

Adhésion thérapeutique: le maillon manquant du contrôle tensionnel

ANTONIO GONZALEZ^a, Prs ANTOINETTE PECHÈRE-BERTSCH^{a,b}, MICHEL BURNIER^c et MARIE SCHNEIDER^{d,e}

Rev Med Suisse 2019; 15: 1608-13

Après tant d'années de recherche et de développement de médicaments efficaces pour faire baisser la tension artérielle, il est regrettable de constater que moins de la moitié des patients hypertendus atteignent les cibles tensionnelles, censées réduire leurs risques cardiovasculaires. L'adhésion thérapeutique sous-optimale des patients est l'une des causes principales de ce contrôle tensionnel insuffisant. De plus, la non-adhésion au traitement antihypertenseur est corrélée à un risque cardiovasculaire plus élevé. L'objectif du professionnel de santé est d'identifier les patients non adhérents et de leur proposer des solutions adaptées afin de soutenir leur autogestion du traitement. Des approches innovantes, comme l'utilisation des piluliers électroniques combinée à une consultation interprofessionnelle dédiée à l'adhésion thérapeutique, devraient nous permettre une prise en charge plus adaptée et efficace.

Medication adherence: the weakest link in blood pressure control

After numerous years of research and development of effective anti-hypertensive drugs, it is regrettable to note that less than half of hypertensive patients reach the blood pressure targets that are known to reduce their cardiovascular risks and mortality. Poor adherence to treatment is one of the main causes of insufficient blood pressure control. Furthermore, non-adherence to anti-hypertensive therapy correlates with higher risks of cardiovascular events. The objective of health professionals is to identify non adherent patients and to offer them appropriate solutions to support their treatment self-management. Innovative approaches like using electronic pillboxes combined with an interprofessional medication adherence support program should allow a more appropriate and effective care.

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle (HTA) est le principal facteur de mortalité dans le monde, touchant 1,13 milliard d'individus et causant près de 10 millions de décès par an.¹ De nombreuses évidences scientifiques ont montré de façon probante que le contrôle de l'HTA est associé à une diminution de la mortalité et de la morbidité cardiovasculaires.¹ Pourtant, seulement la moitié des personnes hypertendues ont connaissance de leur HTA, moins de la moitié des patients hypertendus sont traités et, parmi ces derniers, environ 40-50% atteignent la

cible thérapeutique de < 140/90 mm Hg.² Les raisons de cet échec sont multiples. Parmi les différents facteurs, il apparaît qu'une adhésion thérapeutique sous-optimale joue un rôle crucial. En limitant le contrôle de la tension artérielle (TA), la non-adhésion augmente les risques de présenter un événement cardiovasculaire, et grève les coûts de la santé (nombre de visites, hospitalisations, etc.).¹⁻⁴

Cet article a pour objectif de préciser la définition de l'adhésion thérapeutique en fonction de la littérature actuelle et de donner des clés pour la soutenir et l'améliorer. Une consultation de soutien interprofessionnel à l'adhésion au traitement des malades hypertendus est déjà active au CHUV-Unisanté, à l'hôpital de Neuchâtel pour les patients VIH positifs, et est en voie de déploiement aux HUG.

DÉFINITIONS

Plusieurs termes (adhésion, compliance, persistance, observance) sont utilisés dans la littérature. Leur traduction en français peut parfois ne pas être adaptée, par exemple, la compliance est un anglicisme qui se réfère plutôt à la distensibilité d'un organe. L'adhésion et l'observance thérapeutiques sont synonymes, bien que le terme à valoriser soit l'adhésion, car il place le patient au cœur de la relation thérapeutique (tableau 1).

