

# Prise en charge de l'hypertension artérielle: de l'inertie thérapeutique à l'autonomie des patients

Pr MICHEL BURNIER<sup>a</sup>, Drs ERIETTA POLYCHRONOPOULOU<sup>a</sup> et GRÉGOIRE WUERZNER<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2018; 14: 1602-5

Le pourcentage de patients hypertendus traités qui atteignent les cibles de pression artérielle (< 140/90 mmHg) recommandées par la majorité des recommandations nationales et internationales reste bas, souvent bien inférieur à 50%. Parmi les causes de ce contrôle insuffisant, l'inertie thérapeutique des prestataires de soins a été identifiée comme un déterminant important qui ne s'est pas amélioré au cours des 10-20 dernières années. Le renforcement de l'autonomie du patient par l'encouragement à l'automesure de la pression artérielle à domicile, mais peut-être aussi l'autotitration des médicaments selon un schéma bien défini et soutenu par la télémédecine, pourraient représenter de nouvelles voies pour lutter contre l'inertie thérapeutique en impliquant plus les patients eux-mêmes.

## Hypertension management: from medical inertia to patient autonomy

The percentage of patients treated for hypertension with a well-controlled blood pressure (< 140/90 mmHg) remains disappointingly low, in general way below 50%, despite all national and international recommendations. Among the causes explaining this insufficient control, therapeutic inertia has been identified as an important determinant, which unfortunately did not improve over the last 10-20 years. Patients' empowerment through home blood pressure monitoring and perhaps self-titration according to a well pre-specified scheme supported by telemedicine could represent new avenues to fight against therapeutic inertia.

## INTRODUCTION

Selon un article publié dans le *Lancet* en 2005, un quart de la population mondiale est hypertendue, ce qui représente 972 millions de personnes, dont 333 millions dans les pays développés et 639 dans les pays en voie de développement.<sup>1</sup> En 2025, on estime que plus d'1,5 milliard de personnes souffriront d'hypertension dans le monde. En avril 2018, les médias français annonçaient à grand bruit que près d'un Français sur trois est hypertendu, et que la moitié d'entre eux l'ignorent. Plus inquiétant, entre 2006 et 2015, on ne constate aucune diminution de la prévalence de l'hypertension en France de même qu'aucune amélioration de la prise en charge des patients hypertendus.<sup>2</sup> Chez les femmes, la situation s'est même dégradée pendant cette décennie. Ainsi en 2006, 38,3%

des Françaises hypertendues n'étaient pas traitées. En 2015, ce pourcentage a augmenté à 50,9% (figure 1).

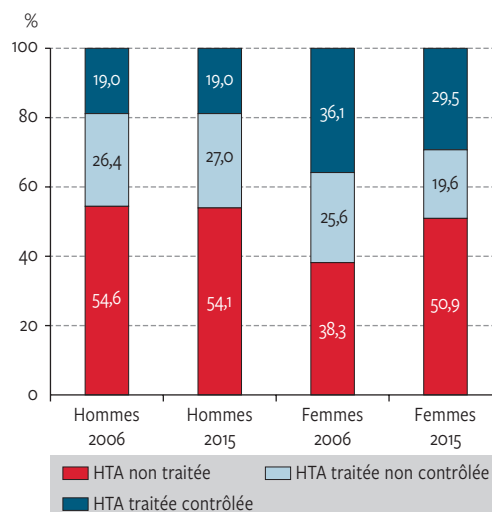
Comment expliquer que près de 50% des personnes hypertendues ignorent leur diagnostic d'hypertension et que le pourcentage des patients traités et bien contrôlés demeure aux environs de 35 à 45% dans pratiquement tous les pays développés<sup>3</sup> dont les moyens économiques sont en principe suffisants pour avoir de meilleurs résultats? Dans les recommandations européennes de 2013, trois facteurs sont clairement identifiés pour leur impact négatif sur la prise en charge de l'hypertension artérielle, à savoir l'inertie thérapeutique des médecins, une adhérence insuffisante des patients à leur traitement et une déficience des systèmes de santé dans leur approche des maladies chroniques.<sup>4</sup>

## INERTIE THÉRAPEUTIQUE: COMMENT LA DÉFINIR

L'inertie thérapeutique a été définie par Philips et coll. en 2011. On parle d'inertie thérapeutique lorsque les presta-

**FIG 1** Evolution de la part traitée et contrôlée de l'hypertension artérielle en France

Evolution de la part traitée et contrôlée de l'hypertension artérielle chez les personnes hypertendues adultes entre 2006 et 2015 en France en fonction du sexe. Notez la diminution du pourcentage de femmes hypertendues traitées et contrôlées en 10 ans.



