvent d'intensification thérapeutique par leur médecin [30], même si cet effet est probablement faible [23].

La recherche systématique de comportements suggérant un manque d'observance thérapeutique et une réflexion approfondie sur la nécessité d'une intensification thérapeutique quel que soit ce degré d'observance doivent donc devenir une priorité absolue pour les professionnels de santé lors de chaque consultation de patient hypertendu.

Bibliographie

1. CNAMTS. SAMSON S, RICORDEAU P *et al.* Hypertension artérielle et facteurs de risque associés : évolution des traitements entre 2000 et 2006. Programme National de Santé Publique. Enquête Nationale de l'Assurance Maladie, Echelon National du Service Médical, octobre 2007.
2. CFLHTA. Enquêtes FLASHS 2010.
3. EGAN BM, ZHAO Y *et al.* Uncontrolled and apparent treatment resistant hypertension in the United States, 1988 to 2008. *Circulation*, 2011 ; 124 : 1046-1058.
4. GODET-THOBIE H, VERNAY M *et al.* Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007. *BEH*, 2008 ; 49-50 : 478-483.
5. CUSHMAN WC, FORD CE *et al.* Success and predictors of blood pressure control in diverse North American settings: the antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). *J Clin Hypertens* (Greenwich), 2002 ; 4 : 393-404.
6. NEAL B, MACMAHON S *et al.* Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomized trials. *Lancet*, 2000 ; 355 : 1955-1964.

7. WANG TJ, VASAN RS. Epidemiology of uncontrolled hypertension in the United States. *Circulation*, 2005; 112: 1651-1662.
8. GUERRERO D, RUDD P *et al.* Antihypertensive medication taking. Investigation of a simple regimen. *Am J Hypertens*, 1993; 6: 586-592.
9. GIRERD X, HANON O *et al.* Evaluation de l'observance du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire: mise au point et utilisation dans un service spécialisé. *Presse Med*, 2001; 30: 1044-1048.
10. INUI TS, CARTER WB *et al.* Screening for noncompliance among patients with hypertension: is self-report the best available measure? *Med Care*, 1981; 19: 1061-1064.
11. WETZELS GEC, NELEMANS P *et al.* Facts and fiction of poor compliance as a cause of inadequate blood pressure control: a systematic review. *J Hypertens*, 2004; 22: 1849-1855.
12. BOURGAULT C, SENEAL M *et al.* Persistence and discontinuation patterns of antihypertensive therapy among newly treated patients: a population-based study. *Am J Hypertens*, 2005; 19: 607-613.
13. CNAMTS. La prise en charge médicale de l'hypertension artérielle sévère exonérée du ticket modérateur en France en 1999. Programme National de Santé Publique. Enquête Nationale de l'Assurance Maladie, Echelon National du Service Médical, mai 2000.
14. OSTERBERG L, BLASCHKE T *et al.* Adherence to medication. *New Engl J Med*, 2005; 353: 487-497.
15. EGAN BM, LACKLAND DT. Awareness, knowledge, and attitudes of older Americans about high blood pressure. *Arch Intern Med*, 2003; 163: 681-687.
16. SOKOL MC, McGUIGAN KA *et al.* Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care*, 2005; 43: 521-530.
17. BANGALORE S, KAMALAKANNAN G *et al.* Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. *Am J Med*, 2007; 120: 713-719.
18. HAS. Education thérapeutique du patient – Juin 2007. Recommandations. Service des recommandations.
19. HANON O, MOURAD JJ *et al.* Blood pressure self-monitoring contributes to improved patient education among hypertensive subjects. *Arch Mal Cœur Vaiss*, 2001; 94: 879-883.
20. BORENSTEIN JE, GRABER G *et al.* Physician-pharmacist comanagement of hypertension: a randomized, comparative trial. *Pharmacotherapy*, 2003; 23: 209-216.
21. ROSE AJ, BERLOWITZ DR *et al.* Intensifying therapy for hypertension despite suboptimal adherence. *Hypertension*, 2009; 54: 524-529.
22. PHILLIPS LS, BRANCH WT *et al.* Clinical inertia. *Ann Intern Med*, 2001; 135: 825-834.
23. HEISLER M, HOGAN MH *et al.* When more is not better. Treatment intensification among hypertensive patients with poor medication adherence. *Circulation*, 2008; 117: 2884-2892.
24. OKONOFUA EC, SIMPSON KN *et al.* Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure goals. *Hypertension*, 2006; 47: 345-351.
25. REDON J, COCA A *et al.* Factors associated with therapeutic inertia in hypertension: validation of a predictive model. *J Hypertens*, 2010; 28: 1770-1777.
26. SAFFORD M, SHEWCHUK R *et al.* Reasons for non intensifying medications: differentiating "clinical inertia" from appropriate care. *J Gen Intern Med*, 2007; 22: 1648-1655.
27. FELDMAN RD, ZOU GY *et al.* A simplified approach to the treatment of uncomplicated hypertension. A cluster randomized, controlled trial. *Hypertension*, 2009; 53: 646-653.
28. AGARWAL R, BILLS JE *et al.* Role of home blood pressure monitoring in overcoming therapeutic inertia and improving blood pressure control. A systematic review and meta-analysis. *Hypertension*, 2011; 57: 29-38.
29. MACMANUS RJ, MANT J *et al.* Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomized controlled trial. *Lancet*, 2010; 376: 163-172.
30. GRANT R, ADAMS AS *et al.* Relationship between patient medication, adherence and subsequent clinical inertia in type 2 diabetes glycemic management. *Diabetes Care*, 2007; 30: 807-812.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

réalités

Je m'abonne à
réalités Cardiologiques

Médecin	■ 1 an : 60 €
	■ 2 ans : 95 €
Etudiant/Interne	■ 1 an : 50 €
(joindre un justificatif)	■ 2 ans : 70 €
Etranger	■ 1 an : 80 €
(DOM-TOM compris)	■ 2 ans : 120 €

BULLETIN À RETOURNER À :
PERFORMANCES MÉDICALES
91, AVENUE DE LA RÉPUBLIQUE
75011 PARIS



Déductible des
frais professionnels

Bulletin d'abonnement

Nom

Prénom

Adresse

Ville

Code Postal

E.mail

Règlement ☐ Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

☐ Par carte bancaire (sauf American Express)

carte n°

cryptogramme date d'expiration

Signature