A titre d'exemple, un patient prenant quotidiennement son traitement depuis son instauration, mais ne prenant que la moitié de la dose prescrite, sera dit persistant mais aura une implémentation suboptimale. A contrario, un patient prenant exactement la dose prescrite chaque jour, mais arrêtant son traitement précocement, aura une implémentation optimale mais sera dit non persistant. Ces patients seront considérés tous deux comme non adhérents à leur traitement. Les patients n'initiant pas leur traitement et ceux le discontinuant de façon prématurée sont les patients les plus à risque d'être perdus de vue dans le système de santé (figure 1).

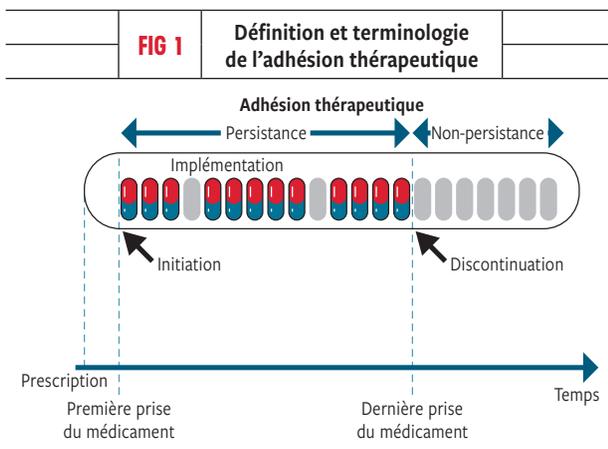
ÉTAT DES LIEUX

L'adhésion thérapeutique partielle des patients hypertendus est, avec l'inertie thérapeutique des médecins, la cause la plus importante du mauvais contrôle de la TA des patients.¹ En effet, 50% des patients auxquels un antihypertenseur a été prescrit cessent de le prendre en l'espace d'un an.⁶ Suite à l'instauration d'un premier traitement antihypertenseur en monothérapie, 30% des patients l'interrompent après 6 mois, 40 après 1 an et 50 après 5 ans.⁷

^a Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4, ^b Unité d'hypertension, HUG, 1211 Genève 14, ^c Service de néphrologie, CHUV, 1011 Lausanne, ^d Chaire d'adhésion thérapeutique et interprofessionnalité, Ecole de pharmacie, Genève-Lausanne, Université de Genève, 1211 Genève 4, ^e pharma24, Boulevard de la Cluse 38, 1205 Genève
antoINETTE.pechere@hcuge.ch

TABLEAU 1		Adhésion au traitement et comportement du patient
Terminologie		Définition
Adhésion au traitement médicamenteux		Processus par lequel les patients prennent leurs médicaments comme prescrits, il se compose de l'initiation, de l'implémentation et de la discontinuation
	Initiation	Le patient initie son traitement
	Implémentation (réalisation, mise en œuvre)	Le patient met en œuvre le traitement selon les informations discutées avec les professionnels de santé (dosage, horaire et fréquence de prise, intervalle entre les prises, rattrapage des oublis, association avec des actes routiniers)
	Discontinuation (interruption)	Le patient cesse de prendre le médicament prescrit, quelle que soit la raison
Persistance		L'intervalle de temps entre l'initiation et la dernière dose prise d'un médicament, précédant immédiatement la discontinuation

(Adapté de réf. 5).



(Adapté de réf. 5).

Selon une méta-analyse de 376 162 patients portant sur les médicaments prévenant les maladies cardiovasculaires, l'adhésion thérapeutique moyenne à 2 ans est de 57% et ne serait que légèrement influencée par la classe du médicament.⁸ Plus l'adhésion thérapeutique est optimale, plus les risques cardiovasculaires diminuent. Par conséquent, même une adhésion thérapeutique intermédiaire apporterait un bénéfice supérieur à celui d'une adhésion très faible.^{7,9} Les patients sont plus adhérents à leur traitement en prévention secondaire qu'en primaire (environ deux tiers des patients versus environ la moitié respectivement sont adhérents après 2 ans en moyenne).⁸

COMMENT ÉVALUER L'ADHÉSION?

