

Malobservance et inertie thérapeutique chez l'hypertendu

Non-adherence and therapeutic inertia in hypertensive patients

Jihène Ben Thabet, Manel Mâalej, Sana Omri, Rim Feki, Nasreddine Zouari, Lobna Zouari, Nada Charfi, Mohamed Mâalej.

Service de Psychiatrie "C", CHU Hédi Chaker, Faculté de Médecine de Sfax, Université de Sfax, Tunisie.

Résumé

L'hypertension artérielle est le facteur de risque modifiable ayant les conséquences les plus lourdes pour le patient. L'adhésion à un traitement antihypertenseur optimal est obligatoire pour le contrôle de la tension artérielle et la prévention de complications cardiovasculaires potentielles. Cependant, deux facteurs comportementaux pourraient entraver la prise en charge adéquate du patient hypertendu. Il s'agit de l'inobservance ou la malobservance thérapeutique et l'inertie thérapeutique.

Certaines mesures, de réalisation simple, pourraient aider à lutter contre ces deux phénomènes. Une bonne éducation thérapeutique dès la première consultation, une optimisation de l'ordonnance, la promotion de l'auto-mesure de la pression artérielle (PA) et le recours aux entretiens motivationnels contribueraient, entre autres, à améliorer l'observance thérapeutique.

L'inertie thérapeutique pourrait être maîtrisée à travers l'optimisation de la formation des médecins, la diffusion des recommandations des sociétés savantes, la meilleure connaissance des antihypertenseurs et surtout par l'attitude réflexive et critique des médecins sur leurs propres prescriptions.

Dans tous les cas la qualité de la relation médecin/malade semble cruciale pour lutter à la fois contre l'inobservance, mais aussi l'inertie thérapeutique.

Mots-clés

Observance, inertie thérapeutique, antihypertenseur, relation médecin/patient

Summary

High blood pressure is the modifiable risk factor with the greatest consequences for the patient. Adherence to antihypertensive treatment is important to the control of blood pressure and to prevent potential cardiovascular complications. However, two behavioral factors may hinder an appropriate management of hypertensive patients: poor treatment compliance and therapeutic inertia.

A few measures could help the fight against these two phenomena. A good patient education program in the first consultation, an optimization of the prescription, the promotion of self-measurement of blood pressure and the use of motivational interviews would help improve the therapeutic observance.

Therapeutic inertia could be mastered through the optimization of the training of doctors, the dissemination of the recommendations of scientific societies, the better knowledge of antihypertensive treatment and especially by the reflexive and critical attitude of doctors on their own prescriptions.

In all cases, the doctor-patient relationship plays a key role to combat both non-compliance and therapeutic inertia.

Keywords

Compliance, therapeutic inertia, antihypertensive treatment, doctor-patient relationship

Correspondance

Dr Jihène Ben Thabet, MCA en psychiatrie, Service de Psychiatrie "C", CHU Hédi Chaker.

Adresse email: kamounjihene@yahoo.fr

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle (HTA) constitue l'un des principaux facteurs du risque cardiovasculaire [1]. Elle est le facteur de risque modifiable ayant les conséquences les plus lourdes, devant la consommation du tabac et d'alcool [2]. La diminution de la tension artérielle réduit ce risque de manière considérable. Chez les sujets âgés de plus de 60 ans, le traitement antihypertenseur réduirait la mortalité globale de 20 %, la mortalité d'origine cardiovasculaire de 33 %, l'incidence de l'accident vasculaire cérébral de 40 % et celle de la maladie coronarienne de 15 % [3]. Chez les patients âgés de plus de 60 ans qui manifestent une hypertension systolique isolée, le traitement qui permet d'atteindre les objectifs tensionnels est associé à une réduction du risque d'accident vasculaire cérébral de 36 % et du risque d'événements coronariens de 25 % [4]. Ce bénéfice suppose une prise régulière des médicaments à horaire fixe, selon la posologie prescrite et la poursuite du traitement à long terme. L'adhésion au traitement prescrit étant une condition *sine qua non* pour contrôler la pression artérielle (PA) et pour prévenir les complications cardiovasculaires. En pratique, près de 50 % des hypertendus n'atteignent pas les valeurs de PA souhaitées et ce, malgré la prescription de médicaments efficaces. Les facteurs comportementaux liés au patient (inobservance ou malobservance thérapeutique) et au médecin (inertie clinique) joueraient un rôle essentiel dans ce phénomène [1].

