

IMPORTANCE DE LA MAUVAISE ADHÉSION AU TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR DANS LA POPULATION HYPERTENDUE : comment l'améliorer ?

J.M. KRZESINSKI (1), F. KRZESINSKI (2)

RÉSUMÉ : S'il est unanimement admis que le traitement de l'hypertension artérielle améliore le pronostic cardiovasculaire des patients qui en sont atteints, force est de constater que la moitié des patients traités n'ont pas leur pression artérielle normalisée. Un des facteurs responsables de ce relatif échec est la mauvaise adhésion au traitement (non médicamenteux et pharmacologique). Ce problème d'observance est multifactoriel. Interviennent le patient, sa maladie, son traitement et l'environnement thérapeutique où la relation médecin-malade joue un grand rôle. Pour améliorer l'observance, comme d'ailleurs la persistance du traitement, il faut d'abord y penser. Le dialogue avec le patient sur l'observance doit être mené à chaque consultation. Une excellente relation médecin-patient, une éducation sur l'hypertension, ses risques et les moyens d'éviter les complications, le choix de schémas de traitement bien tolérés, simplifiés et introduits progressivement, la recherche et la limitation des effets secondaires générés, le partenariat de la famille et du pharmacien dans la prise en charge, la stimulation de l'automesure de la pression artérielle par le patient sont autant de pistes importantes pour améliorer ce paramètre. Ceci permettrait, à coup sûr, de réduire les complications cardiovasculaires liées à l'hypertension et le coût pour la société.

MOTS-CLÉS : *Hypertension artérielle - Adhésion thérapeutique - Observance - Persistance*

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle constitue un des facteurs principaux de complications cardio-vasculaires et rénales avec des conséquences pour le patient, mais aussi pour la sécurité sociale, surtout que le nombre de patients hypertendus va probablement augmenter de 60% d'ici 2025 (1).

Une bonne prise en charge de l'hypertension artérielle passe par l'application de règles hygiéno-diététiques et, souvent, par l'utilisation de médicaments antihypertenseurs de façon à ramener les valeurs de pression artérielle en-dessous de la cible, soit, dans la population générale, 140/90 mmHg. Force est de constater que lorsqu'un traitement médicamenteux est décidé pour abaisser la pression artérielle, dans un cas sur deux nous n'arrivons pas à normaliser cette dernière (2). Les explications en sont multiples. Parmi de nombreux facteurs, épinglons-en quelques uns : soit le choix de notre médicament n'est pas correct, soit le patient présente une hypertension artérielle secondaire que nous n'avons pas

IMPORTANCE OF A BAD ADHERENCE TO THE ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT IN THE HYPERTENSIVE POPULATION. HOW TO IMPROVE IT?

SUMMARY : Overwhelming evidence indicates that the treatment of arterial hypertension is beneficial, but, in practice, less than 50% of treated hypertensive patients have well-controlled blood pressure. The success of treatment relies upon adherence (for both non pharmacologic and drug treatment) by the patient. This problem of observance is multifactorial. Several factors play a role: the patient, his/her illness, his/her treatment and the therapeutic environment where the relationship between the medical doctor and the patient is crucial. To improve observance, but also treatment persistence we need to think about it. Observance must be discussed with the patient at each visit. An excellent relationship between doctor and patient, education about hypertension, its risks, and the ways to avoid complications, the choice of a well tolerated and simple treatment progressively introduced, the intervention in this management of the family and the pharmacist, the development of home self blood pressure measurement by the patient are all important ways to improve adherence. This could reduce the cardiovascular complications related to high blood pressure and thus decrease the general costs for the society.

KEYWORDS : *Arterial hypertension - Therapeutic adherence - Compliance - Persistence*

mise en évidence, soit que la prise concomitante d'un médicament contrecarre l'efficacité antihypertensive de la molécule prescrite. Mais, dans bon nombre de cas, l'inefficacité du traitement proposé par le médecin est liée à la non-adhésion du patient aux consignes proposées et à la non observance de la prescription des médicaments.

Cet article va tenter de situer la problématique, d'analyser les causes potentielles et d'apporter des solutions à cette situation qui menace le patient dont la pression artérielle reste trop haute et qui continue à grever le budget de la sécurité sociale.