L'adhésion thérapeutique est un comportement dynamique, qui varie d'un patient à l'autre et qui peut changer pour le

même patient au cours du temps (par exemple, vacances thérapeutiques). Elle est déterminée par de nombreux facteurs, dont l'âge, le genre, la culture, les représentations et croyances de santé, l'éducation, mais aussi la maladie, le traitement (nombre de médicaments, effets secondaires), des facteurs socioéconomiques et le soutien apporté par le système de santé.¹⁰

Les moyens subjectifs d'évaluer l'adhésion thérapeutique comme la perception et l'intuition du médecin ou les autodéclarations des patients ne sont pas assez performants pour dépister de façon sûre les patients non adhérents qui ne se sentent pas à l'aise pour en parler.

Il existe des questionnaires validés, destinés à dépister une adhésion thérapeutique suboptimale, par exemple le questionnaire pilote d'acceptabilité d'un traitement chronique ACCEPT.¹¹ Faciles d'usage, ils permettent un premier dépistage en décelant la non-adhésion ou les barrières à une bonne adhésion des patients qui osent poser leur problématique sans filtre de désidérabilité. Leur spécificité n'est pas excellente (< 75%) et ils surestiment l'adhésion des patients. Une des raisons en est la volonté de faire plaisir à son médecin ou de ne pas oser se dévoiler dans un contexte qui ne le permet pas.⁹

Il existe des méthodes objectives directes et indirectes. Parmi les méthodes indirectes, nous citerons les registres de pharmacies et le pilulier électronique. L'examen des registres de pharmacies permet de corrélérer le renouvellement des ordonnances à l'adhésion. Actuellement, ceci est difficilement réalisable en routine en Suisse en l'absence du dossier patient partagé.

Pilulier électronique

Il existe des dispositifs électroniques qui mesurent l'adhésion et qui délivrent un *feedback* sous forme d'informations ou d'alertes. L'un des systèmes très utilisés en Suisse se nomme MEMS (*medication event monitor system*, Aardex Group). Il s'agit d'un bouchon électronique doté d'une horloge interne se plaçant sur une boîte de médicaments et qui enregistre la date et l'heure de chaque ouverture du flacon. Les résultats sont traduits sous forme d'un graphique, facilement compréhensible du patient, et leur analyse donne une lecture précise des différents phénotypes d'adhésion. Ils sont un riche outil de discussion avec le patient. Ce dispositif, utilisé en recherche, est maintenant déployé à plus large échelle en pratique clinique. L'ouverture de l'appareil n'équivaut pas forcément à l'ingestion du médicament, son utilisation doit s'accompagner d'entretien de *feedback* de type motivationnel entre le patient et le professionnel de santé. Actuellement, le pilulier électronique représente un des meilleurs moyens de mesure indirecte de l'adhésion, car il fournit l'historique des prises⁹ et les entretiens de *feedback* figurent parmi les interventions les plus efficaces.¹²

L'observation directe de la prise médicamenteuse par le patient (DOT, *direct observed therapy*), les comprimés électroniques ou encore la mesure de la concentration des médicaments antihypertenseurs dans le sang ou l'urine (TDM, *therapeutic drug monitoring*) sont des mesures directes et objectives. Le TDM est cependant peu représentatif de la qualité de prise

médicamenteuse sur la durée. Nombre d'études ont en effet montré que l'adhésion est meilleure les jours qui précèdent une visite médicale (effet *brosse à dents*). L'approche est semi-quantitative et seul un résultat négatif peut être interprété de manière fiable. Dans l'HTA résistant au traitement, la mesure urinaire des médicaments s'est avérée utile pour le dépistage de la non-adhésion.

