

En ligne sur
www.larevuedupraticien.fr

vidéo

son

images

diaporama

animation

Nicolas
Postel-Vinay

Guillaume Bobrie *

Certains patients éduqués et utilisateurs de l'automesure tensionnelle ne pourraient-ils pas juger eux-mêmes de l'efficacité de leur traitement plus rapidement que leur médecin, et en conséquence, sinon adapter eux-mêmes les doses prescrites selon un programme établi, du moins questionner leur médecin sur la non-atteinte des objectifs tensionnels ?

Ce qui est nouveau

Proposer aux sujets hypertendus d'autosurveiller leur niveau tensionnel et de juger l'efficacité de leur traitement.

Proposer d'utiliser des plans d'action dans l'hypertension artérielle.

Placer en miroir l'inertie clinique des médecins et la capacité d'autosurveillance des patients.

Place des patients dans le contrôle de leur hypertension artérielle : encourager l'autosurveillance

Le plus souvent asymptomatique lorsqu'elle n'est pas compliquée, l'hypertension artérielle ne se prête guère à une prise de parole des patients telle qu'on l'observe pour le cancer, les maladies rares ou les infections sexuellement transmissibles (infection par le virus de l'immunodéficience humaine), pour ne citer que ces maladies où des associations de malades ont su trouver leur place. En pratique, les médecins de l'hypertension semblent dire à leur patient « *prenez votre traitement comme sur l'ordonnance et tout ira bien* » alors qu'on propose de plus en plus souvent aux sujets porteurs d'une affection chronique, comme les diabétiques ou les asthmatiques, de participer à leur traitement. Les nombreux textes de recommandations de pratique clinique pour la prise en charge de l'hypertension artérielle sont peu diserts, sinon muets, sur la place accordée au patient quant aux décisions le concernant.

Au vu de la remarquable efficacité de la prévention cardiovasculaire de ces 30 dernières années, on ne saurait critiquer ce qui ressemble à un certain conservatisme, mais posons une question nouvelle. Puisque de plus en plus de patients mesurent eux-mêmes leur pression artérielle et vérifient les prescriptions du médecin en consultant Internet, le temps de faire évoluer notre rapport avec les sujets hypertendus n'est-il pas venu ? Cette question est également posée en filigrane par les insatisfactions actuelles sur le contrôle de l'hypertension artérielle qui reste insuffisant (avec une pression artérielle supérieure à 140/90 mmHg) chez la moitié des patients environ. Alors que nous disposons d'une panoplie pharmacologique performante qui s'enrichit régulièrement depuis les années 1950, le contrôle reste globalement médiocre, en France comme aux États-Unis, notamment en raison de facteurs comportementaux.^{1,2} Pour mieux faire, est-il pertinent de chercher de nouvelles approches impliquant mieux les patients ?

Avant d'aller plus loin, précisons que parler des « hypertendus », c'est évoquer la société dans son entier et non un groupe distinct de patients. En baissant le seuil définissant la normotension, en améliorant le dépistage, et en disposant d'un système

* Unité d'hypertension artérielle, hôpital Européen Georges-Pompidou, AP-HP, 75651 Paris Cedex 15.
guillaume.bobrie@egp.aphp.fr automesure@noos.fr

d'Assurance maladie capable de rembourser les traitements, notre système de santé a constitué un groupe de 12 millions de personnes, en France. Autant dire que, issus d'un si grand nombre, les sujets hypertendus recouvrent tous les types de personnalités, niveaux d'éducation ou catégories sociales, et sont partie intégrante des évolutions actuelles de la relation soignant-soigné qui s'éloigne du modèle parternaliste où le médecin décidait seul de la marche à suivre. L'heure est aux modifications réglementaires (droit d'accès au dossier médical, obligation d'information sur les risques), parfois au partage des décisions, à la négociation, voire à la judiciarisation.³ Patients et médecins sont appelés à œuvrer ensemble, et le concept « d'alliance thérapeutique » est mis en avant pour une meilleure gestion des pathologies chroniques.⁴ Slogan utopique ou véritable piste d'amélioration ?