POSITION DU PROBLÈME

Très récemment, Chobanian, dans la célèbre revue *New England Journal of Medicine*, a intitulé son article «Le paradoxe de l'hypertension artérielle» (3). Dans sa réflexion, l'auteur observe que nous disposons de très nombreuses molécules antihypertensives actives agissant par différents mécanismes pour l'abaissement de la pression artérielle, mais que nous ne parvenons

(1) Professeur, Chef de Service, Service de Néphrologie-Dialyse-Transplantation, CHU de Liège.

(2) Etudiant, Université de Liège.

que très difficilement à améliorer le pourcentage de nos patients hypertendus contrôlés.

S'il faut reconnaître que nous avons fait ces dernières années des progrès dans le contrôle de l'hypertension artérielle par une meilleure prise de conscience de l'état d'hypertension de certains patients et par l'application plus large de médicaments antihypertenseurs, les résultats sont encore loin d'être satisfaisants, n'atteignant qu'à peine, dans les meilleures séries, 40% de patients hypertendus contrôlés. La non-observance comme, d'ailleurs, la faible persistance du traitement proposé constitue(nt) une cause principale d'échec, comme rappelé dans un article sur l'hypertension résistante (4). A l'inverse, une adhésion soutenue au traitement antihypertenseur peut réduire les complications cardiovasculaires, comme bien démontré récemment (5).

QUELQUES DÉFINITIONS

Tout d'abord, l'adhésion au traitement correspond à l'implication active et volontaire du patient dans sa prise en charge thérapeutique. Ceci est nécessaire à l'observance (la «compliance» des anglophones) qui est le degré de concordance entre le comportement d'un patient et les recommandations qui lui sont faites (règles hygiéno-diététiques, prises de médicaments). La persistance est une donnée supplémentaire reflétant l'adhésion au long cours, c'est-à-dire, la durée pendant laquelle le patient se traite correctement. Il s'agit d'un facteur majeur de succès à long terme.

QUANTIFICATION DE L'OBSERVANCE ET DE LA PERSISTANCE DU TRAITEMENT

Il s'agit d'étudier le pourcentage de doses prescrites ingérées par le patient, tout en tenant compte aussi de l'horaire de prise par rapport à la prescription initiale. Dans le traitement de l'hypertension artérielle, un minimum de 80% est généralement considéré comme nécessaire pour caractériser une bonne observance thérapeutique. Les mauvais observants prennent moins d'une prise sur deux. En hypertension artérielle, selon les études, de 9 à 37% des patients seraient mauvais observants (6). La prise des comprimés prescrits le soir est souvent oubliée. Plus de 60% des patients oublient au moins 1 fois de prendre les médicaments sur une période de plusieurs jours.

Pour ce qui est du suivi des règles modifiant l'alimentation et le style de vie, la situation est encore plus mauvaise, puisqu'un seul patient sur quatre est observant.

Pour ce qui est de la persistance du traitement, ce paramètre est extrêmement faible, de l'ordre de 40% à la fin de la première année de traitement; la moitié des abandons a lieu au cours des 3 premiers mois. Si 20% vont changer de molécules, 40% vont carrément arrêter de se traiter avec des coûts énormes pour la société (7) !

QUELLES SONT LES MÉTHODES D'ÉVALUATION DE L'ADHÉSION AU TRAITEMENT ?

Plusieurs méthodes peuvent arriver à calculer cette observance.

Il y a, d'une part, les mesures pharmacologiques qui consistent à déterminer dans le sang ou dans les urines la concentration des médicaments prescrits. Les méthodes pharmacologiques fournissent un pourcentage de non observance qui est généralement fidèle, plus élevé que les autres méthodes de mesure, mais non applicable en pratique clinique quotidienne chez un grand nombre. Il y a, d'autre part, les mesures cliniques qui sont moins précises : le jugement du médecin, le pouls sous bêta-bloquants, l'élévation de l'urée et l'hyperuricémie relative sous diurétiques, l'évaluation du respect des rendez-vous, l'utilisation d'un questionnaire tenant compte, notamment, des effets secondaires générés par la prescription.

Il y a les mesures administratives telles que la vérification du renouvellement des prescriptions, le comptage des pilules restantes ou encore des systèmes de comptage d'ouverture des couvercles pour des médicaments non répartis en dose individuelle («unit dose»).