De récentes innovations, notamment dans le secteur technologique, nous permettent d'agrandir notre périmètre de manœuvre. Les comprimés dits *électroniques* (Proteus Digital Health, Inc.) font partie de ces innovations. Une puce électronique de la taille d'un grain de sable, équipée d'un capteur, qui une fois ingérée par le patient, est activée par le suc gastrique, est insérée directement dans le comprimé ou la capsule. Un signal est alors émis de la puce électronique pendant quelques secondes, puis réceptionné par un patch cutané que le patient doit porter. Le patch collecte les signaux et les données, puis les transfère sans fil sur le téléphone portable du patient par exemple. Ces données peuvent ensuite être transmises de façon sécurisée au professionnel de santé. Cette technique soulève cependant des questions éthiques actuellement débattues. Son intérêt thérapeutique est en cours d'investigation. L'approche a cependant été acceptée par la Food and Drug Administration (FDA).

COMMENT SOUTENIR ET AMÉLIORER L'ADHÉSION?

La promotion de l'adhésion thérapeutique doit débuter par un partage de la décision entre le médecin et son patient, puis une éducation thérapeutique interprofessionnelle adaptée aux besoins individuels du patient, qui permettent une évaluation appropriée et individualisée des risques et bénéfices du traitement dans un climat de confiance.

S'intéresser à l'adhésion thérapeutique implique d'explorer le comportement thérapeutique du patient, sa motivation, ses croyances et ses perspectives, en utilisant l'approche de l'entretien motivationnel.¹³ Il est préférable d'utiliser des questions qui permettent l'exploration: «Racontez-moi comment vous vous y prenez dans votre journée pour gérer votre médicament?» «Si vous deviez décrire une journée où la prise du médicament est plus complexe, qu'en diriez-vous?» plutôt que d'aborder la problématique par une question fermée et orientée, comme par exemple «Est-ce difficile pour vous de prendre votre traitement tous les jours?», où le patient aurait tendance à répondre par la négative, fermant ainsi la discussion. S'intéresser à l'adhésion implique également de consacrer quelques minutes à cette thématique de façon régulière et prévisible, et de valoriser l'avis du patient et ses efforts investis.

Du point de vue de la promotion de l'autogestion, certaines attitudes sont à privilégier, comme associer la prise médicamenteuse à des habitudes (brossage des dents, café du matin, tisane du soir, etc.) ainsi qu'encourager l'automesure tensionnelle, dans une perspective d'*empowerment* du patient.¹

L'acquisition, le renforcement ou le maintien d'une adhésion thérapeutique adéquate s'inscrit donc dans un suivi au long terme, en plusieurs visites, en explorant les différentes

approches thérapeutiques possibles avec les patients. De plus, une approche interprofessionnelle tout au long du parcours ambulatoire du patient hypertendu a le potentiel de renforcer, si elle est bien élaborée, l'autogestion de la maladie par le patient (**tableau 2**).

CONSULTATION INTERPROFESSIONNELLE DE L'ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE

Cette consultation pionnière en Suisse, et même en Europe, implémentée depuis 2004 à la pharmacie d'Unisanté (Polyclinique médicale universitaire, PMU) de Lausanne, ainsi que dans différents lieux de Suisse romande, fait maintenant figure de modèle, et a été mise en exergue dans les dernières recommandations européennes de l'European Society of Hypertension en 2018.

Les outils portant cette consultation sont l'entretien motivationnel, le pilulier électronique (MEMS) et la transmission des résultats d'adhésion thérapeutique à tous les professionnels en charge de la problématique clinique du patient (**figure 2**). Le patient est invité à participer au programme d'adhésion. S'il ou elle y consent, il-elle est vu-e par le ou la pharmacien-ne au cours d'un entretien de 15 à 20 minutes,