Hygiène de vie : la conduite des patients en échec

Par le biais de la nutrition, de l'exercice physique et de l'absence de tabagisme, une bonne hygiène de vie est non seulement un déterminant puissant des facteurs de risque cardiovasculaire mais elle peut aussi avoir un impact direct sur le niveau de pression artérielle. Les comportements (manger mieux, saler moins, boire peu d'alcool, bouger, et ne pas fumer) sont autant d'actes qui relèvent d'abord du quotidien de chaque patient plutôt que des soins. Cette éducation à la santé (qui n'est pas l'éducation thérapeutique) implique une approche populationnelle de l'hypertension artérielle se situant en amont de la clinique et qui devrait commencer dans l'enfance.⁵ Mais les patients suivent-ils les règles hygiénistes ? On peut en douter à la lecture des données des trois études EUROASPIRE menées chez des patients coronariens avérés entre 1995 et 2007 dans 22 pays européens.⁶ Durant ce laps de temps, la fréquence du tabagisme n'a pratiquement pas diminué (elle a même augmenté chez les moins de 50 ans) et la prévalence de l'obésité continue de croître (atteignant plus de la moitié du registre de 2007). Ce constat peut être interprété comme un échec de la relation soignant-soigné sur les facteurs comportementaux puisque, dans le même temps, l'activité médicale a augmenté avec notamment une forte progression de la prescription des statines et des antihypertenseurs. En d'autres termes, la facilité de l'ordonnance contraste avec le difficile contrôle des facteurs de risque, sachant que devant ce mauvais constat on ne saurait délimiter les responsabilités respectives de l'environnement social, des professionnels de santé ou des patients. Pour corriger le tir, les auteurs d'EUROASPIRE plaident pour une médicalisation accrue des patients avec la création de

Ce qui est connu

Couplée à des programmes éducatifs, l'automesure tensionnelle à domicile contribue à améliorer l'observance et, dans une moindre mesure, à mieux contrôler la pression artérielle.

centres de réhabilitation incluant des programmes de nutrition et d'activité physique. Peut-être, mais à quel prix ? N'oublions pas que la vraie bataille se situe très en amont de la prévention secondaire, et qu'il ne faut pas renoncer à trouver les moyens d'une responsabilisation accrue de chaque personne.

S'informer n'est pas toujours comprendre

L'accès facilité aux informations de santé, désormais largement numérisées, constitue un important changement. Les enquêtes objectivent la forte demande d'information des hypertendus, notamment les plus jeunes volontiers utilisateurs de l'automesure,⁷ mais il n'est pas établi que l'information des patients, même rédigée et délivrée par une équipe de soins, ait une influence quantifiable sur la pression artérielle.⁸ On sait, à l'inverse, que les informations ne sont pas source d'anxiété⁸ et que l'illettrisme est un facteur de risque de mortalité cardiovasculaire.⁹

La validation des informations n'exonère pas du problème de l'adéquation entre la lecture du patient et l'intention du rédacteur. À ce titre, les notices incluses dans les boîtes de médicaments (et accessibles en ligne) constituent un bon exemple d'incompréhension mutuelle. Une enquête britannique portant sur la perception des patients après leur lecture montre que les termes « rare » ou « fréquent » sont mal interprétés.¹⁰ Pour les patients, les termes « rare » et « fréquent » correspondent à des survenues de l'ordre de 8 % et 45 % des cas, respectivement, alors que pour les autorités européennes ces mentions correspondent à des survenues d'effets indésirables* de 0,01 à 0,1 %, et de 1 à 10 %. Connaître cette surestimation ne doit pas être un motif pour négliger les plaintes des patients puisque leurs signalements peuvent s'avérer parfaitement fondés, tels la toux sous inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) ou l'œdème des membres inférieurs avec les antagonistes calciques ; la gestion des effets secondaires fait partie intégrante du suivi de l'observance. Contrairement aux conditions des essais cliniques, les cessations ou changements de traitement reposent souvent, en pratique courante, sur des effets secondaires non spécifiques des classes d'antihypertenseurs. Aussi, il faut savoir écouter la plainte des patients déclarant des intolérances multiples et non spécifiques (vertiges, fatigue, sensation de faiblesse) car ils sont plus anxieux et/ou déprimés que les autres ; certains peuvent relever d'un soutien psychologique.¹¹

Pour l'anecdote, précisons qu'un de nos patients nous a indiqué que les notices sont baptisées *Il buggiardino* par les patients et par les médecins italiens..., ce qui signifie « le petit menteur ».

