

Inertie thérapeutique et contrôle de l'HTA

Dans la prise en charge d'un patient hypertendu, une inertie thérapeutique devrait être évoquée en l'absence d'introduction, d'intensification ou de modification d'un traitement antihypertenseur lorsque la PA cible n'a pas été atteinte [1].

Une situation très évocatrice d'inertie thérapeutique est le retard à passer vers la bithérapie antihypertensive alors que l'échec d'une monothérapie est avéré : ainsi, après un délai pourtant très long de 18 mois, alors que l'HTA n'était pas contrôlée chez 67% des patients, 40% des patients étaient encore sous monothérapie [2].

L'inertie thérapeutique est fréquente (51% à 93% des consultations [3]), particulièrement en présence de comorbidités comme le diabète ou l'insuffisance rénale chronique.

Cependant, l'inertie thérapeutique n'est pas inéluctable, puisque sa prévalence diffère nettement selon les pays. Dans une étude internationale sur 21000 patients hypertendus, le taux d'inertie thérapeutique en France était le plus élevé et celui des Etats-Unis le plus bas, ce qui contribue certainement au contrôle tensionnel nettement supérieur outre-Atlantique (63% versus 46% en France) [4].

Au-delà de ces disparités internationales, l'inertie thérapeutique a été associée à plusieurs facteurs individuels : grande patientèle du médecin ; ou pour le patient, un âge avancé, une obésité ou une absence d'assurance médicale.[5]

D'autres raisons inhérentes au médecin ont été constatées dans la grande étude internationale RIAT, effectuée auprès de 1596 médecins généralistes de 16 pays (35300 patients hypertendus). Les deux motifs les plus souvent invoqués ont été que l'amélioration des chiffres tensionnels était jugée suffisante, et par ailleurs la croyance qu'avec le temps, les chiffres tensionnels iraient en s'améliorant encore spontanément.

Plusieurs moyens ont été proposés pour atténuer cette inertie thérapeutique :

- Une meilleure appropriation par les médecins généralistes des recommandations dans l'HTA ;
- La confrontation des pratiques médicales par la réception régulière par le médecin d'un état de sa pratique (méthodologie du « benchmarking ») ;
- L'utilisation de feuilles de suivi personnalisé du patient

avec recueil des paramètres critiques, cliniques ou biologiques.

- La pratique du « paiement à la performance », qui consiste à inciter financièrement le médecin, en proportion des objectifs atteints. Ce procédé, initialement mis en place en Grande-Bretagne, a permis de remédier rapidement à une certaine inertie clinique.
- L'organisation de réseaux de soins impliquant plusieurs acteurs des soins de santé : ces réseaux multidisciplinaires rompent l'isolement du médecin traitant, et ainsi l'incitent davantage à se remettre en question.
- Enfin, l'implication plus forte dans l'éducation thérapeutique du patient : l'interaction constante que le médecin aura avec son patient et son entourage, ainsi qu'avec les autres acteurs des soins de santé, devrait naturellement l'obliger à une plus grande proactivité.

Tout récemment, pour renforcer ces moyens de lutte contre l'inertie thérapeutique dans l'HTA, la société Française d'HTA avec le soutien des laboratoires Bouchara Recordati a élaboré un programme de motivation des médecins généralistes autour du patient hypertendu, le **programme ACTIF HTA**.

Ce programme met en exergue la relation médecin généraliste - patient hypertendu, lors de trois moments-clés : consultation de contrôle (avec le relevé d'auto-mesures tensionnelles et les résultats d'analyses) ; consultation après un mois de traitement (mesures hygiénodiététiques et monothérapie de première intention) ; et enfin, consultation pour renouvellement d'ordonnance (HTA ancienne). Ces trois moments ont été rendus concrets à travers trois vidéos de consultation simulée servant de support pédagogique, pour transcrire à un auditoire de médecins généralistes la pratique coutumière d'un confrère.

Pierre ATTALI

L'auteur déclare avoir des liens d'intérêts avec invitation à participer à des congrès et des soirées de formation continue avec les laboratoires suivants: Bayer, Boehringer Ingelheim, Bouchara Recordati, Daiichi Sankyo, MSD, Novartis, Pfizer et Servier. Activité de conseil pour le Laboratoire Bouchara Recordati. Participation à la relecture de recommandations pour l'HAS.

RÉFÉRENCE

1. Krzesinski, J.M. and F. Krzesinski. *Rev Med Liege*, 2010. 65(5-6): p. 278-84.
2. Spranger, C.B., et al. *Am J Med*, 2004. 117(1): p. 14-8.
3. Kerr, E.A., et al. *Ann Intern Med*, 2008. 148(10): p. 717-27.
4. Wang, Y.R., G.C. Alexander, and R.S. Stafford. *Arch Intern Med*, 2007. 167(2): p. 141-7.
5. Harle, C.A., J.S. Harman, and S. Yang. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 2013.