TABLEAU 2	Interventions aux différents niveaux susceptibles d'améliorer l'adhésion thérapeutique dans l'HTA
Interventions	
Au niveau du médecin	
<ul style="list-style-type: none"> • Informer sur les risques de l'hypertension et les bienfaits du traitement • Convenir d'une stratégie de traitement pour contrôler et maintenir la tension artérielle à l'aide de mesures sur le style de vie et l'utilisation d'un comprimé combiné unique dans la mesure du possible • Encourager la responsabilisation et l'autonomisation du patient • Donner un retour régulier au patient sur ses améliorations comportementales et cliniques • Evaluer et résoudre les barrières individuelles à l'adhésion thérapeutique • Collaborer avec d'autres fournisseurs de soins de santé, en particulier les infirmières et les pharmaciens 	
Au niveau du patient	
<ul style="list-style-type: none"> • Automesure de la tension artérielle par le patient (y compris le télémonitoring) • Sessions d'éducation thérapeutique de groupe • Autogestion individualisée et guidée par des sessions d'éducation thérapeutique, adaptée aux besoins des patients • Utilisation de rappels (p. ex. SMS, applications sur smartphone) • Activation du soutien familial, social ou infirmier • Approvisionnement de médicaments sur le lieu de travail 	
Au niveau du traitement médicamenteux	
<ul style="list-style-type: none"> • Simplification du régime médicamenteux favorisant l'utilisation d'un traitement combiné en un unique comprimé quotidien • Semainiers (p. ex. comprimés du lundi, mardi, etc.) 	
Au niveau du système de santé	
<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir l'élaboration de systèmes de soutien à l'adhésion thérapeutique (suivi téléphonique, visites à domicile et télémonitoring de la tension artérielle à domicile) • Appuyer financièrement la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé (médecins, pharmaciens et infirmières) • Améliorer l'accessibilité aux médicaments • Assurer le remboursement de comprimés combinés uniques • Elaborer des bases de données nationales (comprenant des données sur les ordonnances) accessibles pour les médecins et les pharmaciens 	

(Adapté de réf. 1).

CONTRÔLE COMPLÉMENTAIRE DES GLYCÉMIES À JEUN ET POSTPRANDIALES¹⁻³ ...



... avec seulement une injection par jour¹



Réduction de l'HbA_{1c} jusqu'à **-2,5 %**^{4,*}



Env. 70% de patients en plus à la cible **sans hypoglycémie**^{2,*}



Sécurité cardiovasculaire à long terme démontrée pour les deux composants^{1,5,6}

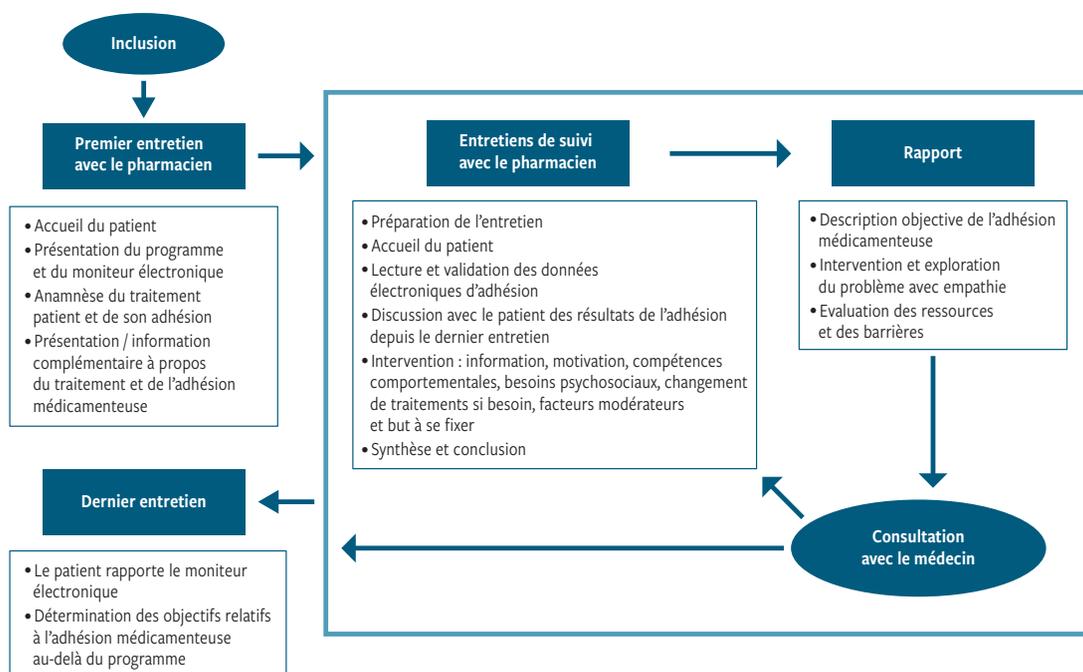
* chez les patients mal contrôlés sous insuline basale (+/- ADO). L'HbA_{1c} des patients du groupe contrôle sous insuline glargine U100 a été réduite jusqu'à 1,8 points.
en comparaison avec l'insuline glargine U100 ; HbA_{1c} cible < 7% ; Hypoglycémie symptomatique documentée définie par une glycémie < 3,9 mmol/l

