

UNIVERSITE DENIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTE DE MEDECINE

N° de thèse :

Année : 2009

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Lédye TOUGLO

Née le 12 Septembre 1980 à Villeneuve-La-Garenne(92)

Présentée et soutenue publiquement le 4 décembre 2009

**Médecins généralistes et patients hypertendus de plus de 80 ans.
Prise en charge optimale, facteurs limitants et mesures correctives.**

Président de thèse: **Professeur Enrique Casalino**

Directeur de thèse: **Docteur Bruno Lepoutre**

D.E.S de Médecine Générale

Remerciements

A Monsieur le Docteur Bruno Lepoutre,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Merci pour vos conseils avisés.

A Monsieur le Professeur Enrique Casalino,

Merci pour votre disponibilité sans faille.

A Mesdames et Messieurs les membres du jury,

Merci pour votre écoute attentive.

A Monsieur le Docteur Thierry Mazars,

Pour ses encouragements depuis mon enfance.

A ma mère,

Dont le courage inébranlable m'a permis de réaliser mes rêves.

A mes sœurs,

Pour leur soutien indéfectible et pour la force qu'elles m'insufflent.

A mon père,

A jamais absent, mais que je ne saurais oublier.

Et à toutes les personnes(famille, amis, collègues de travail)

Qui ont dû me supporter pendant la préparation de ce travail...

Table des matières

<u>INTRODUCTION</u>	8
<u>I) GENERALITES</u>	10
<u>1.HTA: une pathologie fréquente dans une population vieillissante</u>	10
<u>1.1 Une pathologie fréquente et couteuse</u>	10
<u>1.2 Une population vieillissante</u>	11
<u>1.3 Physiopathologie</u>	14
<u>1.3.1 Pression artérielle systolique</u>	14
<u>1.3.2 Pression artérielle diastolique</u>	15
<u>1.3.3 Pression artérielle pulsée</u>	15
<u>1.3.4 Rôle du système rénine/angiotensine/aldostérone</u>	15
<u>1.4 Hypertension artérielle et complications cardiovasculaires</u>	16
<u>1.5 Bénéfices du traitement anti-hypertenseur chez les sujets très âgés</u>	18
<u>1.5.1 De premières études convaincantes</u>	18
<u>1.5.2 Antihypertenseurs et surmortalité chez les sujets très âgés ?</u>	22
<u>1.5.3 Apports des études récentes</u>	24
<u>1.5.4 Hypertension artérielle et accidents vasculaires cérébraux</u>	26
<u>1.5.5 Hypertension artérielle et démence</u>	28
<u>II) PREMIERE PARTIE: revue de littérature</u>	32
<u>A.METHODES</u>	32
<u>B.RESULTATS</u>	34
<u>1.Prise en charge optimale de l’hypertension chez les plus de 80 ans</u>	34
<u>1.1 Diagnostic positif</u>	34
<u>1.2 Evaluation du niveau de risque cardiovasculaire global du patient</u>	37
<u>1.2.1 Bilan paraclinique initial</u>	37
<u>1.2.2 Estimation du risque cardiovasculaire global</u>	37
<u>1.2.3 Recherche d’une atteinte des organes-cibles</u>	38
<u>1.2.4 Recherche des maladies cardiovasculaires et rénales</u>	38
<u>1.3 Evaluation préthérapeutique</u>	38
<u>1.3.1 Hypotension artérielle orthostatique</u>	38
<u>1.3.2 Objectifs tensionnels sous traitement</u>	39
<u>1.4 Traitement de l’hypertension chez les plus de 80 ans</u>	40

1.4.1 Règles hygiéno-diététiques	40
1.4.2 Traitement médical pharmacologique	43
1.5 Suivi des patients	47
2. Les difficultés de contrôle tensionnel	49
2.1 Des chiffres édifiants	49
2.2 L'âge: un facteur de risque de mauvais contrôle tensionnel	56
3. Facteurs limitant la prise en charge optimale	58
3.1 Facteurs liés aux patients	58
3.1.1 Mauvaise observance et compliance au traitement	58
3.1.2 Comorbidités, mode de vie, caractéristiques socioculturelles	63
3.2 Facteurs liés aux règles hygiéno-diététiques	64
3.3 Facteurs liés au traitement pharmacologique	64
3.3.1 Facteurs altérant l'observance	64
3.3.2 Des propriétés pharmacologiques inadaptées ?	66
3.4 Facteurs liés aux médecins	66
3.4.1 L'inertie thérapeutique	66
3.4.1.1 Description du mécanisme d'inertie thérapeutique	66
3.4.1.2 Causes de l'inertie thérapeutique	69
3.5 Facteurs liés à la relation médecin-malade	72
4. Mesures correctives pour améliorer la prise en charge	73
4.1 Contribution des médecins prescripteurs	73
4.1.1 Généralités	73
4.1.2 Mieux informer et éduquer les patients	75
4.1.3 Mieux soigner les patients, adapter la prescription	77
4.1.4 Evaluer l'observance, proposer des systèmes d'aide à la prise du traitement	79
4.2 Contribution des patients	82
4.3 Contribution des pouvoirs publics et du système de santé ?	83
III) DEUXIEME PARTIE: ENQUETE QUALITATIVE	85
1. Méthodes	85
1.1 Choix de la méthode qualitative	85
1.2 Guide d'entretien	86
1.3 Population et sélection de l'échantillon	87

<u>1.4 Contact préliminaire</u>	89
<u>1.5 Déroulement des entretiens</u>	89
<u>1.6 Transcription des données</u>	89
<u>1.7 Analyse des données sociodémographiques</u>	90
<u>1.8 Analyse des éléments du discours</u>	90
<u>2. Résultats</u>	91
<u>2.1 Données générales sur les entretiens</u>	91
<u>2.1.1 Lieux des entretiens</u>	91
<u>2.1.2 Durée des entretiens</u>	91
<u>2.1.3 Description de l'échantillon</u>	91
<u>2.1.3.1 Sexe des médecins interrogés</u>	91
<u>2.1.3.2 Age des médecins interrogés</u>	92
<u>2.1.3.3 Nombre d'années d'exercice</u>	92
<u>2.1.3.4 Répartition géographique des lieux d'exercice</u>	93
<u>2.1.3.5 Mode d'exercice et fonction universitaire</u>	93
<u>2.1.3.6 Tableau récapitulatif</u>	94
<u>2.2 Analyse thématique des entretiens</u>	95
<u>2.2.1 Ressenti des médecins concernant l'hypertension des patients très âgés</u>	95
<u>2.2.1.1 L'hypertension: physiologique ou pathologique ?</u>	95
<u>2.2.1.2 Tolérance pour les valeurs tensionnelles</u>	96
<u>2.2.2 Ressenti des médecins concernant les bénéfices du traitement</u>	100
<u>2.2.2.1 Un intérêt primordial: prévenir les AVC et leurs complications</u>	100
<u>2.2.2.2 Les autres bénéfices du traitement</u>	101
<u>2.2.2.3 Des bénéfices limités dans certaines situations</u>	102
<u>2.2.3 Ressenti des médecins concernant le rapport bénéfices/risques du traitement</u> ..	103
<u>2.2.4 Description de la prise en charge des patients</u>	104
<u>2.2.4.1 Place de la MAPA et de l'automesure tensionnelle</u>	104
<u>2.2.4.2 Bilan préthérapeutique et cardiovasculaire</u>	105
<u>2.2.4.3 Règles hygiéno-diététiques</u>	106
<u>2.2.4.4 Traitement pharmacologique</u>	108
<u>2.2.4.5 Délai d'évaluation</u>	112
<u>2.2.4.6 Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement</u>	113
<u>2.2.4.7 Hypertension artérielle réfractaire : le recours au cardiologue</u>	113

