

## “ Prise en charge de l’HTA en 2015 : quels sont les moyens disponibles pour améliorer le contrôle tensionnel ? ”

Au cours de ce symposium consacré aux moyens disponibles pour parvenir à un meilleur contrôle tensionnel, **le professeur Xavier Girerd (Hopital Pitié Salpêtrière, Paris)** a rappelé que l’HTA non contrôlée est encore trop fréquente en France. C’est ce qui a été mis en évidence très récemment par l’enquête FLAHS 2014 (French League Against Hypertension Survey) (1). Le pourcentage de patients dont les chiffres tensionnels sont contrôlés par le traitement n’est encore que de l’ordre de 50%, et donc encore loin de l’objectif de 70 % formulé par la Société Française d’Hypertension Artérielle (SFHTA). Mais surtout, ce constat est malheureusement identique à celui de l’enquête précédente menée en 2012. Les causes en sont multiples, en particulier l’usage des antihypertenseurs qui n’est pas optimal puisque un nombre encore trop important de patients est traité par une monothérapie, constat sans changement significatif ces 2 dernières années en dépit des recommandations des sociétés savantes. De nombreuses études ont pourtant démontré l’efficacité des bithérapies.

Cependant il convient de noter que les bithérapies ne sont pas toutes équivalentes en terme d’efficacité. Récemment, l’étude SEVITENSION (2) réalisée chez 600 hypertendus à haut risque vasculaire a montré une variation absolue de la PA systolique centrale plus importante avec l’association fixe olmesartan 40 mg – amlodipine 10mg qu’avec l’association libre perindopril 8 mg – amlodipine 10 mg : – 14,51 mmHg vs – 10,35 mm Hg, respectivement ( $p < 0,0001$ ) au terme de 24 semaines de traitement.

Les mesures ambulatoires permettent de dépister l’inobservance et de confirmer le non contrôle de l’HTA. Il convient donc de favoriser la prescription de molécules ayant le meilleur rapport observance/persistence et de savoir passer rapidement à une bithérapie, voire à une trithérapie.

Les Recommandations de la SFHTA mettent l’accent sur l’individualisation du traitement et stipulent, en cas d’HTA non contrôlée par une monothérapie, de dépister en premier lieu l’inobservance, de confirmer le non contrôle de l’HTA par des mesures ambulatoires et de savoir passer rapidement à une bithérapie, de préférence fixe (plusieurs combinaisons et doses peuvent être essayées), voire à une trithérapie composée d’un bloqueur du SRA, d’un diurétique thiazidique et d’un inhibiteur calcique et enfin de

recourir à un avis spécialisé 6 mois plus tard si l’HTA reste toujours non contrôlée.

Le docteur **Marilucy Lopez-Sublet (Hopital Avicenne, Bobigny)** a fait un point sur la consultation d’information et d’annonce dont les modalités sont précisées par la SFHTA (3). Elle est destinée à informer le patient sur les risques liés à l’HTA, à lui expliquer les bénéfices attendus du traitement, et de fixer ses objectifs. La qualité de cette consultation conditionne l’acceptation et le vécu ultérieur de la maladie chronique par le patient. Cette annonce peut être faite en plusieurs fois, ce qui permet de vérifier la compréhension des informations délivrées au patient et de répondre aux questions qui lui seraient secondairement venues à l’esprit.

La phase d’explication est fondamentale et le patient doit être informé que l’HTA est essentielle – de cause indéterminée – dans 90 % des cas. Il s’agit d’une maladie silencieuse qui attaque le coeur, le cerveau, les reins et l’oeil alors que la réduction de la pression artérielle permet une réduction du risque cardio-vasculaire. Le médecin se doit d’être un vecteur de l’information et d’aider le patient à trier avec efficacité les informations disponibles sur internet ([www.comiteHTA.org](http://www.comiteHTA.org) [www.cjhta.org](http://www.cjhta.org))

Enfin le docteur **Cédric Lemogne (HEGP, Paris)** a donné le point de vue du psychiatre sur « l’approche motivationnelle du patient hypertendu ». Elle consiste à aider le patient à formuler ses propres objectifs pour préserver sa santé. L’efficacité sera d’autant plus grande que le médecin est capable d’identifier les motifs personnels du patient, l’essentiel étant de « laisser le patient (nous) faire passer des messages ». De plus, il a été démontré que le syndrome dépressif est un facteur de risque cardiovasculaire indépendant et constitue aussi un facteur d’inobservance. Les hypertendus dépressifs ont plus de difficultés à se projeter dans l’avenir et à percevoir le bénéfice de leur traitement.

Paule Guimbail

D’après un symposium organisé par 

### RÉFÉRENCES

1. Enquête FLAHS 2014. French League Against Hypertension Survey, [www.comitehta.org](http://www.comitehta.org)
2. Luis Ruilope, Angie Schaefer. *Adv Ther* 2013, 30 : 1086 - 1099
3. Prise en charge de l’HTA de l’adulte. Recommandations de la Société Française d’Hypertension Artérielle. *Presse Med* 2013 ;42(5) : 819-25