Automesure : l'outil des patients actifs

Dans les années 1980, suite à la commercialisation d'autotensiomètres électroniques d'un prix abordable, les patients ont commencé à s'approprier leurs mesures tensionnelles, souvent contre l'avis de leur médecin.¹ Puis, les preuves scientifiques de l'intérêt de l'automesure avançant au fil des publications – jusqu'à être intégrées dans les recommandations – une proportion grandissante de médecins ont repris la main en cadrant la pratique de l'automesure pour en assurer la qualité du geste. Mais cette évolution médicale est lente car la proportion des médecins méfiants, sinon hostiles, à l'automesure demeure peut-être plus forte que l'activisme spontané des patients. En 2009, plus d'un tiers des hypertendus traités (36 %) possèdent un autotensiomètre (25 % en 2004), et 12 % de sujets ne recevant pas de traitement antihypertenseur ;^{2,3} les chiffres sont comparables en Grande-Bretagne où on estime que 10 % de la population générale utilise un autotensiomètre.^{2,4}

Mais cette possession n'est pas synonyme de bon usage. Ainsi, les appareils utilisés ne sont majoritairement pas les meilleurs (les autotensiomètres de poignet prédominent quoique non recommandés) et les gestes de mesure sont très mal connus des sujets non éduqués : 40 % pensent qu'une seule mesure suffit, et 45 % croient que la mesure se fait en position allongée.⁵ La pratique des soignants ne paraît pas meilleure car, en dépit d'une utilisation croissante de l'automesure par les médecins, la méthodologie employée reste trop éloignée de celle préconisée par les recommandations : seuls 11 % des médecins utilisateurs de l'automesure font effectuer à leurs patients au moins 3 jours de mesure avec un tensiomètre équipé d'un brassard huméral, et calculent la moyenne.⁶ Pourtant voici 10 ans qu'il a été démontré que l'automesure est facilement faisable, même chez le sujet âgé en médecine générale (faisabilité supérieure à 90 %).⁷ En revanche obtenir que les patients calculent leur moyenne de mesure reste difficile : en fonction de l'éducation reçue, ils recopient plus ou moins fidèlement leurs résultats^{8,9} et seuls les plus jeunes et diplômés parviennent à



IMOTHEP

« Automesure à l'étonnement »

s'aider d'Internet.¹⁰ Les patients utilisant l'automesure font preuve d'une meilleure observance et d'une meilleure capacité à se souvenir du nom de leur traitement.^{11,12} Mais si l'impact positif de l'automesure sur l'observance est assez bien documenté, on ne

doit pas perdre de vue que, dans au moins la moitié des cas, l'automesure proposée est incluse dans un programme éducatif plus large.¹³ Ajoutons enfin que les adeptes de l'automesure font preuve d'un plus grand souhait d'autoprise en charge, y compris dans la prise de décision.¹⁴