<u>2.2.5 Ressenti des médecins concernant le contrôle tensionnel</u>	115
<u>2.2.6 Ressenti des médecins concernant l'observance des patients</u>	117
<u>2.2.7 Identification des facteurs de mauvais contrôle tensionnel liés aux patients</u>	119
<u>2.2.7.1 Impact des pathologies et comorbidités</u>	120
<u>2.2.7.2 Perception inappropriée de l'hypertension</u>	122
<u>2.2.7.3 Impact du caractère et de la personnalité</u>	123
<u>2.2.7.4 Impact du contexte social et familial</u>	123
<u>2.2.7.5 Impact du planning et des activités quotidiennes</u>	125
<u>2.2.7.6 Impact du cout des médicaments</u>	125
<u>2.2.8 Identification des facteurs de mauvais contrôle tensionnel liés au traitement</u>	126
<u>2.2.8.1 Impact des effets indésirables iatrogènes</u>	126
<u>2.2.8.2 Impact du schéma thérapeutique</u>	127
<u>2.2.8.3 Impact du conditionnement et de la galénique</u>	129
<u>2.2.8.4 Impact des médicaments génériques</u>	129
<u>2.2.9 Identification des facteurs de mauvais contrôle tensionnel liés aux médecins</u>	130
<u>2.2.9.1 L'inertie thérapeutique</u>	130
<u>2.2.9.1.1 Motifs invoqués pour ne pas modifier le traitement</u>	131
<u>2.2.9.1.2 Déterminants des modifications thérapeutiques</u>	137
<u>2.2.9.1.3 L'inertie thérapeutique: une réalité pour les médecins ?</u>	139
<u>2.2.9.2 Autres facteurs liés aux médecins</u>	140
<u>2.2.9.2.1 Impact de la conviction des médecins</u>	140
<u>2.2.9.2.2 Impact de la relation médecin-malade</u>	141
<u>2.2.9.2.3 Impact des autres médecins prescripteurs</u>	142
<u>2.2.10 Mesures correctives pour améliorer la prise en charge</u>	142
<u>IV)DISCUSSION</u>	147
<u>1. Discussion concernant la méthode</u>	147
<u>1.1 Limites et biais de l'étude qualitative</u>	147
<u>1.1.1 Biais liés au recueil des données</u>	147
<u>1.1.1.1 Biais de sélection de l'échantillon</u>	147
<u>1.1.1.2 Biais liés à l'enquêteur: biais d'intervention</u>	148
<u>1.1.2 Biais liés à la méthode d'analyse et d'interprétation</u>	148
<u>1.2 Validité interne de l'étude</u>	149
<u>2. Discussion concernant les résultats</u>	150

<u>2.1 Validité externe de l'étude: comparaison à la revue de littérature</u>	150
<u>2.1.1 Diagnostic et mise en route du traitement</u>	151
<u>2.1.2 Evaluation du contrôle tensionnel</u>	152
<u>2.1.3 Identification des obstacles au contrôle tensionnel</u>	153
<u>2.1.3.1 Obstacles liés aux patients</u>	153
<u>2.1.3.2 Obstacles liés aux règles hygiéno-diététiques</u>	154
<u>2.1.3.3 Obstacles liés au traitement</u>	154
<u>2.1.3.4 Obstacles liés aux médecins</u>	155
2.1.3.4.1 L'inertie thérapeutique : un fait démontré	155
2.1.3.4.2 L'inertie thérapeutique : des causes pré-établies	156
2.1.3.4.3 L'inertie thérapeutique : des causes innovantes	158
<u>2.1.3.5 Obstacles liés à la relation médecin-malade</u>	159
2.1.4 Mesures correctives proposées	160
<u>2.2 Apports de l'étude et hypothèses explicatives</u>	160
2.2.1 Les fondements de la tolérance	161
2.2.2 A propos du traitement choisi	161
2.2.3 Validité et pertinence des études à l'origine des recommandations	163
2.2.4 A propos des risques d'une hypertension insuffisamment contrôlée	164
<u>3. Propositions et pistes d'approfondissement</u>	166
3.1 Quelques propositions	166
3.2 Application concrète des propositions	169
<u>CONCLUSION</u>	170
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	172
<u>ANNEXES</u>	183
<u>ANNEXE 1: Grille de lecture standardisée</u>	184
<u>ANNEXE 2 : Grades des recommandations</u>	186
<u>ANNEXE 3: Guide d'entretien</u>	187
<u>ANNEXE 4: Les entretiens</u>	190
<u>RESUME</u>	270

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque cardiovasculaire fréquent et majeur, impliqué dans la survenue d'accidents vasculaires cérébraux(AVC), de cardiopathies ischémiques, d'insuffisances cardiaques et de démences, notamment chez les personnes âgées (plus de 60 ans) et très âgées(plus de 80 ans)[1].

D'après les estimations de l'étude FLASH[2], 17 millions de Français étaient atteints d'hypertension artérielle en 2007, soit un français sur cinq environ.

La prévalence de l'HTA augmente avec l'âge, comme l'ont démontré les études de la Framingham Heart Study dès 1948 [3]. Après l'âge de 80 ans, 60 % des femmes et plus de 74 % des hommes sont hypertendus.

Or, en France, l'évolution démographique est marquée par un vieillissement de la population, comme le confirme le bilan démographique 2008 de l'Institut National de La Statistique et des Etudes Economiques(INSEE)[4]. Les sujets de plus de 85 ans représentaient 0,6 % de la population en 1960, 1,8 % en 2005 et devraient constituer 7,5 % de la population en 2050. Les médecins généralistes-assurant dans 94% des cas la prise en charge de l'hypertension- sont donc confrontés à des patients toujours plus âgés.

En 2005, la Haute Autorité de Santé publiait des recommandations concernant la prise en charge de l'HTA, mais celles-ci s'appliquaient essentiellement aux patients âgés de moins de 65 ans[5]. Certains auteurs- comme Girerd X. et Hanon O.- ont décrit les particularités de cette prise en charge chez les plus de 80 ans, et des études récentes ont évalué l'intérêt et l'efficacité du traitement antihypertenseur dans cette classe d'âge [6-11]. Mais, à ce jour, aucune recommandation officielle ne traite spécifiquement de l'HTA des sujets très âgés.

En France, la prise en charge de l'hypertension demeure problématique, pour le dépistage comme pour le traitement. Après 65 ans, plus de 70 % des patients présentent une HTA et seulement 30 % d'entre eux ont un contrôle tensionnel suffisant. L'étude MONA LISA (MONitoring National du risque Artériel), réalisée entre 2005 et 2007, indiquait même qu'avec l'âge, la qualité du contrôle tensionnel se dégradait[12].

Les causes de cette «carence» de contrôle ne sont pas parfaitement établies, en particulier chez les patients très âgés. Afin d'améliorer leur prise en charge, il est donc nécessaire de préciser les origines du dysfonctionnement, pour tenter d'y apporter des corrections.

Cette thèse a pour objectif principal d'identifier les facteurs-respectivement imputables aux patients, aux traitements et aux médecins- qui limitent la prise en charge de l'HTA chez les patients de plus de 80 ans.

Les objectifs secondaires sont de préciser les interventions(règles hygiéno-diététiques, médicaments....)constituant une gestion «optimale» de l'hypertension dans cette classe d'âge, et de trouver des solutions permettant d'améliorer cette gestion.

La première partie de ce travail est fondée sur une revue de la littérature, permettant de décrire la prise en charge «optimale» de ces patients, les obstacles et les mesures correctives envisageables.

La seconde partie de ce travail est constituée d'une enquête qualitative menée auprès de médecins généralistes, pour analyser leur opinion concernant ces même items et pour identifier les déterminants de cette prise en charge.

I) GENERALITES

1.HTA: une pathologie fréquente dans une population vieillissante

1.1 Une pathologie fréquente et coûteuse

La prévalence globale de l'HTA dans la population adulte mondiale était évaluée à 26,4 % en 2000 (972 millions de personnes) et devrait atteindre 29 % en 2025 (1,56 milliards de personnes) [13]. En France, les études FLASH – organisées par le Comité français de lutte contre l'hypertension artérielle – ont permis d'estimer le nombre de sujets hypertendus (âgés de plus de 35 ans) à 14,4 millions en 2004 et à 17 millions en 2007.

Parmi les pathologies chroniques, l'hypertension artérielle est actuellement la première cause de consultation des personnes très âgées auprès des médecins généralistes. Pathologie fréquente, elle implique directement les médecins généralistes, qui assurent dans 94 % des cas la gestion des patients atteints (chiffre CREDES).

Figure 1: Classement des 10 premiers Résultats de Consultation

les plus fréquents en médecine générale en 2007 (par acte, pour tous les patients)

Rang	Résultat de consultation	Nombre d'actes	Pourcentage
1	HTA	33427	14.64
2	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	23770	10.41
3	HYPERLIPIDÉMIE	19055	8.35
4	ETAT FEBRILE	14622	6.41
5	RHINOPHARYNGITE - RHUME	13133	5.75
6	VACCINATION	11944	5.23
7	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	10009	4.39
8	ETAT MORBIDE AFEBRILE	9158	4.01
9	DIABETE DE TYPE 2	9103	3.99
10	LOMBALGIE	9011	3.95

Source: Observatoire de Médecine générale/Société Française de Médecine Générale

La prise en charge de l'hypertension artérielle est un véritable enjeu de santé publique, d'abord sur le plan médical. Des études ont démontré que le risque cardiovasculaire induit par l'hypertension était réversible sous traitement antihypertenseur.

La diminution de la pression artérielle permet de réduire la morbi-mortalité cardiovasculaire, le risque d'accident vasculaire cérébral, d'insuffisance rénale et de démence dans certaines populations. Or, en France, les données disponibles indiquent que le contrôle tensionnel reste souvent insuffisant, surtout chez les patients à haut risque cardiovasculaire.

Par ailleurs, l'incidence croissante de l'hypertension constitue un défi économique pour notre système de santé publique. Selon une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, entre 2000 et 2006 en France, le nombre de patients soignés pour hypertension a augmenté de près de 2 millions et atteint le chiffre de 10,5 millions, sans compter les patients hypertendus non traités bénéficiant uniquement d'un régime. L'hypertension est la troisième cause de prise en charge à 100% (pour affection de longue durée) après le diabète et les cancers, engendrant des dépenses de santé considérables. Les sommes remboursées par l'Assurance Maladie-au titre de l'hypertension - étaient de 4,4 milliards d'euros en 2006 contre 2,6 milliards en 2000, soit une hausse de près de 70 %.