1. Information professionnelle, mise à jour 03/2018, www.swissmedinfo.ch. 2. Aroda VR et al. Efficacy and Safety of LixiLan, a Titratable Fixed-Ratio Combination of Insulin Glargine Plus Lixisenatide in Type 2 Diabetes Inadequately Controlled on Basal Insulin and Metformin: The LixiLan-L Randomized Trial. Diabetes Care. 2016;39(11):1972-1980. 3. Rosenstock, J et al. Benefits of LixiLan, a Titratable Fixed-Ratio Combination of Insulin Glargine Plus Lixisenatide, Versus Insulin Glargine and Lixisenatide Monocomponents in Type 2 Diabetes Inadequately Controlled With Oral Agents: The LixiLan-O Randomized Trial. Diabetes Care. 2016;39(11):2026-2035. 4. Niemoeller E et al. iGlarLixi Reduces Glycated Hemoglobin to a Greater Extent Than Basal Insulin Regardless of Levels at Screening: Post Hoc Analysis of LixiLan-L. Diabetes Ther. 2018;9(1):373-392. 5. The ORIGIN Trial Investigators et al. Basal insulin and cardiovascular and other outcomes in dysglycemia. N Engl J Med. 2012;367(4):319-328. 6. Pfeffer MA et al. Lixisenatide in Patients with Type 2 Diabetes and Acute Coronary Syndrome. N Engl J Med 2015; 373(23):2247-2257.

SULIQUA[®]. PA : Insuline glargine 100 U/ml (3,64 mg/ml) et lixisénatide 33 µg/ml ou 50 µg/ml. **I :** combinaison avec la metformine en cas de diabète sucré de type 2 chez l'adulte si la metformine seule ou une thérapie combinant metformine/sulfonylurée ou metformine/agoniste des récepteurs GLP-1 ou metformine/insuline basale ne suffisent pas. **P :** 10-40 doses unitaires (Suliqua 100/50) ou 30-60 doses unitaires (Suliqua 100/33) par jour en fonction des besoins du patient. Administration 1 x par jour dans l'heure précédant n'importe quel repas, de préférence avant le petit déjeuner. **CI :** hypersensibilité à l'un des composants. **MP :** sécurité et efficacité non prouvée chez les patients de moins de 18 ans. Ne doit pas être administrée en cas de diabète sucré de type 1 ou de cétoacidose diabétique. Risque d'hypoglycémie plus ou moins sévère en début de traitement, en cas d'injections irrégulières ou de prise alimentaire irrégulière ou en cas de changement de préparation. Attention accrue à l'hypoglycémie en cas de sténoses significatives et de rétinopathie proliférante. Dans de rares cas, il est nécessaire d'adapter la dose en cas de formation d'anticorps. Suspendre le traitement en cas d'apparition d'une pancréatite. Utilisation non recommandée en cas de maladie gastro-intestinale sévère, notamment de gastroparésie sévère ou en cas d'insuffisance rénale sévère. Utilisation non recommandée aux femmes en âge de procréer n'utilisant pas de contraception. Grossesse. Période d'allaitement. **IA :** prudence particulière avec les médicaments oraux ayant une résorption gastro-intestinale rapide ou exigeant une surveillance clinique rigoureuse ou présentant un index thérapeutique étroit. Certaines substances influencent le métabolisme du glucose et peuvent nécessiter un ajustement de la dose. Les signes de la contre-régulation adrénérgique peuvent être atténués ou absents sous l'effet de sympatholytiques. **EI :** hypoglycémie, troubles gastro-intestinaux, vertiges, réactions au point d'injection, lipodystrophie. **Pr :** 3 stylos SoloStar[®] pré-remplis (3 ml) Suliqua 100/50 ou Suliqua 100/33. **Cat.rem :** B. **Tit.AMM :** sanofi-aventis (suisse) sa, 1214 Vernier/GE. **MàJ :** mars 2018 (SACH.LALI.18.06.0474). Pour de plus amples informations, voir l'information destinée aux professionnels sur www.swissmedinfo.ch.