(Tirée de réf.2).

<sup>a</sup> Service de néphrologie et hypertension, CHUV, 1011 Lausanne michel.burnier@chuv.ch

<b>TABLEAU 1</b>	<b>Conditions nécessaires pour conclure à une «vraie» inertie thérapeutique</b>
------------------	---

1. Il existe des recommandations
2. Le prestataire de soins connaît les recommandations
3. Le prestataire de soins pense que les recommandations s'appliquent au patient
4. Le prestataire a toutes les ressources nécessaires pour appliquer les recommandations
5. Le prestataire de soins n'applique pas les recommandations pour un patient malgré le fait que toutes les conditions soient réunies

taires de soins ne débutent pas ou ne modifient pas un traitement de manière appropriée lors des visites des patients alors qu'il y a une indication à le faire. Ainsi, le problème est reconnu mais les actes ne suivent pas.<sup>5</sup> Donc, le principe de l'inertie thérapeutique peut s'appliquer également lorsque l'on décide de ne pas réduire ou d'interrompre un traitement qui n'est plus nécessaire. L'inertie peut être thérapeutique, mais aussi diagnostique et elle peut concerner les médecins aussi bien que les autorités de santé. Les conditions nécessaires pour une vraie inertie thérapeutique sont présentées dans le **tableau 1**. En effet, il faut que des recommandations existent, que les prestataires de soins les connaissent et considèrent qu'elles s'appliquent au patient. Enfin, les prestataires doivent avoir les moyens de suivre les recommandations.<sup>6</sup> La question cruciale est bien sûr de savoir si l'absence d'intervention est appropriée ou pas, ce qui n'est pas toujours évident car souvent les avis divergent.

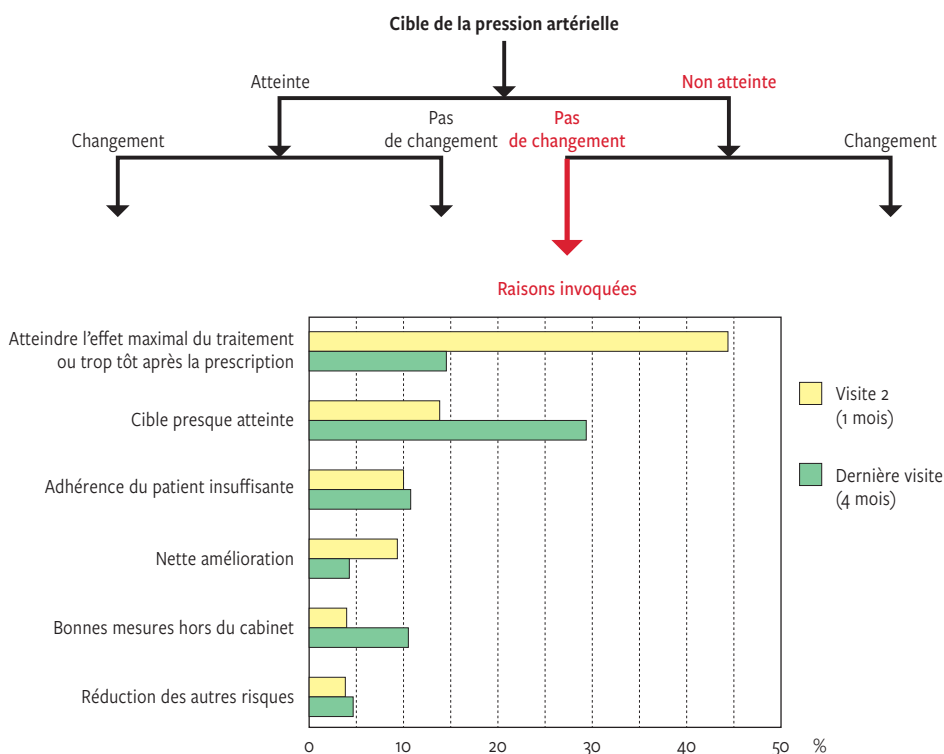
## L'INERTIE THÉRAPEUTIQUE DANS L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE EST-ELLE FRÉQUENTE?

La prévalence de l'inertie a été évaluée dans une série d'études. La première a été publiée en 2002 par Oliveria et coll.<sup>7</sup> Elle concernait 5145 patients hypertendus avec une hypertension non contrôlée après au moins 6 mois de traitement médicamenteux. Dans ce collectif, l'inertie thérapeutique concernait 62% des patients et les raisons les plus fréquentes invoquées pour ne pas modifier la prise en charge étaient: la nécessité de suivre le patient plus longtemps (35%), la satisfaction du contrôle de la pression (30%) et le fait que le motif de la consultation n'était pas l'hypertension artérielle (29%).