Cette augmentation des dépenses s'explique non seulement par le nombre croissant de patients à traiter, mais encore par l'utilisation de médicaments plus coûteux. Pour améliorer la prise en charge des patients et pour limiter l'évolution exponentielle des dépenses, des référentiels et recommandations ont été mis au point, tels les Références Médicales Opposables, les recommandations de La Haute Autorité de Santé(2005), La Lettre de Diffusion de l'Assurance Maladie aux médecins libéraux...

Mais ces recommandations sont fondées sur des études menées essentiellement chez des patients de moins de 60 ans, et n'ont pas été évaluées chez les patients très âgés.

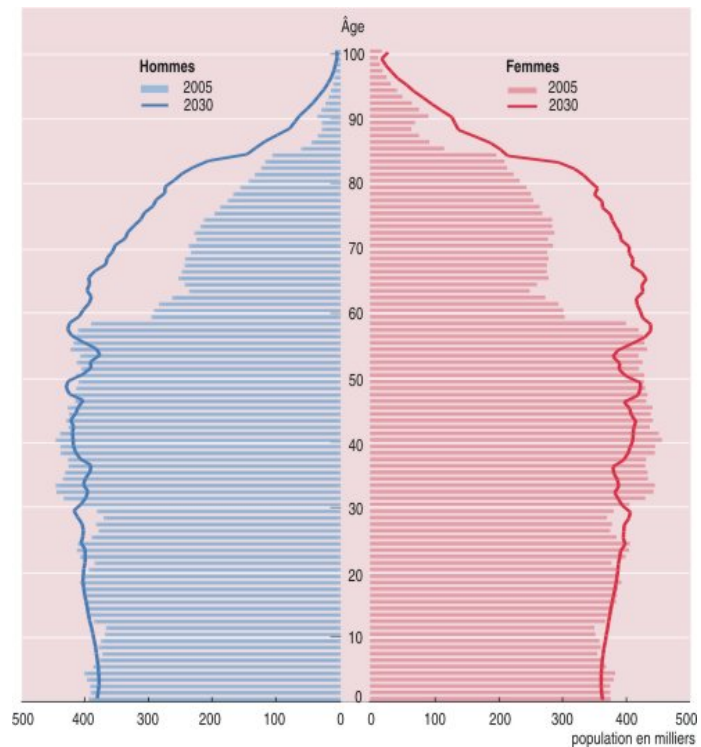
1.2 Une population vieillissante

En France, l'évolution démographique est marquée par un vieillissement inéluctable de la population. D'après les projections de l'INSEE, en 2050, la population française devrait atteindre 70 millions d'habitants, dont 18,1% de plus de 65 ans, 7,5% de plus de 85 ans,

0,26% de plus de plus de 100 ans. Ainsi, 1 habitant sur 3 devrait être âgé de plus de 60 ans en 2050, contre 1 sur 5 en 2005.

La figure 2 -comparant la pyramide des âges en 2005 à celle prévue en 2030- montre clairement ce phénomène.

Figure 2: Pyramide des ages en 2005 et 2030



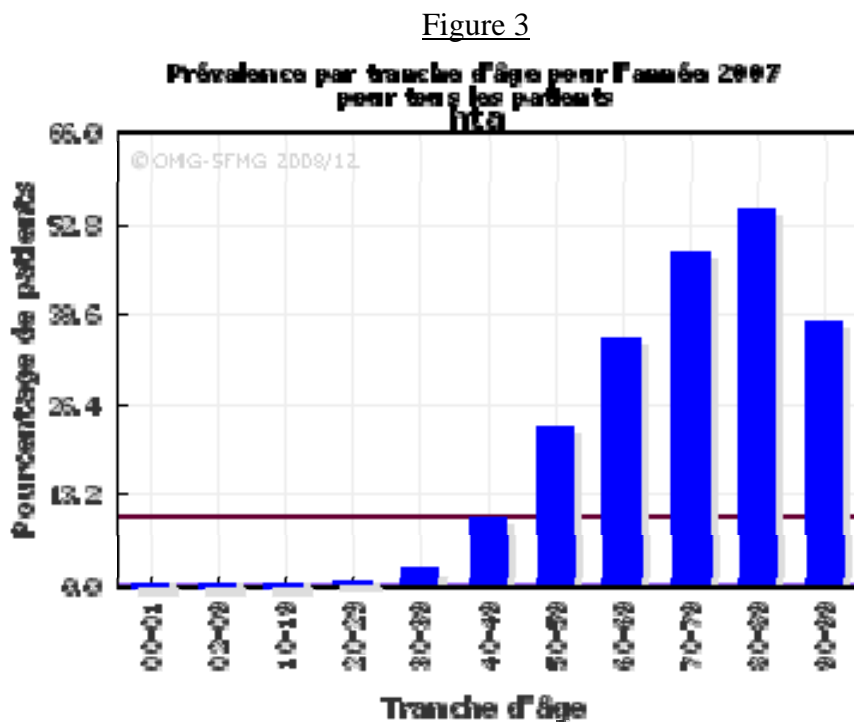
Source : bilan démographique 2005 et projection de population, Insee 2005.

Le vieillissement de la population s'explique par deux éléments principaux: d'une part le nombre important de personnes issues du baby boom après la Seconde Guerre Mondiale, d'autre part l'augmentation constante de l'espérance de vie grâce notamment aux progrès de la médecine.

Chez les hommes, l'espérance de vie à la naissance est passée de 74,7 ans en 1998 à 77,4 ans en 2008. Chez les femmes, l'espérance de vie est passée de 82,4 ans en 1998 à 84,3 ans en 2008.

Or, depuis les premières études de la Framingham Heart Study, il est établi que la prévalence de l'hypertension augmente avec l'âge des patients. C'est justement au-delà de 80 ans que l'hypertension est la plus fréquente: après 80 ans, plus de 70% des sujets sont hypertendus.

Ce phénomène est illustré par la figure 3, présentant la prévalence de l'hypertension artérielle par tranche d'âge chez des patients ayant consulté un médecin généraliste en 2007.



Source: Observatoire de Médecine générale/Société Française de Médecine Générale

Les médecins généralistes doivent donc se préparer à prendre en charge des patients hypertendus toujours plus âgés, pour lesquels –malheureusement- les données d'études sont les plus rares.

1.3 Physiopathologie [6;14]

1.3.1 Pression artérielle systolique

La prévalence de l'hypertension augmente avec l'âge, et en particulier celle de la pression systolique. L'HTA systolique est un problème relativement spécifique des personnes âgées, comme l'ont indiqué les résultats de la Framingham Heart Study. Plus de 70% des sujets de plus de 60 ans présentent une tension artérielle systolique élevée, et plus de 25% des personnes de plus de 80 ans sont atteints d'une HTA systolique isolée « pure ».

Dans ces recommandations, l'HAS rappelait que : « l'HTA systolique isolée est plus fréquente chez les sujets âgés, et il est recommandé de la prendre en charge au même titre que l'HTA systolodiastolique. » (GRADE A, voir ANNEXE 2).

Le vieillissement s'accompagne notamment d'une augmentation des résistances périphériques, d'une diminution de la compliance et d'une majoration de la rigidité artérielle.

Ce remodelage vasculaire s'explique par d'importantes modifications tissulaires :

- épaississement des parois artérielles
- fragilisation et fragmentation de l'élastine, d'où rupture des fibres élastiques de la media des artères élastiques
- remplacement des fibres élastiques par des fibres de collagène, plus rigides
- dépôt de sels de calcium et majoration des lésions d'athérome.

Les artères perdent alors leur capacité à moduler l'onde de pression pulsatile provenant du cœur, ce qui aboutit à une augmentation de la pression artérielle. Cette augmentation de la rigidité artérielle s'accompagne d'une augmentation de pression centrale, d'où une perte de gradient de pression entre la pression centrale et la pression périphérique avec égalisation de ces deux pressions.

Ainsi, chez les sujets âgés de plus de 60ans, l'augmentation de la tension artérielle systolique- reflet de la rigidité artérielle- est directement corrélée au risque cardiovasculaire et notamment à la survenue d'accidents vasculaires cérébraux et de coronaropathie.

A l'inverse, chez les sujets âgés de 95 ans, l'évolution peut être marquée par une baisse de la tension artérielle notamment systolique, ce qui traduit un état général précaire et défaillant, avec un risque de décès proche.

1.3.2 Pression artérielle diastolique

L'âge s'associe à une augmentation des résistances périphériques (d'où une augmentation de la pression artérielle diastolique) mais aussi à une augmentation de la rigidité artérielle des gros troncs artériels (d'où une diminution de la pression artérielle diastolique).