FIG 2

Processus de la consultation d'adhésion



(Adaptée de réf. 14).

puis est revu-e lors d'entretiens d'adhésion successifs à 4 semaines d'intervalle, puis, quand la situation est stabilisée, à intervalle de 2-3 mois sur une durée variable d'un patient à l'autre (6 mois à plusieurs années). Toutes les informations et résultats sont colligés sur un rapport électronique, partagé entre tous, et les décisions sont prises de façon concertée.

L'objectif de la consultation est de valoriser l'autonomie thérapeutique du patient, de faire émerger ses besoins spécifiques pour favoriser son engagement au long cours en se fixant des objectifs thérapeutiques intermédiaires, réalistes. Les motifs menant à proposer cette consultation spécialisée sont l'échec thérapeutique, les difficultés à prendre les médicaments, les difficultés psychosocio-économiques, les comorbidités (dépression, abus d'alcool...), la fragilité (troubles cognitifs ou fonctionnels, handicap, âges extrêmes, grossesse...) ou, simplement, l'accompagnement à l'initiation d'un nouveau traitement à visée d'éducation thérapeutique (figure 2).

Vignette clinique: cheminer avec le patient

Monsieur N., âgé de 60 ans, est un restaurateur de bonne table. Il est connu pour une cardiopathie ischémique avec 3 vaisseaux stentés, un diabète de type II compliqué d'une insuffisance rénale chronique (stade G3bA3), d'une dyslipidémie traitée, une consommation d'alcool à risque, un tabagisme actif (80 UPA), une obésité tronculaire, une sédentarité, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil sévère et une HTA réfractaire.

Son traitement actuel consiste en du valsartan 160 mg/jour, amlodipine 10 mg/jour, hydrochlorothiazide 25 mg/jour, et

du métoprolol 50 mg/jour. Ses valeurs de TA en consultation s'élèvent à 168-186/83-86 mm Hg, et sont confirmées par MAPA (mesure ambulatoire de la pression artérielle).

Monsieur N. accepte de participer à une étude clinique. Son traitement antihypertenseur habituel est administré dans un pilulier électronique, son adhésion s'améliore, atteignant 75% de doses prises, et ses tensions se normalisent!

La cause de la pseudorésistance thérapeutique est ainsi identifiée. Il s'agira maintenant de renforcer ce récent comportement d'adhésion thérapeutique dans le but de le pérenniser.

Or, les mois suivants, l'adhésion du patient diminue à la valeur de 50%, avec un mauvais contrôle tensionnel corroboré par une MAPA, et l'albuminurie augmente. Un diabète est diagnostiqué avec une HbA1C à 9,8%.

Un travail interprofessionnel se met en place dans le but de soutenir le patient: promotion d'une meilleure communication entre spécialistes, médecin généraliste, pharmacien et patient. A l'aide de sa pharmacie, qui désormais prépare des semainiers, les paramètres s'améliorent. Le patient diminue sa consommation de cigarettes de 3-4 à 1 paquet par jour.