Au vu de leurs conséquences sévères sur la morbi-mortalité des hypertendus, la recherche de l'inobservance et de l'inertie par le médecin traitant devrait devenir systématique lors de chaque consultation.

OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

L'observance thérapeutique définit comme la bonne concordance entre les prescriptions (médicamenteuse et non médicamenteuse) du médecin et le comportement du patient [1]. Son appréciation inclut le respect de la posologie prescrite, de l'horaire de prise, de la durée du traitement, et des différentes consignes données par le médecin. En matière de HTA, la prise des comprimés prescrits le soir est souvent oubliée. Plus de 60% des patients oublient au moins une fois de prendre les médicaments sur une période de plusieurs jours [5].

Plus inquiétant, seul un patient sur deux prenant un traitement antihypertenseur continue de le prendre dans un délai d'un an [6].

L'observance est le plus souvent exprimée en pourcentage de prise médicamenteuse. Chez l'hypertendu, elle est évaluée entre 63 et 91 % [1]. Or, un minimum de 80% est généralement considéré comme nécessaire pour caractériser une bonne observance

thérapeutique [5].

L'observance des règles hygiéno-diététiques, et qui reflète le suivi des changements de mode de vie et de régime alimentaire proposés par le médecin, serait encore mal évaluée [7]. Un seul patient hypertendu sur quatre suivrait ces règles [5].

Quant à l'observance du suivi médical, elle correspond au respect des rendez-vous de consultation programmés et des prescriptions d'examen complémentaires.

Le terme «adhérence au traitement» peut être préféré à celui de «observance thérapeutique» car ce dernier laisse entendre que le patient suit passivement les instructions de son médecin, alors que l'enjeu se situe justement dans l'implication du patient dans sa prise en charge [1].

MÉTHODES D'ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE CHEZ L'HYPERTENDU

La mesure de l'observance thérapeutique chez l'hypertendu est difficile à effectuer. Il n'existe aucun moyen de référence pour le faire.

Une première estimation subjective peut être effectuée par le médecin en se basant sur certains indices simples recueillis lors de la consultation : l'observance déclarée par le patient [1] ; même si bien souvent le patient n'avoue pas facilement son indiscipline de peur de vexer le médecin [5], ou la présence d'effets secondaires imputables au médicament prescrit [1, 5].

Il existe également des mesures administratives telles que la vérification du renouvellement des prescriptions ou l'évaluation du respect des rendez-vous [5].

La présomption clinique peut être confortée par l'utilisation de questionnaires validés. Plusieurs sont utilisés en pratique quotidienne : Questionnaire de Girerd [8] (Tableau1), ou questionnaire de Morisky [9] Ils peuvent être administrés par le médecin ou en auto-questionnaire. Une neutralité bienveillante lors de l'administration par le médecin d'un questionnaire d'observance est recommandée [10].

Tableau 1 : Questionnaire d'évaluation de l'observance de Girerd [8]

	oui Non
Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament ?	
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament?	
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle?	
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut?	
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien?	
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre?	

En cas de doute persistant, et avant d'entreprendre des thérapeutiques invasives, des méthodes pharmacologiques (dosage sanguin ou urinaire des métabolites des médicaments) peuvent se révéler utiles [1]. Ces méthodes fournissent un pourcentage de non observance qui est généralement fidèle, plus élevé que les autres méthodes de mesure [11], mais elles demeurent non applicables au quotidien chez un grand nombre de patients [5].

Dans les années 2000, le pilulier électronique, a été considéré comme le gold standard pour la mesure de l'observance. Il a l'avantage de notifier de manière objective la date et l'heure de l'ouverture du flacon; son application reste néanmoins très limitée en pratique médicale courante [1].

Plus récemment, d'autres outils d'évaluation de l'observance chez les hypertendus sont mis à la disposition des professionnels de santé et/ou des patients en auto-évaluation [10].

Parmi eux, une application appelée «EVAL-OBS» qui a été validée contre pilulier électronique [12], et qui est d'utilisation simple au quotidien. Elle permet d'estimer directement l'observance des médicaments rapportée par le patient sur une échelle visuelle analogique.