De ce fait, le vieillissement n'a pas de conséquence évidente sur la pression artérielle diastolique, qui demeure le plus souvent normale voire basse après 50 ans.

La diminution de la pression diastolique provoque entre autres une diminution de la perfusion coronaire.

1.3.3 Pression artérielle pulsée

La pression artérielle pulsée -différence entre la pression artérielle systolique et la pression diastolique- est normalement proche de 70 mmhg.

Chez les sujets âgés, l'augmentation de pression systolique et la diminution de la pression diastolique entraînent une augmentation de la pression pulsée.

L'augmentation de la pression systolique et de la pression pulsée est un marqueur de l'altération du système artériel, du risque cardiovasculaire et d'une diminution de l'espérance de vie chez les sujets de plus de 60ans.

1.3.4 Rôle du système rénine/angiotensine/aldostérone

Ce système est impliqué dans la régulation de la pression artérielle, par plusieurs mécanismes. Avant tout, l'angiotensine est un puissant vasoconstricteur. De plus, en cas d'hypovolémie, l'angiotensine permet la libération d'aldostérone, d'où une rétention d'eau et de sel par le rein, aboutissant à une augmentation du débit sanguin et permettant un maintien de la pression artérielle.

Avec l'âge, l'angiotensine déclenche un phénomène d'inflammation vasculaire, de fibrose cardiaque et rénale, d'athérosclérose au sein des gros vaisseaux.

La stimulation chronique du système rénine/angiotensine/aldostérone aboutit donc à des lésions d'organes essentiels(hypertrophie ventriculaire gauche, athérome coronaire, néphropathie) et est impliquée dans la survenue d'une morbidité cardiovasculaire.

L'hypertension artérielle est un facteur de risque cardiovasculaire majeur, dont la prévalence augmente avec l'âge.

Chez les personnes âgées, l'hypertension est essentiellement de type systolique, liée à :

- une augmentation des résistances artérielles périphériques, suite à remaniement vasculaire**
- une hyper-activation du système rénine-angiotensine-aldostérone.**

1.4 Hypertension artérielle et complications cardiovasculaires

En prévention primaire, il existe une relation continue entre le niveau de pression artérielle et le risque cardiovasculaire, qui s'observe même chez les patients normotendus à partir d'une tension de 115/75. Le risque de présenter un évènement cardiovasculaire est dépendant du niveau de la pression artérielle, et c'est la pression artérielle systolique qui est prédictive du risque cardiovasculaire chez le sujet de plus de 50 ans.

Les complications cardiovasculaires de l'HTA sont connues depuis de nombreuses années, notamment grâce aux études de la Framingham Heart Study.

L'HTA est un facteur de risque cardiovasculaire primordial, directement impliqué dans la survenue d'AVC, d'insuffisances cardiaques, de cardiopathies ischémiques/coronaropathies, d'insuffisances rénales, d'artériopathies périphériques, de démences et de décès.

Chez les sujets âgés et très âgés, les complications les plus fréquentes des l'HTA sont les accidents vasculaires cérébraux et les insuffisances cardiaques diastoliques.

En 2000, Staessen publiait dans LANCET les résultats d'une méta-analyse de 8 études portant sur 15 693 patients de plus de 60 ans présentant une hypertension artérielle systolique pure (systolique supérieure à 160, diastolique inférieure à 95)[1]. Les résultats de cette étude indiquaient qu'une diminution de 10mmhg de la pression systolique (grâce au traitement antihypertenseur) permettait de réduire la mortalité toutes causes de 26% (p=0,0001), de diminuer la mortalité cardiovasculaire de 18 %, de réduire les AVC de 22 % (p=0,02) et de réduire les évènements cardiovasculaires de 7 % (p=0,37 donc non significatif).

L'analyse des résultats en sous-groupe indiquait par ailleurs que les bénéfices du traitement antihypertenseur étaient plus importants chez les sujets de plus de 70 ans, avec une pression pulsée augmentée et aux antécédents de complications cardiovasculaires.

En 2002, dans LANCET, Lewington précisait que chez les 40-90ans(et en particulier chez ceux de 40-49ans et 80-89ans), l'augmentation de la pression artérielle (surtout systolique) était fortement et directement associée à une augmentation de mortalité toutes causes et de la mortalité secondaire aux AVC /cardiopathies ischémiques[15]. Chez les 40-69ans, une hausse de 20mmhg de la pression systolique entraînait une augmentation de la mortalité toutes causes(qui était plus que doublée). Cette augmentation de la mortalité était constatée dès que la pression artérielle dépassait 115/75. Toute diminution de 10 mmhg de la pression systolique permettait une diminution de 40 % du risque de décès par AVC et de 30 % du risque de décès par accident coronarien. Même une diminution minimale de la pression systolique-de l'ordre de 2mmhg –était associée à une diminution de 10 % des décès par AVC, et de 7 % des décès par accidents coronariens.

En 2005, dans Journal of Hypertension, Benetos indiquait que chez les personnes âgées de 60 à 70 ans, une augmentation de 10 mmhg de la pression pulsée était associée à une diminution de la probabilité de survie(au-delà de 80 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes). De même, une pression pulsée supérieure à 65 mmhg semblait être associée à une augmentation de la mortalité[16].

Comme l'ont démontré plusieurs études, l'hypertension est à l'origine de complications cardiovasculaires redoutables (accidents vasculaires cérébraux, insuffisances cardiaques, cardiopathies ischémiques, insuffisances rénales, artériopathies périphériques, démences, décès), dont certaines sont pourvoyeuses d'incapacités fonctionnelles et de dépendance chez les personnes âgées et très âgées.

1.5 Bénéfices du traitement anti-hypertenseur chez les sujets très âgés

Jusqu'à ces dernières années, les études portant sur l'hypertension des personnes âgées incluait le plus souvent des patients de 60 à 75 ans et comportaient peu de sujets de plus de 80 ans.

Ces études ont indiqué que la réduction de la pression artérielle était bénéfique chez les sujets âgés de plus de 60 ans et au moins jusqu'à l'âge de 80 ans, permettant une diminution des décès toutes causes, des décès par AVC, des AVC et des évènements coronariens.

Chez les patients de plus de 80 ans, ce n'est que récemment –sur ces dernières années- que les bénéfices du traitement antihypertenseur ont fait l'objet d'essais cliniques spécifiques.

1.5.1 De premières études convaincantes

Les premières études réalisées chez des personnes âgées hypertendues ont montré que les traitements antihypertenseurs réduisaient la survenue d'accidents vasculaires cérébraux, des infarctus du myocarde fatals ou non, et des insuffisances cardiaques.

ETUDE SHEP(1991): The Systolic Hypertension in the Elderly Programm[17]

Cette étude a été menée pour évaluer l'impact d'un traitement antihypertenseur sur le risque d'AVC, en cas d'HTA systolique isolée.

-étude randomisée, en double aveugle, contrôlée contre placebo

-incluant 4736 hommes âgés de plus de 60ans(âge moyen=71,6ans), présentant une HTA systolique isolée (tension moyenne= 171/77),durée de suivi= 4,5 ans étendue secondairement à 14 ans

-comparant la chlorthalidone, diurétique thiazidique(si besoin, adjonction d'aténolol ou de réserpine) au placebo

-critère de jugement principal= survenue d'AVC fatals ou non

-critères de jugement secondaires=mortalité et morbidité cardiovasculaires, démence, dépression, fonctions cognitives, chutes et fractures.

-Résultats sous traitement antihypertenseur :

*diminution de 36% des AVC ischémiques et hémorragiques, significative(p=0,003, RR=0,64) en particulier chez les sujets de plus de 80 ans

- *réduction de 25% des évènements coronaires et de 27% des angors
- *diminution de 53 % de la survenue d'insuffisance cardiaque(RR=à 0,75)
- *diminution de 32% des décès de cause cardiovasculaire(RR=0,68)
- *après 14 ans de suivi, diminution de la mortalité toutes causes(19 % de mortalité dans le groupe traité contre 22 % dans le groupe placebo, HR=0 ,854).

ETUDE SYST EUR(1997): the Systolic Hypertension in Europe[18]

- étude contrôlée contre placebo, randomisée, double aveugle
- 4695 patients âgés de plus de 60 ans(âge moyen= 70,3ans), présentant une HTA systolique isolée(pression moyenne=176/86),durée de suivi=2ans
- comparant la nitrendipine, inhibiteur calcique(si besoin, adjonction d'énalapril ou d'hydrochlorothiazide) au placebo
- critère de jugement principal=survenue d'AVC fatals ou non
- critères de jugement secondaires=morbidité et mortalité cardiovasculaire, mortalité globale
- Résultats sous traitement antihypertenseur :
- *diminution de 42 % des AVC, significative(p=0,003)
- *diminution de 44 % des AVC non fatals, significative(p=0,007)
- *diminution de 31 % des évènements cardiovasculaires, significative(p=0,001)
- *diminution de 27 % de la mortalité cardiovasculaire, mais non significative(p=0,07)
- *diminution de 14 % de la mortalité globale, mais non significative(p=0,22)
- *mais l'analyse en sous-groupe chez les patients de plus de 80 ans ne montrait pas de bénéfice évident du traitement antihypertenseur.