Quelles ont été les clés de cette évolution favorable? L'approche interprofessionnelle a probablement permis de mettre en lumière un certain degré de déni, a accompagné activement une prise de conscience et a apporté

des connaissances concertées au patient. De plus, le traitement a pu être simplifié en favorisant les combinaisons thérapeutiques.

CONCLUSION

L'adhésion au traitement médicamenteux antihypertenseur n'est pas aussi optimale qu'on le souhaiterait, malgré une panoplie de traitements efficaces, administrables en une seule prise journalière, pour contrôler la TA. Le soutien et la promotion de l'adhésion thérapeutique restent un défi, et nécessitent une collaboration étroite entre les différents acteurs de la santé et les patients eux-mêmes. Une approche motivationnelle centrée sur les besoins spécifiques de chaque patient, l'émergence d'outils innovants comme les piluliers électroniques et une concertation interprofessionnelle sont d'une grande aide. Beaucoup de moyens et d'efforts de la part des acteurs de la santé et des patients ont été déployés et ont porté leurs fruits, mais il reste encore du chemin à faire. De nouvelles approches, notamment dans les secteurs technologiques et d'organisation de santé, nous permettront possible-

ment d'agrandir notre périmètre de manœuvre pour assurer le meilleur contrôle tensionnel possible.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Une adhésion thérapeutique déficiente est une cause importante d'hypertension artérielle (HTA) non contrôlée
- La non-adhésion thérapeutique est souvent interprétée comme une cause de résistance au traitement antihypertenseur, car elle est difficile à diagnostiquer
- Une approche multidisciplinaire incluant le patient, le pharmacien, le médecin ou d'autres soignants, et combinant plusieurs approches: entretien motivationnel, piluliers électroniques, renforcement des ressources du patient, compréhension de ses croyances, permet d'améliorer l'adhésion thérapeutique
- Une meilleure adhésion est associée à une réduction des issues défavorables et de la mortalité, et à une réduction des coûts de la santé

1 ** Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018;39:3021-104.

2 * Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, 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.

3 Dragomir A, Côté R, Roy L, et al. Impact of adherence to antihypertensive agents on clinical outcomes and hospitalization costs. *Med Care* 2010;48:418-25.

4 pharmamarkt_schweiz_2017_f_final_0.pdf [Internet]. [cited 2019 Apr 14]. Available from: www.interpharma.ch/sites/default/files/pharmamarkt_schweiz_2017_f_final_0.pdf

schweiz_2017_f_final_0.pdf

5 * Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol* 2012;73:691-705.

6 Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ* 2008;336:1114-7.

7 Corrao G, Zambon A, Parodi A, et al. Discontinuation of and changes in drug therapy for hypertension among newly-treated patients: a population-based study in Italy. *J Hypertens* 2008;26:819-24.

8 Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS.

Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am J Med* 2012;125:882-7.e1.

9 Gupta P, Patel P, Horne R, et al. How to screen for non-adherence to antihypertensive therapy. *Curr Hypertens Rep* 2016;18:89.

10 * Burnier M. Drug adherence in hypertension and cardiovascular protection. Berlin: Springer, 2018.

11 Marant C, Longin J, Gauchoux R, et al. Long-term treatment acceptance: what is it, and how can it be assessed? *Patient* 2012;5:239-49.

12 Demonceau J, Ruppard T, Kristanto P, et al. Identification and assessment of adherence-enhancing interventions in

studies assessing medication adherence through electronically compiled drug dosing histories: a systematic literature review and meta-analysis. *Drugs* 2013;73:545-62.

13 Vallis M. Are behavioural interventions doomed to fail? Challenges to self-management support in chronic diseases. *Can J Diabetes* 2015;39:330-4.

14 * Lelubre M, Kamal S, et al. Interdisciplinary medication adherence program: the example of a university community pharmacy in Switzerland. *BioMed Res Int* 2015;2015:103546.

* à lire

** à lire absolument