

HTA : comment expliquer les « mauvais » chiffres obtenus ?

Mots clés :

HTA
Qualité des
soins
Observance
Recom-
mandation
Risque
cardiovas-
culaire

Le traitement de l'hypertension artérielle (HTA) a été l'un des succès les plus remarquables de la médecine des 50 dernières années. Cependant, l'hypertension reste un problème majeur de santé publique. Sa prévalence est croissante partout dans le monde. Malgré les nombreux antihypertenseurs disponibles et les recommandations fondées sur des études de bon niveau de preuves, près des 2/3 des patients traités n'atteignent pas les cibles préconisées^{1,2}. Ce « mauvais » résultat est-il dû au patient (mauvaise observance), au médecin (qualité des soins insuffisante), ou aux recommandations (cibles inadaptées) ? Les trois semblent devoir entrer en compte. De nombreuses études, centrées surtout sur les problèmes d'observance, ont analysé cette question.

Les « échecs » du contrôle tensionnel

Une fois éliminées les erreurs de mesure, l'effet « blouse blanche », les drogues et médicaments antagonistes, les HTA secondaires, la mauvaise observance est souvent mise en cause.

Il n'est pas si simple de l'améliorer : selon une synthèse canadienne, « une simplification des posologies améliore l'observance, mais l'éducation du patient seule n'y parvient pas. Il n'y a pas de preuves que la motivation des patients, les rappels et supports améliorent l'observance des traitements antihypertenseurs »ⁱⁿ³. On ne peut donc attendre d'interventions complexes sur ces points qu'une modeste amélioration, un suivi personnalisé étant probablement le plus efficace⁴.

A l'inverse, les inconvénients des médicaments diminuent l'observance : effets indésirables, prise au très long cours, peur d'une dépendance, complexité des posologies, gêne à l'emploi du temps, etc.

Différents auteurs concluent que le problème est sans doute moins à l'observance qu'aux préférences des patients, affaire de « partage » de la décision. Selon la rédaction de *Prescrire*, il s'agit moins d'inciter à poursuivre un traitement peu efficace, peu pratique ou mal toléré, que de l'améliorer ou d'en choisir un autre³.

Les représentations sur les chiffres obtenus

Une étude qualitative (suédoise) a analysé les réponses de 51 patients hypertendus et de leurs 11 médecins dans le cadre du suivi habituel de l'HTA en soins primaires et secondaires⁵. Médecins et patients avaient tendance à expliquer les variations de pression artérielle (PA) entre chaque consultation par le contexte, la fatigue ou le stress. Les auteurs concluaient que patients et médecins ont tendance à « normaliser » la PA mesurée par rapport aux valeurs références. Une autre étude qualitative (anglaise) chez des diabétiques de type 2 hypertendus montrait leur scepticisme sur les cibles que leur médecin leur proposait d'atteindre⁶.

Les représentations sur l'HTA elle-même

Les diabétiques de cette étude⁶ se sentaient « responsables » de leur glycémie, pas de leur HTA. Les représentations des patients sur l'HTA, les médicaments utilisés et surtout le risque cardiovasculaire varient selon la durée de prise en charge de l'HTA, devenant moins sévères avec le temps⁷. En pratique, selon leur appréciation des risques et des effets secondaires acceptables, la PA peut être abaissée jusqu'à ce que les inconvénients des médicaments, leur nombre, ou l'ajout de nouveaux ne deviennent insupportables⁸.

Que peut-on conclure pour la pratique ?

Le problème de l'observance est complexe, avec de nombreuses composantes et variations individuelles qu'il faut connaître et accepter.

Les cibles tensionnelles actuellement recommandées sont probablement trop basses pour la majorité de nos patients², ce qu'indiquent clairement les argumentaires des recommandations de toutes origines : d'une part, les preuves de l'intérêt d'atteindre ces cibles sont limitées, même dans les conditions favorables des essais, ou l'objectif est loin d'être toujours atteint ; d'autre part, l'atteinte de valeurs proches de la cible peut nécessiter 3 ou 4 antihypertenseurs rendant l'observance aléatoire.

L'abaissement souhaitable de la PA doit respecter les préférences et représentations du patient quant au nombre de médicaments pris, effets secondaires tolérables eu égard au risque cardiovasculaire personnel, bénéfice personnel à attendre. Les uns souhaiteront plus, d'autres moins. Si parler de « cible » a un sens, c'est celui d'un repère souhaitable, pas d'un objectif à atteindre à tout prix^{5,8}.

La qualité des soins ne repose t-elle, ici encore, plus sur une décision réellement partagée que sur la poursuite aveugle de cibles incertaines ?

Références :

- 1- Chobanian AV. The Hypertension Paradox. More Uncontrolled Disease despite Improved Therapy. *N Engl J Med* 2009; 361:878-87.
- 2- Collectif. HTA : les cibles recommandées sont-elles justifiées ? *Bibliomed*. 2009;556.
- 3- *Prescrire* Rédaction. "Observance" des traitements : pas si simple. *Rev Prescrire*. 2007;288:782.
- 4- Shroeder K, Fahey T. Improving adherence to drugs for hypertension. *BMJ*. 2007;335:1002-3.
- 5- Svensson S et al. Making sense of blood pressure values in follow-up appointments for hypertension. *Int J Cardiol*. 2008; 123:108-16.
- 6- Stewart J et al. Understanding of blood pressure by people with 2 diabetes: a primary care focus group study. *BJGP*. 2005;513:298-30
- 7- Sarradon-Eck A et al. Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. *Prat Organ Soins*. 2008;39(1):3-12.
- 8- Campbell NC, Murchie P. Treating hypertension with guidelines in general practice. *BMJ*. 2004; 329:523-4

Cette revue hebdomadaire de l'UnaformeC ne bénéficie d'aucun financement public ou privé et ne dépend que de ses lecteurs.

Abonnez-vous sur notre site <http://www.unaformec.org/php/abo.htm>

Ecrivez-nous pour toute demande d'informations à : unadoc@wanadoo.fr