ETUDE SYST CHINA(1998): The Systolic Hypertension in China[19]

- étude non randomisée, en simple aveugle, contrôlée contre placebo
- 2394 patients âgés de plus de 60ans(âge moyen=66,4ans), présentant une hypertension artérielle systolique pure(tension moyenne=171/86),durée de suivi=3ans
- comparant la nitrendipine, inhibiteur calcique(si besoin, adjonction de captopril ou d'hydrochlorothiazide) au placebo
- critère de jugement principal=survenue d'AVC fatals ou non
- critères de jugement secondaires= morbidité et mortalité cardiovasculaire
- Résultats sous traitement antihypertenseur :
- *diminution de 38 % des AVC, significative(p=0,01)

*diminution de la mortalité toutes causes de 39 % (p=0,03), diminution de 39 % de la mortalité cardiovasculaire (p=0,03), diminution de 58% de la mortalité par AVC (p=0,02) et diminution de 37 % des évènements cardiovasculaires fatals ou non (p=0,04).

ETUDE INDANA(1999) Individual Data ANalysis of Antihypertensive drug intervention[20]

-méta-analyse de 7 études randomisées, contrôlées contre placebo

-1670 patients âgés de plus de 80 ans, présentant une HTA systolique pure (tension moyenne=180/84), durée du suivi=3ans et demi

-comparant un diurétique à fortes doses (si besoin, adjonction de B-bloquants ou d'inhibiteurs calciques) au placebo

-Critère de jugement principal= survenue d'AVC fatals ou non

-Critères de jugements secondaires= mortalité toutes causes, mortalité d'origine cardiovasculaire, évènements cardiovasculaires ou coronaires fatals ou non, insuffisance cardiaque congestive.

-Résultats sous traitement antihypertenseur :

*diminution de 34 % des AVC non fatals, significative (p inférieur à 0,005)

*diminution de 22% des évènements cardiovasculaires majeurs, significative

*diminution des insuffisances cardiaques de 39%, significative

*pas de diminution de la mortalité cardiovasculaire

ETUDE SCOPE 2003 : The Study on COgnition and Prognosis in the Elderly[21]

-étude multicentrique (527 centres, 15 pays), prospective, randomisée, en double aveugle, contrôlée contre placebo

-4694 patients âgés de 70 à 89 ans (moyenne d'âge=76,4ans), présentant une HTA (tension=190-179/90-99) et un examen des fonctions supérieures normal (score Mini Mental Status: MMS supérieur à 24), durée du suivi=3,7ans

-comparaison du candesartan (antagoniste de l'angiotensine 2) au placebo

-critères de jugement principaux= survenue d'évènements cardiovasculaires majeurs, d'un infarctus non fatal ou d'un infarctus du myocarde non fatal

-Critères de jugement secondaires= décès de cause cardiovasculaire, démence

-Résultats:

*baisse de la pression artérielle de 166 /90mmhg à 145/80 mmhg dans le groupe candesartan, et de 166/90 à 148/81 dans le groupe placebo (p inférieur à 0,001)

*diminution du risque d'événement cardiovasculaire majeur de 10,9% chez les patients sous candesartan, mais non significative($p=0,19$)

*diminution de 23,6% des tous les AVC(fatals et non fatals)sous candesartan ,mais non significative($p=0,056$)

*diminution de 27,8% des AVC non fatals sous candesartan, significative($p=0,04$) donc le traitement antihypertenseur permet de réduire le risque d'AVC au moins jusqu'à l'âge de 89 ans

*pas de différence significative entre les 2 groupes concernant les infarctus du myocarde, la mortalité cardiovasculaire et la démence(score MMS maintenu dans les deux groupes)

META ANALYSE de la Cochrane2003

-méta analyse de 8 études, contrôlées contre placebo, incluant 15 693 patients âgés de plus de 60 ans(âge moyen=70 ans) et présentant une HTA systolique(tension moyenne 174/87), durée de suivi=3,8ans

-Résultats sous traitement antihypertenseur :

*diminution de 13 % de la mortalité, diminution de 30% des AVC, diminution de 26 % des évènements cardiovasculaires, diminution de 23% des infarctus de myocarde.

A partir de ces études, il était admis que –sous antihypertenseur- les patients très âgés ne vivaient pas plus longtemps, mais que le traitement permettait notamment d'éviter la survenue d'accidents vasculaires cérébraux, responsables d'une perte d'autonomie. Ainsi, l'objectif du traitement antihypertenseur chez les sujets très âgés n'était pas d'augmenter l'espérance de vie mais plutôt de maintenir la qualité de vie.

Entre 60 et 65 ans, les incapacités sévères concernent peu de personnes, mais la prévalence de des dépendances lourdes augmente ensuite très fortement avec l'âge, touchant 9 % des plus de 80 ans et plus d'un tiers des plus de 90 ans. Ainsi, plus de 57 % des plus de 80 ans présentent des difficultés majeures pour marcher, liées notamment à des séquelles d'AVC.

1.5.2 Antihypertenseurs et surmortalité chez les sujets très âgés ?

Au même moment, les résultats de certaines études semblaient indiquer que –chez les personnes très âgées- le traitement antihypertenseur était responsable d’une augmentation de la mortalité toutes causes. Ces résultats –bien que basés essentiellement sur des analyses en sous-groupe- ont instillé progressivement un doute sur le rapport bénéfice/risque du traitement antihypertenseur dans cette classe. Ainsi, chez les plus de 80ans, le traitement antihypertenseur devenait l’objet d’une polémique. Certains auteurs considéraient alors que les bénéfices du traitement -en particulier la réduction des AVC-ne justifiaient pas d’exposer les patients à un potentiel risque de surmortalité.

SYST EUR[18]

Dans le sous-groupe des patients de plus de 80 ans, le traitement diminuait le risque d’évènements cardiovasculaires et d’AVC mais était associé à une augmentation de la mortalité toute cause. Cette augmentation était en fait modeste et non significative statistiquement(RR=1,1, p supérieur à 0,05).

INDANA 1999[20]

-D’après les résultats de la méta analyse, le traitement antihypertenseur était associé à une augmentation de la mortalité toutes causes de 14 %, non significative.

(intervalle de confiance= -5 à 18, p=0,05)

Dans ces études, l’augmentation de la mortalité était attribuée notamment à l’utilisation de diurétiques à fortes posologies, potentiellement responsables d’hypokaliémie et d’arythmie cardiaque. Toutefois, aucune autopsie n’a été réalisée pour établir les causes de décès et -vu l’âge avancé des patients- la surmortalité pouvait aussi être due à de lourdes comorbidités.

Par ailleurs, certaines observations de cohorte ont montré que les sujets très âgés(plus de 80 ans voire plus de 90 ans) ayant des pressions artérielles systolique et diastolique plus élevées ont une durée de survie plus longue.

L’effet de la baisse tensionnelle est probablement hétérogène chez les sujets très âgés, car cette population comporte des sujets en bonne santé, mais aussi des sujets dont la santé est déclinante(chez lesquels une réduction de tension artérielle peut aggraver les défaillances d’organes préexistantes).

ETUDE HYVET PILOT: the pilot study for the Hypertension in the Very Elderly Trial[22]

-étude multicentriques(10 pays Européens), randomisée, initialement ouverte(pas d'aveugle)

-phase initiale «ouverte» débutée en 2005 et incluant 1283 patients âgés de 79,5ans à 96,1 ans(moyenne d'âge= 84 ans), présentant une HTA(tension moyenne=181,5/99,5 mmhg)

-durée de suivi=13 mois

-comparant le bendrofluazide(diurétique thiazidique), un inhibiteur de l'enzyme de conversion(linisopril) et un placebo

-Résultats :

*diminution de la pression artérielle sous diurétiques(tension moyenne=152/84) et sous inhibiteur de l'enzyme de conversion(tension moyenne=151/84)mais pas sous placebo(tension moyenne=174/95)

*sous traitement antihypertenseur, diminution de 53% des AVC fatals ou non (RR=0,47 p=0,02) et particulièrement sous diurétiques(RR=0,31, p=0,01)

*mise en évidence d'une surmortalité sous traitement antihypertenseur(augmentation de la mortalité globale de 23%): 30 décès dans le groupe diurétiques, 27 décès dans le groupe linesopril, 22 décès dans le groupe placebo)mais non significative (RR=1,23, intervalle de confiance de 0,75 à 2,03)

-pas d'autres différences significatives entre les groupes diurétiques et IEC

-pas d'autres différences significatives entre les groupes sous traitement actif et le groupe sous placebo.

En 2005, La Haute Autorité de Santé concluait que : « Les études menées chez les patients de 60 ans à 80 ans ont montré que la baisse progressive de la pression artérielle est associée à une diminution de l'incidence des évènements cardiovasculaires, des insuffisances cardiaques, des AVC et des démences jusqu'à l'âge de 80–85 ans, dans les hypertensions artérielles systoliques isolées et les hypertensions artérielles systolodiastoliques (**GRADE A**).