Le système MEMS (Medication Event Monitoring System) est un système très intéressant, mais non applicable à l'ensemble de la population traitée par médicaments. Il existe dans le couvercle de ce système un microprocesseur qui enregistre la date et l'heure de l'ouverture du couvercle, ce qui permet de connaître exactement la manière dont le patient gère la prise du médicament au cours du temps. Ceci ne prouve cependant pas que le médicament soit bien ingéré. Des données montrent toutefois que le contrôle de la pression artérielle est meilleur avec ce système (8).

La non-observance du traitement doit être suspectée en cas de résistance de la pression artérielle à s'abaisser lors de la prescription de celui-ci. A partir de là on peut, bien sûr, interroger le patient pour faire reconnaître, de façon honnête, l'absence de prise régulière des médicaments. Il s'agit donc, dans ce cas, d'une information remarquablement précise et correcte;

mais, bien souvent le patient n'avoue pas facilement son indiscipline de peur de vexer le médecin. Cette absence d'adhésion régulière, qui est un fait fréquent chez les patients hypertendus le plus souvent asymptomatiques, peut être limitée dans ses conséquences par le recours à des molécules antihypertensives à longue durée d'action. Il s'agit ici d'un premier message bien connu : des molécules dont la mise en route de l'efficacité antihypertensive est très progressive, mais dont la durée d'action est très longue, sont des molécules très intéressantes dans le domaine de l'hypertension artérielle, car elles génèrent peu d'effets secondaires à l'initiation du traitement et, si la prise est irrégulière, elles protègent quand même le patient pendant un certain temps contre le risque de voir la pression artérielle remonter à des niveaux parfois dangereux. Ce risque existait, par exemple, avec des molécules à courte durée d'action comme la clonidine, qui administrée régulièrement, constituait certainement une approche antihypertensive efficace; mais, dès que la molécule n'était pas prise, on assistait à un rebond d'hypertension artérielle parfois hasardeux. Les bêta-bloquants à courte durée d'action ont aussi ce même profil avec une tachycardisation très gênante et un rebond de l'hypertension artérielle chez le patient qui arrête, pendant certaines heures, la prise de ce médicament. Cette variabilité à court terme est préjudiciable pour les artères comme démontré avec la nifédipine 10 mg en gélule. Ceci a permis de développer dans les années 1990 le concept de l'effet «trough/peak» à savoir le rapport entre l'action antihypertensive résiduelle, en fin de dose, et l'effet pic (au nadir de l'efficacité antihypertensive) (9).

Les indices d'alarme de mauvaise observance doivent mettre la puce à l'oreille du médecin : un témoignage du pharmacien (le renouvellement des médicaments est erratique), un motif de consultation (je viens pour renouveler l'ordonnance, car je n'avais plus de médicaments), une plainte (j'ai eu des étourdissements, de la fatigue, une miction fréquente sous diurétique m'empêchant de sortir), un constat (un ou des rendez-vous oublié(s)).

La société française d'hypertension a proposé un questionnaire en ligne validé sur son site (<http://www.comitehta.org/patient/test/observance.htm>) (Tableau I). Si le taux de réponse aux questions est de zéro oui, l'observance est probablement excellente et il faut gratifier le patient. A l'opposé, si l'on obtient trois réponses positives ou plus, elle est certainement mauvaise et intervenir doit être notre mission.

TABLEAU I. QUESTIONNAIRE D'OBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE

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

Si nombre de oui est 0, observance satisfaisante.

Si nombre de oui est 3 ou plus, intervenir.

Ce questionnaire est en ligne sur le site du Comité Français de Lutte contre l'Hypertension :
<http://www.comitehta.org/patient/test/observance.htm>

QUELS SONT LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LA MAUVAISE OBSERVANCE AU TRAITEMENT ?

On peut considérer au moins 4 pôles qui ont tous une influence sur ce paramètre. Ces pôles sont le patient, la maladie, le traitement et l'environnement thérapeutique.

LE PATIENT

Si l'âge ne semble pas en soi un facteur de risque de mauvaise observance, les hommes sont habituellement moins bons observants que les femmes. Des difficultés de compréhension linguistique ou sensorielle sont parfois en cause, l'ignorance des conséquences de la maladie non traitée, l'impression de guérison, vu l'absence de symptômes, peuvent pousser à oublier la nécessité de se traiter. A l'inverse, la crainte des complications et le fait que le médicament soit prescrit par un médecin peuvent avoir un effet positif sur l'observance.