Il existe également le «FLAHS-Observance», qui est un calculateur du risque de mauvaise observance élaboré sur 2743 hypertendus traités en France en 2015 [13]. En évaluant dix critères relatifs aux caractéristiques personnelles et de l'état de santé, il est possible d'attribuer au patient une des trois catégories de risque d'inobservance (faible, fort ou intermédiaire).

QUELS SONT LES FACTEURS LIÉS À LA MAUVAISE OBSERVANCE AU TRAITEMENT ANTI-HYPERTENSEUR?

Lorsqu'on retrouve une mauvaise observance, il est important d'en chercher les causes. Les facteurs de mauvaise observance sont multiples. L'enquête FLASH 2015 a retenu, parmi les facteurs de mauvaise observance du traitement antihypertenseur retient le sexe masculin, le jeune âge, le nombre de comprimés antihypertenseurs, avec 50 % de compliance si le nombre de médicaments est de plus de 3 et 0 % s'il est de plus de 6, les éventuels traitements préventifs secondaires des maladies cardiovasculaires et le nombre de maladies métaboliques pour lesquels un traitement médicamenteux est prescrit (diabète, dyslipidémie) [10].

L'HTA peut être en elle même un facteur d'inobservance. Il s'agit d'une pathologie plutôt silencieuse [14]. Le patient peut se poser la question de l'utilité d'un changement de style de vie ou d'une prise régulière à vie de médicaments en l'absence de symptômes. La longue durée du traitement peut entraîner une lassitude chez le patient. Le bénéfice attendu par le traitement n'est visible qu'à long terme, alors que les contraintes sont immédiates [15].

Le patient peut attribuer son HTA au stress, et serait alors tenté de prendre des traitements anxiolytiques plutôt que des antihypertenseurs [5]. Ces croyances inadéquates, mais aussi, la mauvaise image de soi, l'isolement social, les troubles du comportement, les conflits familiaux sont des facteurs personnels qui influencent négativement l'observance [15,16].

La qualité de la relation médecin-malade également influencer l'observance. Une relation de confiance doit être instaurée entre le patient et son médecin pour favoriser une collaboration optimale. Si les rendez-vous sont difficiles à obtenir, si l'attitude du médecin est rigide, sans compromis, avec refus de négociation, ou s'il n'est réellement pas convaincu de l'intérêt du traitement ou du médicament proposé, l'adhésion au traitement sera mauvaise [5].

Les changements fréquents de prescription, soit par le médecin traitant soit par des prescripteurs multiples sont aussi des causes de mauvaise observance.

Les effets indésirables du traitement constituent le principal obstacle à la bonne observance. Plus ces effets sont fréquents et/ou sévères, moins le patient sera motivé de prendre ces médicaments. La simplicité du schéma posologique joue, aussi, un rôle déterminant.

Le nombre total de médicaments à prendre par jour, la forme galénique, la durée et la régularité du traitement influencent l'observance. Une seule prise journalière ou encore une combinaison fixe, permettent d'améliorer l'observance [6, 14].

COMMENT AMÉLIORER L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE?

La bonne observance se travaille dès l'annonce, en s'assurant de la prise de conscience du patient par rapport au diagnostic. La réussite du traitement dépend de la relation médecin-patient lors de la première visite et de l'éducation thérapeutique reçue par le patient [5]. Cette dernière est la meilleure arme pour réduire la malobservance thérapeutique. Elle concerne l'HTA en tant que maladie chronique et ses traitements, tout en restant vigilant aux interrogations et aux craintes du malade.

A chaque consultation, la mesure de la PA devra rassurer le patient en rattachant la stabilité de la PA à la bonne qualité de l'observance thérapeutique.

L'initiation du patient à l'auto-mesure de sa PA peut jouer un rôle très important. Elle aurait un impact considérable sur l'adhésion [17].

L'optimisation de l'ordonnance de l'hypertendu, constitue un moyen pour améliorer l'observance thérapeutique. Les classes thérapeutiques les mieux tolérées seront privilégiées, le schéma posologique sera simplifié au maximum et le nombre de prises quotidiennes pourra être réduit en prescrivant des associations médicamenteuses fixes, qui préservent un bon rapport efficacité-effets indésirables [18].