Chez les plus de 80 ans, les bénéfices du traitement sont en cours d'évaluation. Cependant, les données actuelles justifient une intervention thérapeutique chez ces patients, en raison d'un bénéfice sur la prévention des AVC (GRADE B). Mais il reste à démontrer que le bénéfice de la réduction tensionnelle n'est pas contrebalancé par un excès d'évènements délétères, coronariens notamment».

1.5.3 Apports des études récentes

Etude HYVET 2008: résultats définitifs [11]

-menée dans 193 centres, répartis sur 13 pays (Europe de l'Ouest, Europe de l'Est, Chine, Australie, Afrique du Nord).

-incluant 3845 patients de plus de 80 ans avec une HTA systolique pure (tension supérieure à 160)

-comparant l'indéпамide (si besoin, adjonction de périndopril) au placebo

-Critère de jugement principal= survenue d'AVC fatal ou non

-Critères de jugement secondaires=mortalité toutes causes, mortalité cardiovasculaire, mortalité de cause cardiaque (IDM, insuffisance cardiaque, mort subite) et mortalité sur AVC

-Résultats de l'analyse intermédiaire sous traitement antihypertenseur, en juillet 2007 :

*réduction de 41 % des AVC (critère principal), significative (p=0,009)

*réduction de 24% de la mortalité toutes causes), significative (p=0,007)

Au vu de ces résultats, un arrêt prématuré de l'étude est recommandé en 2007 (2 ans de suivi au total) pour des raisons éthiques. En effet, la diminution de la mortalité toutes causes sous traitement antihypertenseur était à l'origine d'une «perte de chance» pour les patients sous placebo.

-Résultats de l'analyse finale sous traitement antihypertenseur (analyse en intention de traiter):

*diminution de la pression artérielle sous traitement: la pression artérielle cible (inférieure à 150/80 mmHg) est atteinte chez 48 % des patients traités et 19 % des patients sous placebo

*diminution de 30 % du risque d'AVC mais non significative (p=0,06, intervalle de confiance à 95%=IC=-1 à 51)

*diminution de 64 % de la survenue d'insuffisance cardiaque, significative (p inférieure à 0,0001, IC=42 à 78)

*diminution de 34 % des événements cardiovasculaires, significative (p inférieur à 0,001)

*diminution de 21% de la mortalité toutes causes mais peu significative ? (p=0,02, IC=4 à 35)

*diminution de 39% de la mortalité par AVC mais non significative (p=0,05, IC=1 à 62)

*diminution de 23 % de la mortalité cardiovasculaire, non significative (p=0,06, IC=-1 à 40)

En méthodologie statistique, l'analyse per protocole consiste à prendre en compte uniquement les patients chez lesquels le protocole de traitement a été respecté de manière stricte (contrairement à l'analyse en intention de traiter, qui prend en compte tous les patients randomisés, y compris les perdus de vue). Les résultats d'une analyse per protocole sont souvent plus «favorables» à l'étude. Dans l'étude HYVET, les résultats per protocole indiquaient une diminution de la mortalité toutes causes de 28% ($p=0,001$, IC= 0,59 à 0,88). La diminution de mortalité toutes causes était alors un résultat imprévu et même inespéré...Les auteurs en ont conclu que chez les personnes très âgées, le traitement antihypertenseur permettait de diminuer la mortalité toutes causes et la mortalité par AVC.

Toutefois, il est nécessaire de tempérer un peu ces résultats au vu de l'ensemble de l'étude. Avant tout, la conclusion de l'étude porte finalement sur un critère de jugement secondaire, alors même que le résultat du critère de jugement principal(AVC) n'est pas concluant lors de l'analyse en intention de traiter. En méthodologie statistique, une conclusion d'étude basée sur des critères de jugement secondaires est considérée comme ayant moins de valeur.

Par ailleurs, p est égal à 0,02 pour la diminution de la mortalité globale (analyse en intention de traiter), ce qui est à la limite de la significativité. S'agissant d'un critère de jugement secondaire, p devrait idéalement être inférieur à 0,01 pour avoir un «poids» statistique plus important.

Pour établir avec certitude le lien entre antihypertenseur et réduction de la mortalité chez les personnes très âgées, il faudrait sans doute réaliser de nouvelles études ayant pour critères de jugement principal la mortalité globale.

Cependant, les réserves concernant les conclusions de l'étude HYVET ne remettent pas en cause l'intérêt réel du traitement antihypertenseur chez les sujets très âgés, puisqu'il diminue de façon significative les AVC, les insuffisances cardiaques et qu'il n'y a pas de surmortalité sous traitement antihypertenseur.

Meta-analyse de la Blood Pressure Lowering Treatment Trialist[23]

-comparant les effets du traitement antihypertenseur-en terme de morbidité et de mortalité-chez 96 140 patients de 57 à 72 ans, divisés en 2 groupes d'âge(plus de 65 ans et moins de 65 ans)

-Résultats: le traitement antihypertenseur a permis une diminution de la morbidité et de la mortalité comparables dans les deux classes d'âge de patients, ce qui justifiait la prescription

d'un traitement chez les patients âgés hypertendus. Par extension, ce résultat était appliqué aux sujets de plus de 80 ans.

1.5.4 Hypertension et accidents vasculaires cérébraux

L'hypertension artérielle est impliquée dans la survenue de nombreuses complications neurologiques: AVC hémorragiques et ischémiques(par lacunes, embols artériels ou sténose athéromateuse), troubles des fonctions cognitives, démence (maladies des petits vaisseaux, altérations de la substance blanche).

Chaque année, dans le monde, cinq millions de personnes décèdent des suites d'un AVC, contribuant à faire des maladies cérébrovasculaires la seconde cause de décès dans le monde.

Annuellement, quinze millions de personnes présentent un AVC non fatal, et un tiers d'entre elles conserve des séquelles à type d'incapacités fonctionnelles.

Les survivants d'AVC ou d'accident ischémiques transitoires(AIT)sont par ailleurs exposés à un risque de récurrence d'AVC, qui survient chez 1/6ème d'entre eux dans les cinq années suivantes.

Les travaux de la Framingham Heart Study ont établi en premier que l'hypertension systolique était le principal facteur de risque d'AVC. En 2008, dans The American Journal of Medicine, L. Pedelty concluait que l'hypertension artérielle était le facteur de risque d'AVC le plus prévalent et le plus puissant(bien avant l'âge et le sexe)[24].

Dès 1990, dans the LANCET, Collins publiait les résultats d'une méta-analyse comportant 14 études randomisées(37000 patients, comparaison B-bloquants ou diurétique VERSUS placebo), avec une durée de suivi de 5ans. D'après ces résultats, sous traitement antihypertenseur, une diminution de 5mmhg de la pression systolique était associée à une réduction de 40 % de la survenue d'AVC et de 25 % de la survenue d'affections coronariennes[25].

Des études ultérieures ont confirmé ces résultats.

STOP 1 et 2 The Swedish Trial in Old Patients ,1991[26]

-étude prospective randomisée, en double aveugle

-incluant 6614 patients de 70 à 84 ans présentant une HTA systolique, durée de suivi=65 mois
 -comparant les B-bloquants(si besoin, adjonction de diurétiques ou d'inhibiteurs calciques) au placebo

-Résultats sous traitement antihypertenseur: diminution de 35 % des AVC fatals ou non.

Dans la revue Stroke en 2004, Lawes publiait les résultats d'une méta-analyse portant sur 5 études prospectives de cohortes et plus de 40 essais contrôlés randomisés, incluant plus de 188 000 patients [27]. Les résultats de cette méta-analyse indiquaient que :

*chez les patients de 60 à 79 ans, une diminution de 10 mmhg de la pression artérielle systolique était associée à une réduction d'un tiers de la survenue d' AVC

*chez les sujets de plus de 80ans, la diminution de la pression artérielle permettait aussi de réduire les AVC (association toujours forte et positive).

Concernant la prévention secondaire des AVC, une méta-analyse d'essais thérapeutiques a récemment montré que la réduction du risque d'AVC et d'évènements cardiovasculaires était surtout dépendante de la réduction de la pression artérielle obtenue, même chez les patients dits normotendus. Dans cette méta-analyse, les diurétiques et IEC semblaient plus efficaces que les B-bloquants. Une autre méta-analyse d'essais thérapeutiques concluait que la diminution de la pression artérielle permettait de réduire significativement de 30% le risque de récidence d'AVC.

Un concept ancien suppose que -chez les patients porteurs d'une sténose intracrânienne- le traitement antihypertenseur peut induire une hypotension artérielle donc une hypoperfusion cérébrale, majorant ainsi le risque et la gravité des AVC.

Ce principe semble logique dans les suites immédiates d'un AVC, ou toute hypotension augmente « la zone de pénombre» et diminue la viabilité de neurones de cette zone.