L'hypertension est souvent considérée par le patient comme une réaction au stress, à l'anxiété; dès lors, il peut croire qu'il est peut-être préférable pour lui de ne pas utiliser des molécules qui agissent directement sur la pression artérielle, mais plutôt de recourir à des anxiolytiques ou sédatifs. Le patient peut aussi être dans un état quelque peu dépressif, ce qui peut réduire évidemment la prise régulière des médicaments. Les raisons financières sont enfin parfois évoquées. Le niveau socio-économique du patient est important à connaître; le coût des médicaments est important.

LA MALADIE

La plupart des hypertendus n'ont pas de symptômes liés à l'augmentation de pression artérielle. Il est difficile de leur faire accepter l'idée d'un changement de style de vie ou d'une prise régulière à vie de médicaments contre une affection qui ne s'accompagne pas de malaise. Une éducation du patient face à l'hypertension, ce tueur silencieux, est primordiale.

LE TRAITEMENT

Les manifestations indésirables du traitement constituent la partie principale des obstacles à la bonne adhésion. Plus ces effets secondaires sont fréquents et/ou sévères, moins le patient sera motivé de prendre ces médicaments. Dans cet ordre d'idée, dans un travail intéressant, il a été montré que des symptômes indésirables liés au traitement étaient évoqués spontanément par le patient dans 25% des cas, mais 40% évoquaient ce problème sur base de questions générales et 73% sur base de questions spécifiques formulées par le médecin. Ce dernier, de son côté, a considéré que plus d'un tiers des effets signalés étaient importants, et dans la moitié des cas, liés réellement à la prise du médicament (10).

La classe thérapeutique choisie en monothérapie joue un rôle certain. Il faut reconnaître à ce niveau que, parmi les différentes classes d'agents antihypertenseurs (sans envisager la nouvelle classe des inhibiteurs de rénine non encore largement utilisée dans la population hypertendue), ce sont les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II qui doivent être considérés comme les molécules les mieux tolérées, suivis des inhibiteurs d'enzyme de conversion, puis des antagonistes calciques et des bêta-bloquants. Les derniers de la liste sont les diurétiques (11, 12, 13). Cette classification du mieux toléré vers le moins bien toléré a été confirmée dans diverses études montrant aussi la persistance du traitement à 1 an, nettement supérieure pour les sartans par rapport aux diurétiques (6). Cette persistance s'effrite cependant avec le temps pour toutes les classes thérapeutiques, mais reste toujours supérieure pour les antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II.

La simplicité du schéma posologique joue, par ailleurs, un rôle déterminant. Si le traitement est complexe, si le nombre de comprimés à prendre sur une journée est important avec en sus des horaires de prise stricts, tout cela peut influencer, même pour des molécules bien tolérées, la régularité de la prise.

Passer d'un seul comprimé/jour à 3 comprimés peut réduire l'adhésion au traitement de

plus de 80% à moins de 60%. Le rôle du médecin sera donc d'essayer de simplifier le traitement au maximum.

L'ENVIRONNEMENT THÉRAPEUTIQUE

Le médecin est responsable de la prescription des molécules antihypertensives. Si le patient a mal compris le message du médecin, si ce dernier n'est pas réellement convaincu de l'intérêt du traitement ou du médicament proposé, si l'attitude du médecin est rigide, sans compromis, avec refus de négociation, si les rendez-vous sont difficiles à obtenir, l'adhésion au traitement sera mauvaise.

CONSÉQUENCES CLINIQUES DE LA MAUVAISE ADHÉSION AU TRAITEMENT

La mauvaise observance concernant les mesures diététiques et pharmacologiques, ainsi que les consultations médicales, est associée à un pronostic défavorable et est source de facteur de résistance au traitement. Pour certains, deux tiers des hypertensions réfractaires seraient dues à une mauvaise observance des prescriptions. Un quart des hospitalisations aux Etats-Unis serait dû à la non observance des traitements en général. Dans le domaine de l'hypertension, les patients ayant une observance < 50% ont 28% de risque d'être hospitalisés comparés à 19% lorsque l'observance est bonne (> 80%). Le mauvais contrôle de la pression élevée génère un risque de complications accru (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral), occasionnant un coût quadruplé par rapport aux frais générés par l'achat des médicaments antihypertenseurs. Breekveldt-Postma et al. (14) ont montré un risque accru de 15% d'infarctus du myocarde et de 28% d'accident vasculaire cérébral en cas d'arrêt de traitement. A l'inverse, comme déjà rappelé plus haut, l'observance élevée réduit ce risque (5).