RÉFÉRENCES

1. Bobrie G, Denolle T, Postel-Vinay N. L'automesure tensionnelle, guide pratique. Paris : Imothep, 2000.
2. Mourad JJ, Herpin D, Postel-Vinay N, et al. Utilisation des appareils d'automesure tensionnelle en France en 2004. Arch Mal Cœur Vaiss 2005;98:779-82.
3. Hanon O, Giered X, Postel-Vinay N, et al. Communication congrès SFHTA. Arch Mal Cœur Vaiss Prat 2009;1.
4. McManus R, Glasziou P, Hayen A, et al. Blood pressure self monitoring: questions and answers from a national conference. BMJ 2008;337:a2732.
5. Postel-Vinay N, Mordefroid O, Lemee C. Connaissances des internautes sur l'automesure tensionnelle évaluées par didacticiel. Communication congrès SFHTA. Arch Mal Cœur Vaiss Prat 2009;1.
6. Boivin J, Gaillet TJ, Fay R, Rossignol P, Zannad F. En 2009, les médecins généralistes français pratiquent plus souvent l'automesure qu'en 2004, sans respecter strictement la méthodologie recommandée. Communication congrès SFHTA. Arch Mal Cœur Vaiss Prat 2009;1.
7. Vaisse B, Genes N, Vaur L, Bobrie G, Clerson P, Mallion JM. Faisabilité de l'automesure tensionnelle à domicile chez le sujet hypertendu âgé. Arch Mal Cœur Vaiss 2000;93:963-7.
8. Johnson K, Partsch D, Rippole L, Mcvey D. Reliability of self-reported blood pressure measurement. Arch Int Med 1999;159:2689-93.
9. Postel-Vinay N, Bobrie G, Trinquart L, Monberg R. Fiabilité des chiffres d'automesure tensionnelle recopiés par les patients. Arch Mal Cœur Vaiss Prat 2009;1.
10. Postel-Vinay N, Bobrie G, Asmar R. Automesure de la pression artérielle : quelle restitution par les patients ? Enquête Autoprov. Rev Prat 2009;59:8-12.
11. Ashida T, Sugiyama T, Okuno S, Ebihara A, Fujii J. Relationship between home blood pressure measurement and medication. Compliance and name recognition of antihypertensive drugs. Hypertens Res 2000;23:21-4.
12. Hanon O, Mourad JJ, Mounier-Vehier C, et al. La possession d'un appareil d'automesure tensionnelle contribue à améliorer l'éducation des patients hypertendus. Arch Mal Cœur Vaiss 2001;94:879-83.
13. Ogedegbe G, Schoenthal A. A systematic review of the effects of home blood pressure monitoring on medication adherence. J Clin Hypertens 2006;8:174-80.
14. Rickerby J, Woodward J. Patient's experience and opinions of home blood pressure measurement. J Hum Hypertens 2003;17:495-503.

Obéir à une ordonnance ou suivre un plan d'action ?

Il est classique de souligner l'importance des écarts entre prescriptions et réalité des prises. Loin de se résumer à des « oublis » ou une « désobéissance » d'un patient fautif, l'observance sous-entend le degré d'appropriation du traitement par le patient¹² et les inadéquations de la relation soignant-soigné.¹³ Les patients peuvent avoir des motifs bien identifiés pour ne pas suivre leur ordonnance à la lettre, notamment en cas d'effets secondaires (réels ou allégués). Une enquête finlandaise évalue à 35 % le pourcentage d'hypertendus modifiant leurs médicaments anti-hypertenseurs à la baisse (en dosage ou en nombre de comprimés) lorsqu'ils éprouvent « un problème avec leur hypertension ». ¹⁴ En cas d'intolérance importante, on ne saurait donner tort au patient : arrêter immédiatement – donc sans attendre un avis médical – la prise d'un IEC lors de la survenue d'un œdème est sans doute la meilleure décision qu'il puisse prendre, tout comme l'arrêt d'un diurétique chez une personne âgée ayant une diarrhée avec fièvre. De même, les patients qui, sciemment, ne prennent pas leur traitement deux jours par mois en raison du conditionnement de 28 cp/boîte ne doivent pas être considérés comme mauvais observants.¹² À l'inverse, les trop fréquentes irrégularités de prise d'un traitement efficace et bien toléré sont source de mauvais contrôle de la pression artérielle.

En règle générale, l'équilibre entre le soignant et le soigné se trouve de façon informelle au sein du colloque singulier des consultations successives, mais on peut se demander si la prise d'un traitement antihypertenseur ne devrait pas être planifiée, à l'instar de ce qui est proposé aux patients asthmatiques ou aux diabétiques. Depuis la fin des années 1990, les programmes visant à promouvoir une « autoprise en charge » (*self management*) des patients ayant une maladie chronique se multiplient, mais les démonstrations d'efficacité de cette démarche restent rares. Une revue Cochrane des essais randomisés sur ce thème (portant sur 17 essais totalisant 7 442 patients) montre quelques bénéfices pour l'autoprise en charge sur la gestion à court terme des symptômes (douleur, fatigue) et la fréquence de l'exercice physique ; cependant à long terme, l'amélioration de paramètres cliniques mesurables – dont la pression artérielle – n'est pas encore probante.¹⁵ Ce manque de preuve incite à se garder d'un optimisme exagéré quand aux bénéfices escomptés par cette approche dont les patients ne sont pas tous demandeurs. Combien d'hypertendus souhaitent abandonner l'habituel paternalisme de la relation soignant-soigné pour aspirer à plus d'autonomie ? D'après une enquête japonaise, la grande majorité d'entre eux souhaitent préserver le rôle prédominant du médecin avant de participer aux prises de décisions les concernant.¹⁶ Cette réserve faite, il n'en reste pas moins que les attentes des patients évoluent au fil des années. Dans le cas de l'hypertension artérielle, différentes enquêtes montrent que les femmes jeunes seraient plus désireuses d'autonomie, tandis que les patients âgés préfèrent qu'on décide pour eux.