Des études ont démontré que -chez les sujets âgés présentant une HTA systolique et une athérosclérose intracrânienne, le traitement antihypertenseur permettait de diminuer le risque d'AVC et de ses complications. L'étude WASID (Warfarine Aspirin Symptomatic Disease Study) a récemment montré que -à distance d'un AVC- le risque de récidence d'AVC sur un territoire vasculaire était liée à une augmentation de la pression artérielle(et pas à une hypotension artérielle).

1.5.5 Hypertension et démence

La prévalence globale des démences en France-actuellement de 4,3% (soit 500 000cas)- augmente avec l'âge, atteignant moins de 3% chez les 65-69 ans et plus de 30 % chez les plus de 90 ans.

La maladie d'Alzheimer –dont la prévalence atteint 3,1%(250 000 à 350 000 cas)- est responsable de plus de 70 % des cas de démences en France. La prévalence de cette maladie augmente aussi avec l'âge, touchant 1 % des 65-69ans et plus de 15% des patients de plus de 85 ans.

L'hypertension est impliquée dans la survenue d'un déclin cognitif, des démences vasculaires, et de la démence d'Alzheimer.

Les démences se caractérisent par des anomalies de la substance blanche, visibles notamment à l'IRM. Il existe une relation entre une pression artérielle élevée et les lésions de la substance blanche à l'IRM, d'autant plus fréquentes et sévères que la pression artérielle est mal contrôlée.

Il est établi que l'hypertension artérielle aggrave les signes visibles de la maladie d'Alzheimer et –pour certains- pourrait être une de ses causes. Des études ont montré que les traitements antihypertenseurs diminuent le risque de maladie d'Alzheimer, sans que l'on sache encore si ce résultat est lié à un effet direct sur la physiopathologie de la maladie d'Alzheimer ou lié au contrôle de l'hypertension. Des scientifiques pensent que le contrôle de l'hypertension artérielle permet d'empêcher qu'apparaissent –chez des patients Alzheimer -des lésions cérébrales d'origine vasculaires, évitant ainsi une démence mixte.

L'hypertension est aussi impliquée dans la survenue de démence post-AVC. L'augmentation de la pression artérielle majore le risque d'AVC par atteinte des gros vaisseaux, des petits vaisseaux ET de la substance blanche. A l'inverse, une diminution de la pression artérielle permet de ralentir la progression des lésions de la substance blanche-donc d'éviter une potentielle démence-chez les patients présentant un AVC.

SYST EUR 2002 et THE Vascular Dementia Project[28]

Cette étude avait pour objectif d'évaluer le lien entre traitement antihypertenseur et réduction des démences chez les sujets âgés.

-étude contrôlée contre placebo, randomisée, en double aveugle, multicentrique(106 centres, 19 pays), durée totale de suivi=3,9ans

-incluant 3228 patients âgés de plus de 60 ans, sans antécédents d'AVC ni de démence, avec une hypertension(systolique de 160 à 219, diastolique inférieure à 95)

-comparant un inhibiteur calcique, la nitrendipine (avec adjonction si besoin d'énalapril ou d'hydrochlorothiazide)au placebo

-Résultats sous traitement antihypertenseur :

*diminution de la pression artérielle: moyenne de 149,1/79,4 sous traitement actif, moyenne de 156,1/82,5 sous placebo

*au cours du suivi, 43 cas de démences sous placebo contre 21 cas de démences sous traitement actif, donc diminution significative de 55 % du risque de démence grâce au traitement antihypertenseur (p inférieur à 0,001).

*La maladie d'Alzheimer était particulièrement prévenue grâce au traitement(12 cas versus 29 cas dans le groupe placebo)

*autres facteurs de risques de démences identifiés: l'âge, la pression artérielle diastolique initiale (mais pas la pression systolique ni la pression pulsée)

*facteurs de protection identifiés: le niveau d'éducation et le traitement par nitrendipine.

D'après cette étude, traiter 1000 patients pendant 5 ans permettrait de prévenir 20 cas de démences.

PROGRESS the perindopril PRO aGainst Recurrent Stroke Study[29]

-étude randomisée, contre placebo, en double aveugle

-incluant 6015 patients hypertendus ou non, ayant un antécédent d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire dans les 5 dernières années

-durée de suivi=3,9ans

-comparant un IEC, le périndopril (avec adjonction si besoin d'un diurétique=indépaamide) au placebo

-critère de jugement principal= survenue de démence et déclin cognitif(défini par une diminution de 3 points du MMS entre 2 visites)

-Résultats :

*diminution de 28% des AVC sous traitement(p=0,001)

*par rapport au groupe placebo, la tension artérielle a été réduite de 5/3mmhg dans le groupe périndopril et de 12/5mmg dans le groupe indépanide

*chez les patients avec antécédents d'AVC, le traitement antihypertenseur permettait de diminuer le risque de démence mais cette diminution ne concernait que les démences sur récurrence d'AVC(diminution significative de 36 % tandis que le risque de démence sans nouvel AVC n'était pas diminué de manière significative)

*le traitement actif réduisait significativement le déclin cognitif de 19%(p=0,001) et le déclin cognitif après nouvel AVC de 45%(p inférieur à 0,001).

HYVET COG HYpertension in the Very Elderly Trial –COGnitive substudy trial[30]

-étude randomisée, en double aveugle, contrôlée contre placebo, en intention de traiter

-incluant 3336 patients de plus de 80 ans, sans antécédents de démence(MMS initial supérieur à 24), présentant une hypertension (systolique de 160 à 200, diastolique inférieure à 110), suivis pendant 2ans

-comparant un diurétique, l'indépanide(avec adjonction de périndopril si besoin) au placebo

-critères de jugement= déclin cognitif(défini par un score MMS inférieur à 24 ou chutant de plus de 3 points en 1 an), démence(basée sur la définition de la DSM IV) et score d'ischémie cérébrale au scanner cérébral

-Résultats sous traitement antihypertenseur:

*971 patients présentant un déclin cognitif(dont 263 cas de démence, 164 cas de maladie d'Alzheimer)

*pas de différence significative(HR= 0,86, intervalle de confiance=0,67 à 1,09) en terme de démence entre le groupe traité(33 démences pour mille patients et par an) et le groupe placebo(38 démences pour 1000 patients et par an)

* pas de démence iatrogène induite par le traitement antihypertenseur.

*en combinant les résultats d'HYVET Cog avec ceux de trois autres études(SYST Eur, PROGRESS, SHEP) au sein d'une méta-analyse, le traitement antihypertenseur est associé à une diminution significative de 13 % du risque de démence (HR=0,87, intervalle de confiance= 0,76 à 1, p=0,045).

En fait, le caractère non significatif des résultats est probablement lié à une période de suivi trop courte. L'installation d'une démence, phénomène chronique et progressif, est difficilement évaluable sur deux ans seulement.

Il existe peu d'études cliniques traitant spécifiquement des bénéfices du traitement antihypertenseur chez les personnes de plus de 80 ans.

Les premières études incluant des personnes âgées ou très âgées ont abouti à des résultats parfois contradictoires. Toutefois, elles ont démontré que le traitement antihypertenseur permettait de diminuer le risque d'accident vasculaire cérébral (de tous types), d'accident coronaire, d'insuffisance cardiaque, de démence et de décès d'origine cardiovasculaire.

Certaines de ces études semblaient indiquer que -chez les sujets de plus de 80 ans- le traitement antihypertenseur était responsable d'une augmentation de la mortalité globale, mais il s'agissait essentiellement de résultats statistiquement non significatifs.

Récemment, l'étude HYVET –menée spécifiquement chez des sujets hypertendus âgés de plus de 80 ans- a montré que le traitement antihypertenseur permettait- au contraire- de diminuer la mortalité globale chez ces patients.

Au-delà d'une diminution de la mortalité, la fréquence des complications de l'hypertension et la gravité de leurs conséquences potentielles (incapacité fonctionnelle, handicap, perte d'autonomie, démence...) suffisent à justifier la mise en route d'un traitement antihypertenseur dans cette classe d'âge.

II)PREMIERE PARTIE: Revue de litterature

A. METHODES

La première partie de ce travail consistait à réaliser une recherche documentaire afin de recueillir le maximum de données pertinentes sur la prise en charge des patients hypertendus âgés de plus de 80 ans. De manière plus précise, l'objectif de cette revue de la littérature médicale était de déterminer les éléments suivants:

- *les principes (règles hygiéno-diététiques, traitement pharmacologique) d'une prise en charge optimale de l'hypertension dans cette classe d'âge
- *les facteurs limitant cette prise en charge optimale
- *les mesures correctives applicables pour limiter l'impact de ces facteurs.

Les données ont été obtenues en interrogeant des bases de données bibliographiques médicales et scientifiques automatisées telles que:

- MEDLINE(National Library of medicine, Etats Unis)
- EMBASE(Elsevier, Pays Bas)
- PASCAL(Centre National de la Recherche Scientifique, Institut de l'Information Scientifique et Technique)
- CISMEF(Catalogue et Index des sites Médicaux et Francophones, Centre hospitalier universitaire et Faculté de Médecine de Rouen)
- Sciences direct.