Une amélioration de l'observance est plus importante dans la prévention des complications que le type de médicament proposé ou encore le grade de l'hypertension (15).

COMMENT AMÉLIORER L'ADHÉSION AU TRAITEMENT ?

Nous avons déjà abordé en partie ce côté pratique, il y a quelques années, dans cette revue après le constat d'insuffisance de contrôle de l'hypertension en Belgique, comme ailleurs (16).

La réussite du traitement dépend de la relation médecin-patient lors de la première visite et

de l'éducation reçue par le patient à propos de l'hypertension, maladie chronique, ainsi que du choix du traitement, de son application très progressive, en restant attentif aux questions posées et aux craintes du malade.

Tout d'abord, il faut accompagner la prise de conscience du diagnostic. L'éducation thérapeutique vise à améliorer les connaissances du sujet sur le processus de santé, la maladie. Il convient de développer ses capacités à gérer son affection chronique, l'informer des risques en rapport avec la maladie, en l'occurrence l'hypertension artérielle, dont il est affecté. Le patient doit aussi connaître le but recherché et la manière d'y arriver. La stratégie pour améliorer l'adhésion au traitement dépend du médecin qui doit bien communiquer avec le patient, qui doit annoncer ce diagnostic de façon progressive, par étapes tenant compte des connaissances successives du sujet. A chaque consultation, la mesure de la pression artérielle doit être réalisée, confortant la stabilité de l'élévation tensionnelle. Une relation solide doit s'établir entre le médecin et son patient au centre de laquelle une confiance mutuelle doit s'installer. Toute annonce brutale est, si possible, à proscrire. Le patient ne doit pas nier, se révolter, tenter un marchandage. Il doit progressivement arriver, avec la conviction rassurante du médecin, à accepter cet état pathologique.

Il faut, ensuite, impliquer le patient dans la prise en charge de sa maladie, en se faisant aider d'une personne de l'entourage en qui le patient a confiance. Le médecin doit expliquer les enjeux, personnaliser les mesures hygiéno-diététiques nécessaires, former et informer le patient à la pratique de l'automesure tensionnelle et se soucier de la qualité de vie appréciée au départ et à chaque consultation en évaluant régulièrement la tolérance aux traitements. Le médecin doit fournir des instructions claires et, si possible, écrites et comprendre les craintes et les attentes du patient.

La régularité du suivi médical est importante, gage de la réussite du traitement. Le suivi sera d'autant plus rigoureux que la pression est éloignée de l'objectif et que le risque cardiovasculaire est élevé (dans ce cadre, une visite par mois s'impose au début). Notre rôle de soignant doit, au moins au début, assurer des rendez-vous fréquents, de manière à tester à la fois l'efficacité et les effets secondaires des médicaments prescrits.

A chaque visite, il convient de renforcer le rôle du patient impliqué dans ce traitement, après lui avoir rappelé l'intérêt des médicaments

couplés à l'approche non médicamenteuse. Ceci est d'autant plus important que l'hypertension artérielle est habituellement asymptomatique. Normaliser les valeurs de pression ne signifie pas guérison. La poursuite du traitement est nécessaire, car l'hypertension non contrôlée peut occasionner, au bout d'un certain nombre d'années, des complications redoutables (cardiaques, cérébrales, rénales) qui peuvent rendre le patient fortement handicapé à l'avenir, voire engendrer le besoin de traitements lourds (chirurgie coronaire, dialyse,...). Il faudra parler clairement à ce patient, lui fournir à chaque fois des instructions simples. Son éducation à propos de la prise des médicaments, de l'horaire des prises, des effets secondaires potentiels; tout cela doit être régulièrement (re)discuté au décours des visites. Le traitement commencera toujours à posologie faible pour être augmenté progressivement en fonction des résultats tensionnels au cabinet de consultation et/ou à domicile, et rappelé régulièrement. Le médecin devra simplifier au maximum le traitement, essayer de recourir à une prise par jour en utilisant, si une bithérapie est nécessaire, des associations fixes (souvent mieux tolérées que les posologies pleines de monothérapie). Il faudra aussi (ré)encourager le patient à l'automesure de la pression artérielle qui peut avoir un impact considérable sur l'adhésion (17). Le patient peut vérifier lui-même l'efficacité de la molécule antihypertensive par rapport aux données chiffrées avant l'initiation du traitement. Utiliser des blisters avec des jours de semaine plutôt que des flacons contenant des pilules et insister pour que la prise soit faite au moment soit d'un repas, soit d'un geste courant de la vie quotidienne, par exemple lors du passage à la salle de bain.