Le modèle de changement de comportement de Prochaska et Di Clemente appliqué au comportement d'observance thérapeutique explique les étapes traversées par le patient avant d'adopter et de maintenir ou non ce comportement [19]. Cinq stades de changement ont été décrits (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintenance). La durée de ces étapes est variable, pouvant parfois être de plusieurs années. Le fait de changer de comportement comme prendre des médicaments pour traiter une maladie chronique correspond à un processus de maturation. Le cheminement ne se fait pas à sens unique, le patient peut retourner à une phase antérieure du cycle, à tout moment [6] (Figure 1).

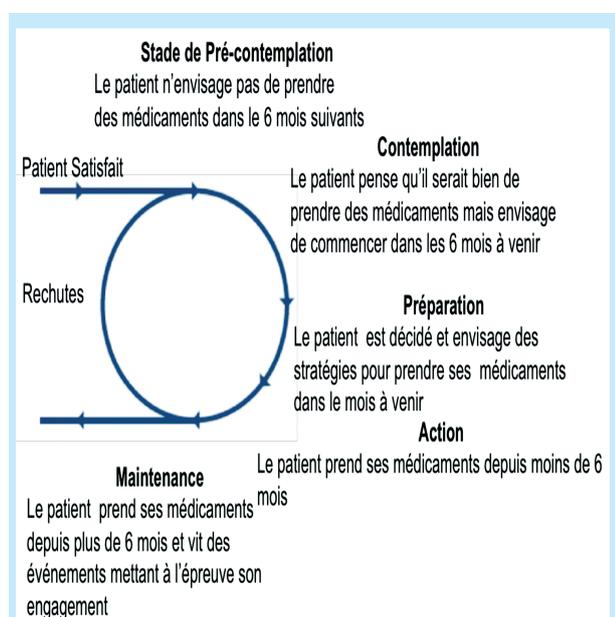


Figure 1. Exemple d'illustration des différentes étapes de changement de comportement dans le processus de prise des médicaments d'après le modèle de Prochaska et Di Clemente [6]

L'initiation de la prescription durant le stade de précontemplation (patient ne se considérant pas malade et ne se sentant pas concerné par la prescription), ou le stade de contemplation (patient encore ambivalent vis-à-vis de la prise de ses médicaments, prêt à les prendre pour un certains temps ou sous certaines conditions) va diminuer la probabilité d'adhésion du patient au traitement [20].

Que ce soit au moment de la prescription ou durant le suivi du patient au long cours, il sera donc pertinent d'identifier à quel stade se trouve le patient dans son processus de changement vis-à-vis de la gestion de ses médicaments afin d'agir en conséquence [6]. Il est crucial de préserver la motivation du patient vis à vis de

l'observance thérapeutique. Au début de la maladie, la notion de contrôle tensionnel est essentielle. Les patients seront motivés en voyant que l'introduction du traitement a réduit leurs chiffres. Sur le long terme, c'est la notion de protection cardiovasculaire et celle de l'espérance de vie qui sera le moteur de la motivation. Il est important de signaler qu'une seule intervention n'est jamais suffisante. C'est la multiplication de plusieurs mesures comme l'éducation thérapeutique, la réassurance sur l'efficacité du traitement pris régulièrement, l'écoute du médecin traitant face aux souhaits du patient et aux problèmes posés par le traitement et la motivation continue du patient qui pourra garantir une meilleure observance. Pour lutter contre le risque d'arrêt du traitement au cours de la première année, Société Française d'Hypertension Artérielle [9] propose d'appliquer les actions résumées au tableau 2.

Tableau 2: Mesures pour lutter contre le risque d'arrêt du traitement au cours de la première année de traitement [10]

Effectuer une consultation d'annonce
Adopter une attitude empathique
Recueillir le ressenti du patient concernant sa maladie silencieuse et son traitement
Utiliser les techniques d'entretien motivationnel
Evaluer le risque de mauvaise observance
Dépister une mauvaise observance.
Rechercher les causes d'inobservance et entreprendre les actions appropriées pour les corriger
Établir un dialogue non-culpabilisant et rechercher les solutions pour corriger la ou les causes de mauvaise observance
Ne pas tolérer les effets indésirables et savoir adapter le traitement
Communiquer sur les effets positifs et sur les principaux effets indésirables potentiels des médicaments et envisager les moyens qui seront adoptés s'ils survenaient
Expliquer l'intérêt d'une prise régulière du traitement pour atteindre une protection optimale
Ecouter la demande d'arrêt du traitement, réévaluer la balance bénéfice risque et l'adapter

INERTIE THÉRAPEUTIQUE (IT)

La mal-observance thérapeutique est reconnue comme une cause de mauvais contrôle de l'HTA, l'inertie

thérapeutique (IT) appelée encore inertie clinique est cependant considérée pour beaucoup comme un facteur encore plus fréquent d'HTA résistante [21].