Certains patients adaptent eux-mêmes leur traitement anti-hypertenseur, avec ou sans l'accord du prescripteur. Dans une étude japonaise, portant sur 1 028 patients, la proportion des sujets adaptant leurs doses d'antihypertenseurs est de 2,5 %.¹⁷ Ces sujets qualifiés de *self-controllers* avaient la particularité de tous pratiquer l'automesure tensionnelle, mais ils ne se différenciaient pas des autres patients en termes d'âge, d'ancienneté de l'hypertension ou de traitements, ni de niveau de contrôle. Pour la majorité (73 %) l'autoajustement se faisait en accord avec leur médecin, les autres (27 %) selon leurs propres choix. Les auteurs estiment que l'autocontrôle paraît faisable et sans danger.

Si une bonne interactivité entre le prescripteur et le patient est nécessaire, il importe peu en pratique qu'elle se situe dans un modèle paternaliste ou de décision partagée. L'important est que le dialogue convienne aux deux parties : au patient qui souhaite « bien vivre » son traitement, et au soignant qui vise un bon contrôle des facteurs de risque. Si le partage de décision est d'esprit plus en phase avec l'époque moderne, il n'a pas vraiment fait la preuve de sa supériorité pour mieux contrôler la pression artérielle.¹⁸

Deux programmes offrant la possibilité aux patients de modifier eux-mêmes leur traitement suivant un plan d'action thérapeutique prédéterminé, et basés sur les résultats d'automesure, ont fait état d'une bonne faisabilité et d'une bonne satisfaction des patients.^{19, 20} Dans l'étude pilote SETHI²⁰ reposant sur un programme d'autotitration inspiré des plans d'action pour l'asthme, il était demandé aux hypertendus volontaires d'augmenter eux-mêmes, sur une période de 8 semaines et sans aucun contact avec le médecin, leur traitement en fonction des résultats de leurs propres automesures rapportés au plan d'action. Une éducation et des instructions précises permettent donc d'impliquer fortement les patients dans la mise en œuvre de leur traitement médicamenteux. Une telle démarche, pour l'instant non préconisée dans les recommandations, ne saurait être systématiquement proposée à tous les patients et il reste à évaluer la pertinence sur des critères de contrôle tensionnel et économiques.

Lutter contre l'inertie clinique: un nouveau rôle pour les patients ?

Plus de la moitié des hypertendus traités n'atteignent pas les objectifs tensionnels recommandés, mais lorsqu'un médecin reconnaît une situation de non-contrôle, il n'est pas rare qu'il

+ Web

Consultez sur www.larevuedupraticien.fr
la fiche patient à imprimer et à remettre à vos patients.

automesure.com

n'en tire pas les conséquences, phénomène qui a été qualifié d'inertie clinique : « *Souvent les professionnels de santé n'intensifient pas les traitements au fur et à mesure des visites. Ils reconnaissent le problème, mais ne parviennent pas à agir* ». ²¹ Parmi les motifs invoqués, l'attentisme paraît le plus fréquent et, en pratique, le professionnel poursuit les mesures sans prendre acte de la non-atteinte des objectifs qui justifierait d'adapter le traitement. ²² Selon nous, cette passivité devrait être limitée, sinon évitée par le recours à l'automesure (mesure ambulatoire de la pression artérielle [Mapa]) dont les résultats reposent sur la sommation de nombreuses mesures sur une période de temps supérieure à celle d'une consultation ponctuelle.