En Suisse, une étude a été réalisée en 2004 auprès de 350 médecins généralistes dans le but de connaître les pressions artérielles cibles que les médecins se donnaient et les raisons évoquées pour ne pas modifier le traitement lorsque ces cibles n'étaient pas atteintes.<sup>8</sup> Dans cette étude de surveillance, il est intéressant de constater que les médecins ne se fixaient pas des objectifs par rapport au risque cardiovasculaire du patient, mais plutôt en fonction du niveau de la pression de base et de la difficulté à obtenir une pression artérielle normale. L'inertie thérapeutique concernait environ 45% des patients dont la pression artérielle était non contrôlée à la première visite et encore 18%, lors de la dernière visite 4 mois plus tard. Les raisons invoquées pour ne pas intervenir étaient à nouveau un temps trop court depuis le début du traitement (même après 4 mois de traitement), un objectif thérapeutique presque atteint et un bon contrôle de la pression artérielle à domicile (**figure 2**).

**FIG 2** Raisons invoquées pour ne pas modifier un traitement insuffisant

Raisons invoquées par les médecins généralistes suisses pour ne pas modifier le traitement antihypertenseur de patients insuffisamment contrôlés après 1 et 4 mois de traitement.



On constate également que l'inertie thérapeutique est plus fréquente chez les patients à haut risque cardiovasculaire avec une pression artérielle très élevée au départ, ce qui est paradoxal. Toutefois, au cours de cette étude observationnelle, une augmentation importante du pourcentage de patients bien contrôlés a été observée, suggérant que la participation à l'étude a encouragé les médecins à une meilleure maîtrise de l'hypertension chez leurs patients.

En 2006, Okonofua et coll. ont évalué l'impact de l'inertie thérapeutique sur la possibilité d'augmenter la qualité du contrôle de la pression artérielle, par exemple pour passer de 40 à 65% de patients contrôlés.<sup>9</sup> Dans cette analyse rétrospective de 7253 patients hypertendus, l'inertie thérapeutique est reconnue comme un facteur déterminant pour améliorer le contrôle de la pression artérielle de la population. Chez les patients hypertendus qui n'atteignent pas la cible, une adaptation du traitement n'a lieu que dans 13% des cas. L'inertie thérapeutique est donc fréquente dans la prise en charge de l'hypertension artérielle. Ce phénomène n'a pas seulement un impact sur la qualité du contrôle de la pression artérielle mais aussi sur le risque pour les patients de développer un événement cardiovasculaire aigu ou de décéder. Ainsi, une analyse sur plus de 80 000 patients hypertendus, suivis en Grande-Bretagne, par des médecins praticiens, a démontré qu'un retard d'adaptation de traitement de 2,7 mois après une hausse de la pression systolique, augmente significativement le risque de complications cardiovasculaires et de décès.<sup>10</sup>

Cette attitude de non-changement, apparemment prudente mais souvent inappropriée, des médecins ne s'observe d'ailleurs pas que dans la pratique clinique. En effet, même dans les grands essais cliniques de traitement de l'hypertension artérielle, un pourcentage important de médecins ne respectent pas le protocole et n'augmentent pas les doses de médicaments malgré les recommandations de l'étude et le fait que la pression artérielle n'est pas bien maîtrisée.<sup>11</sup> De ce fait, 20-25% des patients inclus n'atteignent pas les cibles recommandées.

### QUELLES SONT LES CAUSES DE CETTE INERTIE THÉRAPEUTIQUE?

L'inertie thérapeutique n'est pas que le fait des médecins et implique souvent d'autres intervenants dont le patient et le système de santé. Dans une analyse espagnole, des facteurs de risque d'inertie clinique ont été mis en évidence.<sup>12</sup> Parmi ceux-ci, on trouve le fait d'être pris en charge dans un centre de soins primaires, le fait que le patient n'a pas de complication de son hypertension (albuminurie ou hypertrophie ventriculaire gauche), l'âge avancé du patient et des bonnes pressions artérielles mesurées hors du cabinet par une infirmière, un pharmacien ou le patient lui-même. Parmi les autres facteurs qui influencent l'inertie clinique, il faut aussi tenir compte du fait que les prestataires de soins connaissent les attitudes, les croyances et les attentes des patients et qu'ils ont eux-mêmes des incertitudes cliniques, des réticences aux changements et surtout un manque de temps. En outre, les médecins n'ont pas toujours une bonne connaissance des recommandations cliniques ou alors, ils sont en