L'IT correspond à l'absence d'intensification du traitement anti-hypertenseur par le médecin malgré l'absence de contrôle tensionnel. Elle peut être à l'origine de lourdes conséquences sur le pronostic cardiovasculaire et rénal des patients. Chez les hypertendus, elle réduirait la probabilité de contrôler l'HTA dans plus de 80 % des cas [22], avec une majoration du risque de complications cardiovasculaires et cérébro-vasculaires [23].

L'IT EN QUELQUES CHIFFRES

Un score d'IT a été créé en utilisant la différence entre la fréquence de changements au niveau de la thérapie médicamenteuse attendue et celle observée. Un score élevé correspondait donc à une plus grande IT.

En matière d'HTA, l'IT est fréquente (51% à 93% des consultations) [24]. Elle l'est encore plus lorsque les facteurs de risques cardiovasculaires sont nombreux [23]. Or, une diminution de 50% des scores d'IT se traduirait par une intensification du traitement antihypertenseur lors d'environ 30% des consultations et augmenterait le contrôle de la pression artérielle de 45% à 65% sur une année.

Selon des enquêtes nord-américaines NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey), la prévalence de l'IT dans l'HTA non contrôlée semble cependant diminuer progressivement. Elle est passée de 88.7% pour la période 1988-1994 à 80.2% pour la période 2005-2008 [22].

FACTEURS IMPLIQUÉS DANS L'IT:

L'IT recouvre trois comportements distincts du praticien: la surestimation de l'effet des traitements prescrits, le recours à de mauvaises justifications pour ne pas intensifier le traitement («soft reasons») et le manque de formation concernant les objectifs thérapeutiques [25]. Concernant le seuil tensionnel, l'étude d'Oliveira et al. a retrouvé dans 30% des consultations avec inertie que la tolérance du praticien vis-à-vis de chiffres élevés de PA était la cause la plus fréquente d'absence de majoration du traitement [26].

L'étude DUO-HTA a montré un lien entre la motivation déclarée du médecin et le niveau de contrôle de la TA. Seulement 26.5% des praticiens s'estimaient motivés ou très motivés pour prendre en charge les hypertendus [27]. Outre le défaut de motivation, et des «soft reasons», certains auteurs justifient les défauts de prescriptions par des attitudes de soins réfléchies (prise en compte des facteurs psychosociaux et du contexte de consultation dans la décision thérapeutique) [28].

Le concept d'IT doit donc parfois être nuancé par celui d'«inaction appropriée». Il existe dans certaines situations de bonnes raisons pour ne pas intensifier un

traitement anti-hypertenseur, comme l'attente des résultats d'une auto-mesure ou comme le choix de donner la priorité à l'observance médicamenteuse et aux règles hygiéno-diététiques chez un sujet peu enclin aux modifications thérapeutiques [29]. Cette attitude d'abstention thérapeutique pourrait être une démarche appropriée du médecin, notamment en terme de balance bénéfices-risques des antihypertenseurs.

Certains facteurs propres au patient pourraient également être à l'origine de l'IT. Selon Redon et al. Certains hypertendus semblent être plus volontiers associés à une IT (population âgée, HTA grade 1, monothérapie anti-hypertensive) [30].

L'ensemble des facteurs susceptibles de favoriser l'IT dans la prise en charge de l'HTA est résumé dans le tableau 3.

Tableau 3: Facteurs influençant l'inertie thérapeutique [1].

Liés au médecin :

- Surestimation de l'effet des traitements prescrits et du suivi des recommandations.
- Recours à de mauvaises justifications pour ne pas intensifier le traitement : consultation pour un autre motif, manque de temps, PAD à l'objectif.
- Manque de formation à l'atteinte d'objectifs thérapeutiques.
- Manque de connaissance des recommandations des sociétés savantes, des stratégies thérapeutiques, des associations fixes médicamenteuses.
- Manque de conviction, voire désaccord vis-à-vis des objectifs tensionnels recommandés, crainte de trop baisser la PAD (HTA systolique isolée).
- Manque d'organisation du suivi.
- Difficulté à prescrire un 3ème médicament anti-hypertenseur.
- Crainte des effets secondaires médicamenteux.