Il faut aussi encourager la famille à vérifier la prise régulière du médicament par le patient. Pour le médecin traitant la visite à domicile est certainement fort importante pour connaître l'environnement dans lequel vit le patient et pour l'encourager à cette prise régulière.

Il faut cependant savoir qu'il n'y a pas une seule intervention qui soit suffisante. C'est un ensemble avec le passage par l'éducation, les modifications du comportement, la réassurance de l'efficacité du traitement pris régulièrement et dépourvu au maximum d'effets secondaires significatifs, l'écoute du médecin traitant face aux souhaits du patient et aux problèmes posés par le traitement.

TABLEAU II. DIX DIRECTIVES POUR AMÉLIORER L'ADHÉSION DU PATIENT À SON TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR

1. Être conscient du problème et le rechercher lors des consultations.
2. Établir l'objectif du traitement : normaliser la pression artérielle par des moyens générant le minimum d'effets secondaires.
3. Éduquer le patient à propos de sa maladie et de son traitement.
4. Communiquer souvent avec le patient et le revoir régulièrement.
5. Maintenir le traitement le plus simple et le moins coûteux possible.
6. Prescrire en tenant compte du patient et des interactions médicamenteuses.
7. Arrêter un traitement inefficace ou mal toléré et le remplacer.
8. Anticiper les effets secondaires en débutant avec des posologies faibles.
9. Associer dans un même comprimé les substances utilisées séparément tolérées et efficaces.
10. Faire participer le patient (automesure), la famille et le pharmacien dans le traitement et son suivi.

ASPECTS PRATIQUES POUR AMÉLIORER L'ADHÉSION AU TRAITEMENT (TABLEAU II)

La démarche est combinée, avec des actions centrées sur le patient, le médecin et le système de soins.

Il faut, tout d'abord, détecter le risque de non adhésion. Il faut donc être bien conscient de la problématique. Il faudra, si possible, monitoriser le traitement, améliorer les relations avec le patient et, notamment, si les rendez-vous pris ne sont pas honorés, essayer de comprendre pourquoi et insister pour que le patient consulte à nouveau. Lorsque l'efficacité antihypertensive, c'est-à-dire une normalisation des valeurs de pression artérielle n'est pas obtenue, interroger le patient sur les raisons possibles de cet échec.

L'adhésion peut être améliorée par diverses actions :

- Actions centrées sur le patient, à savoir simplifier le schéma thérapeutique, en choisissant des molécules à longue durée d'action et avec un minimum d'effets indésirables.

- Actions centrées sur le médecin, à savoir donner des rendez-vous réguliers qui conviennent au patient, simplifier et adapter le traitement, fournir les instructions individualisées orales et écrites et insister pour que le patient participe à son traitement, notamment par l'automesure de la pression artérielle. Impliquer un membre de la famille dans le suivi du traitement à domicile est certainement un plus.

- Actions centrées sur le système de soins : on peut faire participer le pharmacien qui intervient pour la fourniture du médicament à partir de l'ordonnance rédigée et qui peut aider le patient en lui suggérant des moyens pour ne pas oublier la prise régulière du médicament et en insistant sur la manière de prendre de façon efficace ce médicament (18).

CONCLUSION

La non adhésion au traitement est un problème fréquent dans la prévention des maladies cardiovasculaires (19). C'est particulièrement le cas dans le traitement de l'hypertension artérielle, ce qui peut expliquer bon nombre d'échecs dans notre prise en charge. Ceci va entraîner des complications cardiovasculaires, un coût pour la société et, surtout pour le patient, un risque de morbi-mortalité.