Les deux autres principales causes d'inertie médicale sont une satisfaction par la baisse tensionnelle déjà obtenue (fût-elle au-dessus des objectifs recommandés) et un motif de consultation des patients non lié à l'hypertension artérielle. ²³ Comment lutter contre ? Sachant qu'il est déjà montré que les patients influencent leur médecin en matière de prescription d'examen complémentaires, ²⁴ pourquoi ne miserait-on pas sur leur participation pour un meilleur contrôle de leur pression artérielle ? Les patients pourraient s'impliquer dans l'interprétation des résultats des automesures et, en cas de baisse tensionnelle insuffisante, il leur reviendrait de solliciter activement leur médecin. Une telle démarche impliquerait d'informer précisément le patient non seulement de l'objectif visé mais aussi des modalités d'augmentation progressive du traitement, ce qui est faisable avec une bonne satisfaction et des médecins et des patients comme montré dans l'étude Sethi. ²⁰ Certes l'intérêt d'une telle démarche n'est pas encore prouvé, mais la méconnaissance par le patient de l'objectif tensionnel est une des causes de non-contrôle. ²⁵

En pratique, quel programme préconiser ?

Certains programmes d'accompagnement utilisant l'automesure impliquent également des infirmières, des pharmaciens et/ou des outils de communication (téléphone ou Internet) ; plusieurs peuvent améliorer l'observance et, dans une moindre mesure, le contrôle tensionnel. ^{26, 27} Leur utilisation en pratique courante n'est pas encore effective et, à ce jour, aucun système entièrement automatisé (c'est-à-dire sans recours à un contact humain) n'est parvenu à démontrer une amélioration tangible du contrôle tensionnel. Ces programmes sont insuffisamment décrits dans les publications et leurs coûts rarement évoqués, alors que ces données sont indispensables pour évaluer leur véritable pertinence en comparaison à une prise en charge habituelle. Compte tenu de la formidable prévalence de l'hypertension artérielle (au moins 25 % de la population générale), on attend un système, certes efficace, mais également accessible pour le plus grand nombre, donc ni trop coûteux, ni trop complexe. Ne perdons pas de vue que les médecins eux-mêmes jugent les multiples possibilités thérapeutiques décrites par les textes de recommandations trop complexes. ²⁸ L'avenir est sans

doute à une simplicité accrue qui éviterait aux médecins de s'éparpiller dans des choix thérapeutiques aléatoires, souvent non synergiques. On en voudra ici pour preuve le succès d'un plan thérapeutique simplifié qui fait mieux que les soins courants pour contrôler les patients ; ²⁹ ce plan proposant aux prescripteurs un choix unique d'association d'antihypertenseurs s'avère plus facile à suivre (et permettant une meilleure baisse tensionnelle) que les multiples possibilités permises par les recommandations. Il a valeur d'exemple.

Mauvais patients, bon médecin ? Et vice versa !

En 1926, un des pionniers de la médecine de l'hypertension artérielle, Gallavardin, affirmait qu'« *une hypertension artérielle reconnue, on devra toujours éviter de dire au malade le chiffre de tension relevé. Il sera bien facile de parler simplement de "circulation un peu forte", de "vaisseaux trop distendus", ou d'employer quelque autre périphrase analogue, en évitant de prononcer les mots d'hypertension artérielle, et surtout celui d'artériosclérose auquel les malades semblent attacher un sens beaucoup plus précis que la plupart des médecins et qui, par-dessus tous les autres, a la vertu de les inquiéter. Le malade doit avoir assez de confiance dans son médecin pour lui permettre de le soigner, sans exiger de lui un cours de pathologie médicale ou des précisions circulatoires* ». ³⁰ Si au début du XX^e siècle cette attitude était compréhensible (les traitements efficaces étaient quasiment inexistantes et le droit d'accès au dossier médical n'existait pas), ce n'est plus le cas aujourd'hui. Les nouvelles technologies de l'information se diffusent et les patients deviennent actifs, notamment les plus jeunes. Alors, faut-il prôner un mode paternaliste avec « obéissance » à une ordonnance ou le *self-management* ? Faute de preuves publiées tranchant cette question, que chacun – médecin et patient – reste pragmatique : tant que les facteurs de risque sont correctement contrôlés, la question reste superflue, mais dans le cas contraire, il est cohérent de chercher de nouvelles voies d'amélioration en impliquant plus nettement les patients. Un des arguments plaçant fortement pour un rôle accru des patients est que le déterminisme des facteurs de risque cardiovasculaire appartient à la vie de tous les jours. Vouloir accroître la place du médecin derrière chaque personne en surpoids, et/ou sédentaire et/ou hypertendue, sans se donner les moyens de responsabiliser en amont des soins chaque personne, semble en contradiction avec la baisse de la démographie médicale.