désaccord sur le contenu ou l'applicabilité de ces recommandations. Un exemple récent pourrait être la nécessité d'abaisser la pression artérielle à < 130/80 mmHg chez tout le monde comme le recommandent les Sociétés américaines de cardiologie.<sup>13</sup> Enfin, les prestataires de soins, médecins y compris, ont leurs propres croyances et convictions en fonction de leur expérience personnelle.<sup>14</sup> C'est à peu près pour les mêmes raisons que les médecins ne suivent pas les recommandations cliniques des sociétés internationales.<sup>15</sup> L'approche cognitive de la réaction des médecins face aux recommandations a ainsi démontré plusieurs attitudes émotionnelles comme la suffisance («je suis sûr que ce que je fais est bien et je n'ai pas besoin de changer»), l'irritation («j'en ai marre de ces experts qui me disent ce que je dois faire»), l'anxiété («je ne sais pas si je suis capable de le faire») et la déception («je devrais faire mieux que cela»). Ces réactions personnelles ont définitivement un impact majeur sur l'absence de réaction thérapeutique face à un patient dont la pression artérielle est insuffisamment contrôlée et sont assez difficilement modifiables.

### COMMENT REMÉDIER À L'INERTIE THÉRAPEUTIQUE?

Lutter contre l'inertie thérapeutique n'est pas une entreprise simple. Le manque de connaissances des recommandations peut être amélioré par le biais de cours de formation et d'aides à la décision. Le manque de perception de la réalité des données qui produit un hiatus entre la réalité et ce que pensent les médecins de leur activité, peut être comblé par des audits ou par des retours d'informations et des rappels. Dans ce contexte, l'étude de surveillance conduite a bien montré l'amélioration des résultats lorsque les médecins sont confrontés à la réalité de leurs chiffres. Ceci se fait déjà dans certains pays comme la Grande-Bretagne par des analyses comparatives permettant à chaque médecin de se situer par rapport aux autres pour ce qui concerne le contrôle de la pression artérielle de ses patients. L'absence de motivation devrait être atténuée par le biais de récompenses et de retours positifs plutôt que par des sanctions. Pour ce qui concerne les croyances et les attitudes, celles-ci sont très difficiles à changer. L'avis des pairs et des leaders d'opinion pourrait avoir un effet positif. De manière générale, il semble que l'éducation et la collaboration entre médecins (travail en groupe) soient deux stratégies utiles pour lutter contre l'inertie thérapeutique.

### AUTONOMISER LES PATIENTS: UNE SOLUTION POSSIBLE POUR DIMINUER L'INERTIE?

Aujourd'hui, la plupart des recommandations de prise en charge des patients hypertendus prônent le renforcement de l'autonomie et de la responsabilité du patient face à sa maladie et son traitement. Il en va de même pour l'hypertension artérielle, essentiellement avec l'encouragement à la prise de la pression à domicile par les patients. Avec le développement de nouveaux appareils de mesure plus simples à utiliser et grâce au développement du télémonitoring, plusieurs études ont démontré l'intérêt de l'automesure de la pression à domicile pour améliorer l'adhérence au traitement et de ce fait le

contrôle de la pression artérielle. Ainsi, l'étude TASMING4, publiée récemment dans le *Lancet*, a démontré l'intérêt pour les praticiens de baser la titration des médicaments antihypertenseurs sur les mesures prises à domicile plutôt que sur celles obtenues au cabinet médical, pour les patients avec une pression artérielle mal contrôlée.<sup>16</sup> Dans cette étude, le télémonitoring n'apportait pas beaucoup plus de bénéfices que l'automesure seule.

Jusqu'à aujourd'hui, les recommandations ont surtout encouragé l'automesure de la pression artérielle mais pas l'autotitration des médicaments. Toutefois, une étude pilote a été conduite en France par Bobrie et coll. utilisant également l'automesure et la télémedecine.<sup>17</sup> Dans cette étude, le schéma de titration des médicaments était bien défini dès le départ et tout changement de posologie était communiqué au médecin traitant dans les 12 heures. Cette augmentation de la participation a été très bien acceptée par les patients avec 81% de satisfaction à 8 semaines. En outre, une baisse significative de la pression artérielle a été observée. Les résultats de cette étude pilote conduite sur 111 patients ont été confirmés par l'étude TASMIN publiée en 2014 dans le *JAMA*.<sup>18</sup> Dans cette dernière étude, 552 patients à haut risque cardiovasculaire (âge moyen 69 ans) ont été randomisés pour suivre une prise en charge normale chez le médecin généraliste ou participer au groupe combinant l'automesure et l'auto-adaptation de leur traitement en fonction d'un algorithme bien défini. A une année, la pression artérielle était significativement plus basse dans le groupe autogéré avec une différence de pression systolique de l'ordre de 9-10 mmHg. Toutefois, il faut relever que ces patients étaient très sélectionnés, indiquant que cette approche ne peut pas s'appliquer à tout un chacun. Néanmoins, pour certains patients souhaitant plus d'autonomie, cette approche peut s'avérer intéressante pour prévenir l'inertie médicale.