Liés au patient :

- Facteurs cliniques fréquemment associés à l'inertie thérapeutique : patients plus âgés, à risque cardiovasculaire plus élevé (diabète, dyslipidémie, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, AVC...), HTA légère grade 1, HTA systolique ou diastolique isolée, traitement par Sartan, plus de six visites par an.
- Facteurs variables suivant les études : sexe, nombre de médicaments.
- Refus ou résistance du patient aux modifications thérapeutiques.

Liés au système de santé et aux sociétés savantes :

- Renouvellement permanent des stratégies thérapeutiques et des recommandations nationales ou d'experts.
- Etendue du panel thérapeutique, offre croissante de l'industrie pharmaceutique.
- Manque de précision de certaines recommandations vis-à-vis des situations cliniques.
- Manque de sessions de formation destinées aux professionnels de santé.

MOYENS DE LUTTE CONTRE L'IT

Ils sont axés sur l'optimisation de la formation des médecins et de la diffusion des recommandations des sociétés savantes. Une meilleure connaissance des antihypertenseurs concourt à l'amélioration de la prise en charge de la HTA. Cela permet de mieux appréhender les problèmes de tolérance, de persistance et d'observance. Il est ainsi possible d'améliorer le contrôle tensionnel à travers une meilleure utilisation des antihypertenseurs. L'utilisation de l'auto mesure tensionnelle par le patient hypertendu, en limitant le risque d'HTA blouse blanche, a par ailleurs un effet démontré sur l'IT du médecin [1].

L'étude TASMINH2 [31] a souligné l'efficacité de stratégies favorisant l'interaction médecin-malade dans la prise en charge de l'HTA.

REFERENCES

1. Le Jeune S, Mourad JJ. Inobservance et inertie clinique : deux obstacles majeurs à la prise en charge de l'hypertension artérielle. *Réalités Cardiologiques*. 2012;286:37-42.
2. Steichen O, Plouin PF. Prise en charge actuelle de l'hypertension artérielle. *Rev Med Interne*. 2014;35:235-242.
3. Canadian Hypertension Education Program. Hypertension as a Public Health Risk. On-line resource available at www.hypertension.ca (accessed January 2009)).
4. Gupta A. L'importance d'abaisser la tension artérielle rapidement et efficacement chez les patients hypertendus. *Le clinicien*. 2009;33-40.
5. Krzesinski JM, Krzesinski F. Mauvaise adhésion au traitement antihypertenseur. *Rev Med Liège*. 2010;65(5-6):278-284.
6. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse: d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant-Concepts et déterminants. *Ann Pharm Fr*. 2012;70(1):15-25.
7. Tilly B, Guilhot J, Garrigue P, Salanave B, Fender P, Allemand H. Programme national de santé publique. Enquête nationale de l'Assurance maladie sur la prise en charge médicale de l'hypertension artérielle sévère exonérée du ticket modérateur en France en 1999. Paris : Echelon national du service médical - Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; 2000.
8. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K. Évaluation de l'observance du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. *Presse Med*. 2001;30:1044-48.
9. Korb-Savoldelli V, Gillaizeau F, Pouchot J, Lenain E, Postel-Vinay N, Plouin PF, et al. Validation of a French version of the 8-item Morisky medication adherence scale in hypertensive adults. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2012

CONCLUSION

Inobservance thérapeutique et inertie clinique sont deux déterminants essentiels du mauvais contrôle tensionnel observé dans la population hypertendue traitée.

Patient et médecin sont tous les deux impliqués dans l'induction et le maintien des deux phénomènes. La qualité de la relation patient - médecin semble avoir un impact indéniable sur l'observance thérapeutique et l'inertie thérapeutique

La recherche systématique de comportements évoquant un manque d'observance thérapeutique, l'optimisation de l'ordonnance de l'hypertendu par l'utilisation d'associations médicamenteuses fixes et l'éducation thérapeutique, notamment par l'apprentissage de l'automesure tensionnelle, sont des mesures efficaces pour améliorer l'observance.