Conclusion

En matière de prise en charge de l'infarctus du myocarde, il a fallu plus de 10 ans après la publication des preuves pour que – enfin – les recommandations préconisent aux médecins « *de prescrire le 15* », c'est-à-dire de rendre actifs des patients à risque afin qu'ils reconnaissent eux-mêmes leur symptômes

d'alarme devant les conduire le plus vite possible vers l'accès à la thrombolyse. Combien de temps faudra-t-il pour que les médecins accordent plus de confiance à leurs patients hypertendus quant à leur capacité d'autosurveillance? Combien de temps faudra-t-il pour qu'on ne choque plus en écrivant qu'un patient hypertendu bien éduqué pourrait faire mieux qu'un médecin surchargé n'actualisant pas ses connaissances? Ce cas de figure est maintenant admis pour les maladies rares dont les patients, souvent aidés par des associations, sont devenus experts. Sur les très nombreux patients hypertendus, gageons qu'il sera possible de trouver un pourcentage significatif de sujets compétents pour effectuer leur autosurveillance. L'automesure a mis une bonne quinzaine d'années à être préconisée par les recommandations; voyons combien de temps il faudra pour que le concept d'autoprise en charge gagne du terrain. •

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

SUMMARY The role of patients in the management of hypertension: let's be pragmatic

The management of hypertension and cardiovascular risk factors, which concerns more than 25 percent of the population, is a challenge in an increasingly sedentary world and today's context of a rising prevalence in obesity. The care-focused paternalistic relationship between physicians and patients should evolve for the new generation of physicians, as well as for patients. The last medical resistance to self-measurement of blood pressure should disappear, and it is necessary to meet the rising expectations of patients in terms of information. The failure of lifestyle-related risk factor control, including in secondary prevention, should be investigated. The solution may not lie in an increased role for conventional care systems, as generally suggested by healthcare professionals, who cannot ignore the decrease in medical personnel and the financial pressure placed on all care systems in the world.

RÉSUMÉ Place des patients dans le contrôle de leur hypertension artérielle : soyons pragmatiques

Concernant plus d'un quart de la population, le contrôle de l'hypertension artérielle et des facteurs de risque cardiovasculaires est un défi dans un monde de plus en plus sédentaire et en contexte d'augmentation de prévalence de l'obésité. Le modèle paternaliste de la relation médecin malade centré sur les soins doit évoluer pour les jeunes générations de médecins comme pour les patients. Les dernières résistances médicales à l'automesure tensionnelle doivent reculer et il faut répondre aux attentes croissantes des patients en matière d'information. L'échec du contrôle des facteurs de risque liés à l'hygiène de vie, même en prévention secondaire, doit être analysé et sa réponse ne passe peut-être pas par un rôle accru du classique système de soins comme habituellement proposé par les soignants qui ne peuvent pas ignorer la baisse de la démographie médicale et les tensions financières de tous les systèmes de soins dans le monde.