Cette adhésion doit donc être améliorée par l'éducation du patient, par la simplification de son traitement, le choix de molécules bien tolérées et la stimulation du patient à participer de façon active à son traitement (dont l'automesure de la pression artérielle).

La première règle évidemment est que le médecin doit être conscient d'un possible manque d'observance devant un patient dont la pression artérielle reste élevée. En effet, on peut utiliser la meilleure molécule antihypertensive, la mieux tolérée, elle sera sans efficacité si le patient ne la prend pas.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kearney P, Whelton M, Reynolds K, et al.— Global burden of hypertension : analysis of worldwide data. *Lancet*, 2005, **365**, 217-223.
2. Godet-Thobie H, Vernay M, Noukpoape N, et al.— Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007. *BEH Thématique*, 2008, 478-483.
3. Chobanian A.— The hypertension paradox. More uncontrolled disease despite improved therapy. *N Engl J Med*, 2009, **361**, 878-887.
4. Krzesinski J.M.— Comment j'explore ... une hypertension résistante. *Rev Med Liège*, 2002, **57**, 475-478. <http://hdl.handle.net/2268/6062>
5. Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, et al.— Adherence of antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation*, 2009, **120**, 1598-1605.
6. Wetzels G, Nelemans P, Schouten J, Prins M.— Facts and fiction of poor compliance as a cause of inadequate blood pressure control : a systematic review. *J Hypertens*, 2004, **22**, 1849-1855.
7. Mazzaglia G, Montovani L, Sturkenboom M, et al.— Patterns of persistence with antihypertensive medications in newly diagnosed hypertensive patients in Italy : a retrospective cohort study in primary care. *J Hypertens*, 2005, **23**, 2093-2100.

8. Christensen A, Ostergerg L, Hansen E.H.— Electronic monitoring of patient adherence to oral antihypertensive medical treatment : a systematic review. *J Hypertens*, 2009, **27**, 1540-1551.
9. Krzesinski JM, Rorive GL.— Intérêt du calcul du rapport Trough/Peak (effet en fin de dose/effet maximum) lors d'un traitement antihypertenseur. *Méd Hyg*, 1995, **53**, 1629-1632.
10. Leeman M, Duprez D.— La tolérance au traitement antihypertenseur en Belgique. *J Cardiol*, 1998, **10**, 29-33.
11. Bloom B.— Continuation of initial antihypertensive medication after 1 year of therapy. *Clin Ther*, 1998, **20**, 4, 671-680.
12. Caro JJ, Speckman J.L.— Existing treatment strategies: does noncompliance make a difference? *J Hypertens*, 1998, **16**, suppl 7, S31-S34.
13. Elliott W, Plauschinat C, Skrepnek G, Gause D.— Persistence, adherence, and risk of discontinuation associated with commonly prescribed antihypertensive drug monotherapies. *J Am Board Fam Med*, 2007, **20**, 72-80.
14. Breekveldt-Postma NS, Penning-van Beest FJ, Siiskonen SJ, et al.— The effect of discontinuation of antihypertensives on risk of acute myocardial infarction and stroke. *Curr Med Res Opin*, 2008, **24**, 121-127,
15. Mar J, Rodriguez-Artalejo F.— Which is more important for the efficiency of hypertension treatment: hypertension stage, type of drug or therapeutic compliance? *J Hypertens*, 2001, **19**, 149-155.
16. Krzesinski J.M.— Qualité de la prise en charge de l'hypertension artérielle. Pouvons-nous, devons-nous faire mieux. *Rev Med Liège*, 2002, **57**, 202-206. <http://hdl.handle.net/2268/6072>
17. Márques-Contreras E, Martell-Claros N, Gil-Guillén, et al.— Efficacy of a home blood pressure monitoring programme on therapeutic compliance in hypertension : the EAPACUM-HTA study. *J Hypertens*, 2006, **24**, 169-175.
18. Carter B, Ardery G, Dawson J, et al.— Physician and pharmacist collaboration to improve blood pressure control. *Arch Intern Med*, 2009, **169**, 1996-2002.
19. Scheen AJ.— La non-observance thérapeutique : problème majeur pour la prévention des maladies cardiovasculaires. *Rev Med Liège*, 1999, **54**, 914-920.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr J.M. Krzesinski, Service de Néphrologie-Dialyse-Transplantation, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique
Email : jm.krzesinski@chu.ulg.ac.be