Le médecin devrait également effectuer une réflexion critique sur ses pratiques et prescriptions afin de ne pas tomber dans le piège de l'inertie thérapeutique.

- Jul;14(7):429-34.
10. Vaisse B. Agir pour l'observance dans L'Hypertension Artérielle. Société Française d'Hypertension Artérielle. 2017;11.
11. Inui TS, Carter WB, Pecoraro RE. Screening for noncompliance among patients with hypertension : is self-report the best available measure? *Med Care*. 1981;19:1061-64.
12. Gallagher BD, Muntner P, Moise N, Lin JJ, Kronish IM. Are two commonly used self-report questionnaires useful for identifying antihypertensive medication nonadherence? *J Hypertens*. 2015;33:1108-13.
13. Girerd X, Hanon O, Pannier B, Mourad JJ, Vaisse B. Determinants of controlled hypertension in patients treated with antihypertensive drugs in France: The French League Against Hypertension Survey (FLAHS 2015). *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2016 Jun;65(3):219-22.
14. Reach G. La non-observance thérapeutique : une question complexe. Un problème crucial de la médecine contemporaine. *Médecine*. 2006 Nov;2(9):411-15.
15. [15] Scheen AJ, Giet D. Non observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liege*. 2010;65(5-6):239-45.
16. Tarquinio C, Tarquinio M-P. L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. *Pratiques psychologiques*. 2007;13:1-19.
17. Postel-Vinay N, Bobrie G, Amar L, Plouin P-F. Automesure: un outil d'éducation de l'hypertendu. *Rev Prat*. 2011;25(862):426-7.
18. Bangalore S, Kamalakkannan G, Parkar S, Messerli FH. Fixed-dose combinations improve medication compliance : a meta-analysis. *Am J Med*. 2007;120(8):713-9.
19. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behaviour change. *Am J Health Promot*. 1997;12:38-48.
20. Golay A, Nguyen Howles M, Mateiciuc S, Bufacchi T, Amati

- F. Améliorer l'observance médicamenteuse. *Rev Med Suisse*. 2004;520(2480):909-13.
21. Rose AJ, Berlowitz DR, Manze M, Orner MB, Kressin NR. Intensifying therapy for hypertension despite suboptimal adherence. *Hypertension*. 2009;54(3):524-9.
 22. Egan BM, Zhao Y, Axon RN, Brzezinski WA, Ferdinand KC. Uncontrolled and apparent treatment resistant hypertension in the United States, 1988 to 2008. *Circulation*. 2011;124(9):1046-58.
 23. Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, Rehman SU, Durkalski VL, Egan BM. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension*. 2006;47(3):345-51.
 24. Kerr EA, Zikmund-Fisher BJ, Klamerus ML, Subramanian U, Hogan MM, Hofer TP. The role of clinical uncertainty in treatment decisions for diabetic patients with uncontrolled blood pressure. *Ann Intern Med*. 2008;148(10):717-27.
 25. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med*. 2001;135(9):825-34.
 26. Oliveria SA, Lapuerta P, McCarthy BD, L'Italien GJ, Berlowitz DR, Asch SM. Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *Arch Intern Med* 2002;162(4):413-20.
 27. Consoli SM, Lemogne C, Levy A, Pouchain D, Laurent S. Physicians' degree of motivation regarding their perception of hypertension, and blood pressure control. *J Hypertens*. 2010;28(6):1330-9.
 28. Aujoulat I, Jacquemin P, Hermans MP, Rietzschel E, Scheen A, Tréfois P, et al. Clinical inertia in general practice, a matter of debate: a qualitative study with 114 general practitioners in Belgium. *BMC Family Practice*. 2015;16:1-6.
 29. Safford MM, Shewchuk R, Qu H, William JH, Estrada CA, Ovalle F, et al. Reasons for non intensifying medications : differentiating "clinical inertia" from appropriate care. *J Gen Intern Med*. 2007;22:1648-55.
 30. Redon J, Coca A, Lazaro P, Aguilar MD, Cabañas M, Gil N, et al. Factors associated with therapeutic inertia in hypertension: validation of a predictive model. *J Hypertens*. 2010;28(8):1770-77.
 31. MacManus RJ, Mant J, Bray EP, Holder R, Jones MI, Greenfield S, et al. Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2) : a randomized controlled trial. *Lancet*. 2010;376(9736):163-72.