## CONCLUSION

L'inertie thérapeutique est une cause importante et négligée du mauvais contrôle de la pression artérielle dans la population, en particulier dans les pays développés où les patients ont accès aux traitements. Il est possible que demain, l'inertie thérapeutique soit considérée comme de la mauvaise pratique et, à ce titre, puisse être, malheureusement, sanctionnée. Il est donc indispensable que devant chaque patient hypertendu non contrôlé, les prestataires de soins se demandent pourquoi la cible n'est pas atteinte et comment améliorer la situation dans l'intérêt du patient. L'utilisation de l'automesure de la pression artérielle à domicile et une augmentation de l'autonomie du patient combinées à la télémedecine pourraient être des solutions futures pour réduire l'inertie thérapeutique.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'inertie thérapeutique est une cause fréquente de mauvais contrôle de la pression artérielle chez les patients hypertendus
- Une augmentation de la formation aux recommandations et une meilleure interaction entre les médecins pourraient contribuer à réduire l'inertie thérapeutique
- Des études récentes suggèrent que la promotion de l'autonomie des patients peut améliorer le contrôle de la pression artérielle en combinant des mesures de pression à domicile, la télémedecine et la prescription d'un schéma standardisé permettant aux patients d'adapter leur traitement
- Cette nouvelle stratégie ne peut s'appliquer qu'à certains patients bien motivés et informés

1 Kearney PM, et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005;365:217-23.

2 Perrine A, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France: prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. *Bull Epidemiol Hebd* 2018;10:170-9.

3 Chow CK, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA* 2013;310:959-68.

4 Mancia G, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2013;31:1281-357.

5 \* Phillips LS, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825-34.

6 Reach G. Médecine des Maladies

Métaboliques. Inertie clinique: comment est-elle possible? Paris: Elsevier, Masson, 2011;5:567-73.

7 Oliveria SA, et al. Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *Arch Intern Med* 2002;162:413-20.

8 Ferrari P, et al. Reasons for not intensifying antihypertensive treatment (RIAT): a primary care antihypertensive intervention study. *J Hypertens* 2004;22:1221-9.

9 \* Okonofua EC, et al. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension* 2006; 47:345-51.

10 Xu W, et al. Optimal systolic blood pressure target, time to intensification, and time to follow-up in treatment of hypertension: population based retrospective cohort study. *BMJ* 2015;350:h158.

11 Kjeldsen SE, et al. Physician (investiga-

tor) inertia in apparent treatment-resistant hypertension – insights from large randomized clinical trials. Lennart Hansson Memorial Lecture. *Blood Press* 2015;24:1-6.

12 Gil-Guillen V, et al. Is there a predictive profile for clinical inertia in hypertensive patients? An observational, cross-sectional, multicentre study. *Drugs Aging* 2011;28:981-92.

13 Whelton PK, et al. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension* 2018;71:e13-e115.

14 \*\* Aujoulat I, et al. Factors associated with clinical inertia: an integrative review. *Adv Med Educ Pract* 2014;5:141-7.

15 Barth JH, et al. Why are clinical practice guidelines not followed? *Clin*

*Chem Lab Med* 2016;54:1133-9.

16 McManus RJ, et al. Efficacy of self-monitored blood pressure, with or without telemonitoring, for titration of antihypertensive medication (TASMINH4): an unmasked randomised controlled trial. *Lancet* 2018;391:949-59.

17 Bobrie G, et al. Self-measurement and self-titration in hypertension: a pilot telemedicine study. *Am J Hypertens* 2007;20:1314-20.

18 \*\* McManus RJ, et al. Effect of self-monitoring and medication self-titration on systolic blood pressure in hypertensive patients at high risk of cardiovascular disease: the TASMIN-SR randomized clinical trial. *JAMA* 2014;312:799-808.

\* à lire

\*\* à lire absolument