

Mots clés :

Croyances ;
Éducation des
patients ;
Hypertension
artérielle ;
Observance de la
prescription
[Culture; Hyper-
tension; Patient
Compliance;
Patient Educa-
tion]

De nombreux patients traités pour hypertension (HTA) sont médiocrement « observants » d'une prescription dont ils comprennent mal les objectifs (*Bibliomed* 682). En l'absence de symptômes, cette prescription, souvent bien éloignée de la vision du patient, répond d'abord à l'objectif du médecin : réduire un risque par un traitement au long cours. Pour arriver à un accord entre patient et médecin, connaître et comprendre les connaissances ou croyances de l'autre est indispensable, et peut seul permettre un réel partenariat éducatif. Les objectifs fixés, qui ne peuvent d'ailleurs être limités ni à une « cible » thérapeutique chiffrée, ni aux seuls médicaments, ne pourront être atteints qu'en respectant des règles simples d'éducation thérapeutique au quotidien¹⁻³.

Hypertension : prescrire ne suffit pas...

L'épidémiologie « moderne » de l'HTA

Ses données sont pour l'essentiel l'acquis des 50 dernières années. Le premier résultat de ces grandes études épidémiologiques a été la prise systématique de la pression artérielle. L'HTA est alors devenue asympotomatique en dehors des complications, plus facteur de risque cardiovasculaire que maladie au sens classique du terme. C'est ici la base de l'expertise du médecin.

Les représentations du patient, son expertise ?

S'il rattache à l'HTA des troubles tels que céphalées ou vertiges, incrimine le stress comme une cause (sa disparition justifiant l'arrêt du traitement), c'est en comprenant l'HTA comme une maladie sévère dont les symptômes étaient souvent graves jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle^{1,2}. Il sait le plus souvent que l'HTA favorise des maladies bien réelles, AVC, maladies cardiovasculaires, et augmente la mortalité. S'il arrête ou allège intentionnellement son traitement, c'est parce que, en l'absence de symptômes, il croit le bénéfice obtenu et craint des effets secondaires, une dépendance aux médicaments. S'il l'oublie, c'est souvent pour des raisons pratiques. La première étape est ainsi de rendre explicite et dialoguer sur cette expertise pour partie fondée sur de fausses certitudes, et ces difficultés pratiques.

Partage d'expertise ?

Le simple déni des allégations du patient concernant ses symptômes est contre-productif, comme tout choc d'expertises contradictoires. L'accord peut se construire au fil des rencontres sur plusieurs points, en y revenant régulièrement, à partir des ressentis successifs : l'HTA n'est qu'un chiffre, qui varie d'un moment à l'autre (on peut le constater au cours de la consultation ou par la mesure à domicile) ; le risque de l'HTA est indépendant des symptômes ressentis². L'objectif est d'approcher

peu à peu de la notion que l'HTA est un risque, envisager les facteurs modifiables et non modifiables, préciser les événements que l'on cherche à éviter, comprendre que le « stress », souvent mis en avant, n'est pas facteur d'HTA, mais facteur de risque cardiovasculaire à traiter en lui-même³. Il est important de vérifier que sont bien compris les modalités du traitement, ses mécanismes, sa justification, non seulement pour faire baisser le chiffre tensionnel mais surtout pour réduire les risques à long terme, ce que seul le traitement poursuivi au long cours peut assurer.

Observance : information et mesures préventives

La mauvaise observance intentionnelle a suscité autant de méthodes supposées l'améliorer qu'elle a de causes possibles, avec des résultats pour le moins modestes... Les données sur ces diverses stratégies (séance unique vs séances répétées, individuelle vs collective, simple information vs éducation...) sont contradictoires. Les interventions comportementales (prescription simplifiée, auto-surveillance des effets positifs et adverses du traitement) semblent plus efficaces que les interventions cognitives de type information. La répétition semble renforcer l'efficacité de l'information dont les éventuels supports écrits doivent être succincts. Surtout, l'information doit être personnalisée, même si la mauvaise observance ne semble pas avoir de particularités ethniques ou culturelles².

La mauvaise observance non intentionnelle relève de mesures préventives : bien expliquer le traitement prescrit, limiter au maximum le nombre de comprimés à prendre en prenant en compte l'ensemble des médicaments, ceux de l'HTA mais aussi ceux des autres maladies, proposer des aide-mémoire, des « semainiers », à adapter au fil des consultations...

Que conclure pour notre pratique ?

Le suivi de l'HTA illustre tous les aspects de l'éducation thérapeutique : il implique que le patient participe aux décisions qui le concernent, notamment pour qu'il puisse admettre que l'absence de symptômes propres ne conditionne pas la décision thérapeutique ; la prévalence de polyopathologies chez les hypertendus pose par ailleurs les problèmes des polymédications.

Cette éducation se fait sur le long terme, rencontre après rencontre. Chaque patient a ses convictions propres, selon sa personnalité et son environnement. Ce sont ces réponses qui doivent guider la « pédagogie » de la rencontre : donner des informations ou des recettes pour adapter les chiffres à l'objectif est sans effet ; l'objectif ne pourra être atteint que si le médecin donne à son patient la possibilité d'être « acteur » à part entière de son traitement³.

Références

- 1- Altiner A. Patient's concepts of hypertension. *BMJ* 2012;345:e4688.
- 2- Marshall IJ et al. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. *BMJ* 2012;345:e3953
- 3- Gallois P et al. Education thérapeutique du patient. *Médecine*. 2012;8(1):24-30.