RÉFÉRENCES

- Godet-Thobie H, Vernay M, Noukpoape A, et al. Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans. Étude nationale nutrition santé 2006-2007. *BEH* 2008;49-50.
- Chobanian AV. The hypertension paradox - more uncontrolled disease despite improved therapy. *N Engl J Med* 2009; 361:878-87.
- Hoerni B. La relation médecin-malade ; l'évolution des échanges patient-soignant. Paris: Imothep, 2008.
- Fuertes J, Mislowack A, Bennett J, et al. The physician patient working alliance. *Patient Educ Couns* 2007; 1:29-36.
- Postel-Vinay N, Lequellec-Nathan M, Chauillac M, Mélihan-Chenin P, Coquin Y, Dab W. Prévenir l'hypertension artérielle. L'approche populationnelle en amont de la prise en charge individuelle. *Rev Prat* 2004;54:585-6.
- Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyrala K, Keil U. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet* 2009;373:929-40.
- Postel-Vinay N, Bobrie G, Chatellier G, Raveau-Landon C. Automesure tensionnelle à domicile et Internet (1) : les hypertendus internautes. *Rev Prat MG* 2002;563:231-2. *Rev Prat MG* 2002;564:275-6.
- McKinstry B, Hanley J, Heaney D, McCloughan L, Elton R, Webb D. Impact on hypertension control of patient-held guideline: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2006;56:842-7.
- Baker D, Wolf M, Feinglass J, Thompson J, Gazmararian J, Huang J. Health literacy and mortality among elderly Persons. *Arch Intern Med* 2007;167:1503-9.
- Berry D, Knapp P, Raynor D. Provision of information about drug side-effects to patients. *Lancet* 2002;359:853-4.
- Davies S, Jackson P, Ramsy L, Gharhramani P. Drug intolerance due to nonspecific adverse effects related to psychiatric morbidity in hypertensive patients. *Arch Intern Med* 2003;163:592-600.
- Sarradon-Eck A, Egrot M, Blanc MA, Faure M. Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. *Prat Organ Soins* 2008;39:3-12.
- Postel-Vinay N, Ménard J. Observance en pratique médicale courante. EMC. Elsevier, Paris. Encyclopédie Pratique de Médecine, 1-0030, 1998.
- Wallenius S, Vaino K, Korhonen M, Hartzema A, Enlund H. Self-initiated modification of hypertension treatment in réponse to perceived problems. *Ann Pharmacother* 1995;29:1213-7.
- Foster G, Taylor SJC, Eldrige S, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay learders for people with chronic conditions. *Cochrane database Syst Rev* 2007;4:CD005108.
- Nomura K, Ohno M, Fujinuma Y, Ishikawa H. Patient autonomy preferences among hypertensive outpatients in a primary care setting in Japan. *Intern Med* 2007;46:1403-8.
- Ashida T, Sugiyama T, Okuno S, Ebihara A, Fujii J. Relationship between home blood pressure measurement and medication. Compliance and name recognition of antihypertensive drugs. *Hypertens Res* 2000;23:21-4.
- Montgomery A, Harding J, Fahet T. Shared decision making in hypertension: the impact of patient préférences on treatment choice. *Fam Pract* 2001;18:309-13.
- Zarnke K, Feagan B, Mahon J, Feldman R. A randomized study comparing a patient-directed hypertension management strategy with usual office-based care. *Am J Hypertens* 1997;10:58-67.
- Bobrie G, Postel-Vinay N, Delonca J, Corvol P. Self-measurement and self-titration in Hypertension. A pilot telemedicine study. *Am J Hypertens* 2007;20:1314-20.
- Phillips LS, Branch WT, Cook CB, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825-34.
- Berlowitz D. Inadequat management of blood pressure in a hypertensive population. *New Engl J Med* 1998;339:1957-63.
- Oliveria S, Lapuerta P, McCarthy B, L'Italian G, Berlowitz D, Asch S. Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *Arch Intern Med* 2002;162:413-20.
- Winkens R, Diant G-J. Rational, cost effective use of investigations in clinical practice. *BMJ* 2002;324-5.
- Knight EL, Bohn RL, Wang PS, et al. Predictors of uncontrolled hypertension in ambulatory patients. *Hypertension* 2001;38:809-14.
- Rinfret S, Lussier MT, Peirce A, et al. The impact of a multidisciplinary information technology-supported program on blood pressure control in primary care. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009;2:170-7.
- Green B, Cook A, Ralston J, et al. Effectiveness of home blood pressure monitoring, web communication, and pharmacist care on hypertension control. *JAMA* 2008;299:2857-67.
- Cabana M, Rand C, Powe N. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-65.
- Feldman RS, Zou GY, Vandevoort MK, Wong CJ, Nelson SA, Feagan BG. A simplified approach to the treatment of uncomplicated hypertension. A cluster randomized controlled trial. *Hypertension* 2009; 53:645-53.
- Louis Gallavardin. La tension artérielle en clinique ; sa mesure, sa valeur sémiologique (2^e éd.). Paris : Masson, 1921.