Ces banques de données ont été interrogées –en langue française et anglaise- à partir des critères suivants:

- période de recherche: 1990 à 2009
- réalisation de différentes combinaisons avec les opérateurs booléens «et» «ou»
- termes clés de la recherche:
- *hypertension/blood pression/high blood pressure

- *personnes âgées/personnes très âgées/elderly people/the elderly
- *consensus/recommandations
- *méta-analyse(meta analysis)/essai contrôlé randomisé(randomized controlled trial)
- *traitement antihypertenseur(antihypertensive treatment)
- *AVC(stroke)/pathologies cardiovasculaire(cardiovascular disease)/insuffisance cardiaque
- *démence(dementia)
- *contrôle tensionnel(control of hypertension)
- *uncontrolled hypertension
- *observance /compliance.

Chaque article sélectionné a été analysé à partir d'une grille de lecture standardisée et basée sur la méthode globale de lecture critique, afin d'évaluer la fiabilité scientifique et statistique (voir ANNEXE 1).

Les ressources suivantes ont aussi été employées afin de recueillir le maximum de données pertinentes:

-Cochrane Library

-HTA Database(International Network of Agence for Health Technology Assesement INAHTA)

-Organismes internationaux/nationaux et sociétés savantes compétentes dans le domaine de l'hypertension artérielle(telle l'Organisation Mondiale de la Santé, la Haute Autorité de Santé , la Société Française de l'Hypertension Artérielle..)

-Internet et moteurs de recherche

-toutes les sources possibles de littérature grise.

B. RESULTATS

1.Prise en charge optimale de l'hypertension chez les plus de 80 ans

[5-10]

1.1 Diagnostic positif

Par consensus, l'hypertension artérielle est définie comme une pression artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmhg et/ou une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mmhg, quel que soit l'âge du patient.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de santé en 2005, le diagnostic d'hypertension artérielle doit être confirmé et obéir aux règles suivantes :

- mesure de la tension artérielle à chaque bras au cours de la première consultation
- au minimum 2 mesures de la tension artérielle par consultation, au cours de 3 consultations successives, sur une période de 3 à 6 mois
- en cas de pression artérielle supérieure à 180 /110, il est recommandé de confirmer l'hypertension artérielle par 2 mesures par consultation, au cours de 2 consultations rapprochées
- avec un appareil validé
- avec un brassard adapté à la taille du bras et placé sur le plan du cœur
- chez un patient en position couché ou en position assise depuis plusieurs minutes
- avec recherche systématique d'une hypotension orthostatique (particulièrement chez les sujets âgés de plus de 65 ans et/ou diabétiques).

Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé précise que :

-«il est également important de mesurer la pression artérielle en dehors du cabinet médical(automesure tensionnelle ou MAPA), afin d'éliminer une HTA blouse blanche et de s'assurer du diagnostic d'HTA avant d'instaurer un traitement médical à vie, dans la plupart des cas. Cette mesure hors du cabinet devrait être effectuée par automesure tensionnelle plutôt que par MAPA(notamment pour des raisons de cout, de disponibilité et parce que la mesure ambulatoire peut facilement être répétée contrairement à la MAPA), afin de s'assurer qu'il existe réellement une HTA ou que celle-ci est contrôlée si elle est traitée. »

-«avant de débiter un traitement antihypertenseur, il est recommandé de mesurer la tension artérielle en dehors du cabinet médical chez les sujets âgés, dont la variabilité tensionnelle est augmentée et qui présente une fréquence plus importante d'effet blouse blanche»(GRADE B)

Les articles récents sur l'hypertension des plus de 80 ans[8;9] insistent aussi sur la nécessité de confirmer l'hypertension dans cette classe d'âge, par une mesure ambulatoire de la pression artérielle(MAPA) ou par des automesures tensionnelles.

Le diagnostic d'hypertension doit donc être confirmé chez les sujets âgés et très âgés, en raison des caractéristiques de leur pression artérielle. Chez ces patients, les modifications vasculaires aboutissent à une plus grande variabilité tensionnelle, avec fréquence plus importante de l'effet blouse blanche et de l'hypotension orthostatique.

La prévalence de l'effet blouse blanche augmente avec l'âge, passant de 25 % chez les plus de 65 ans à 30 % chez les plus de 75 ans. Ce phénomène est responsable d'erreurs de diagnostics par excès, puisqu'il s'agit d'une «fausse hypertension» chez des patients «faux positifs», dont la tension artérielle est supérieure à 140/90 en cabinet lors de mesures répétées, mais inférieure à 135/85 à domicile. L'effet blouse blanche ne constitue donc pas une indication à un traitement antihypertenseur.

Il est indispensable de s'assurer que les chiffres tensionnels ne sont pas liés à l'effet blouse blanche avant d'instaurer un traitement antihypertenseur, qui serait alors inutile voire potentiellement dangereux(hypotension artérielle, chutes...).

Chez les patients présentant un effet blouse blanche, il est simplement recommandé d'effectuer une surveillance annuelle de la pression artérielle hors cabinet médical, car les études indiquent que -chez ces patients- le risque de devenir hypertendu est supérieur à celui de la population générale.

Dans l'étude SYSTEUR, l'un des objectifs secondaires était d'estimer le pourcentage de patients présentant un effet blouse blanche et d'évaluer l'impact d'un traitement antihypertenseur chez ces patients :

-inclusion de 700 patients de plus de 70 ans, avec des chiffres tensionnels supérieurs à 160/95 en cabinet médical

-réalisation d'un profil tensionnel ambulatoire sur 24 heures par MAPA à domicile

-Résultats :

*d'après le profil tensionnel, 24 % des patients avaient en réalité une tension artérielle normale inférieure à 140/90(donc effet blouse blanche) et seuls 29 % des patients avaient réellement une hypertension artérielle systolique supérieure à 160

*chez les patients ayant une tension normale sur le profil, le traitement antihypertenseur était sans effets (pas d'amélioration des chiffres tensionnels, pas de modification du pronostic cardiovasculaire)

*chez les patients dont l'hypertension systolique avait été confirmée par profil tensionnel, le traitement antihypertenseur permettait de diminuer la fréquence des AVC(3% sous placebo, 1 % sous traitement)

*donc, chez les patients de plus de 70 ans, la prévalence de l'effet blouse blanche était de l'ordre de 24 %, et le traitement antihypertenseur n'avait de bénéfices(en termes de prévention des AVC et des évènements cardiovasculaires) que chez les patients présentant une hypertension artérielle avérée.

Le confirmation de l'hypertension artérielle chez les sujets âgés peut se faire selon deux techniques différentes (recommandations de la Haute Autorité de Santé) :

1)*Mapa* (Mesure Ambulatoire de la Pression artérielle):

- consiste à augmenter le nombre de mesures de la pression artérielle dans une même journée
- réalisation d'une mesure de la pression artérielle toutes les 15 minutes dans la journée et d'une mesure toutes les 30 minutes dans la nuit
- valeurs définissant l'hypertension artérielle: moyenne des pressions artérielles sur 24 heures supérieure à 130/80, moyenne des pression artérielles diurnes (éveil) supérieure à 135/85, moyenne des pression artérielles nocturnes(sommeil) supérieure à 120/70.

2)*Automesures tensionnelles*:

- consiste à augmenter le nombre de mesures de la pression artérielle sur plusieurs journées
- basée sur la «règle de 3»: 3 mesures (à l'aide d'un appareil huméral au mieux) consécutives en position assise le matin dans l'heure suivant le réveil, 3 mesures consécutives le soir dans l'heure précédant le coucher, tout ceci 3 jours de suite, en période d'activité habituelle
- le diagnostic d'hypertension artérielle est défini par une tension artérielle moyenne supérieure à 135/85.

1.2 Evaluation du niveau de risque cardiovasculaire global du patient

L'évaluation initiale a pour objectif d'identifier les facteurs de risques cardiovasculaires, de rechercher une atteinte des organes cibles due à l'hypertension artérielle, de diagnostiquer une maladie cardiovasculaire et rénale associée.

1.2.1 Bilan paraclinique initial

Glycémie à jeun, bilan lipidique à jeun(cholestérol total, HDL cholestérol, triglycérides, calcul du LDL cholestérol), kaliémie(prélevée sans garrot), créatininémie et estimation du débit de filtration glomérulaire selon la formule de Cockcroft et Gault, bandelette réactive urinaire(protéinurie, hématurie) et quantification si positivité, électrocardiogramme de repos.

1.2.2 Estimation du risque cardiovasculaire global

*Identification de facteurs de risque cardiovasculaires:

- âge : supérieur à 50 ans chez l'homme et 60 ans chez la femme
- tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans
- antécédents familiaux d'accident cardiovasculaire précoce: infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou chez un parent du premier degré de sexe masculin, infarctus ou mort subite avant l'âge de 65 ans chez la mère ou chez un parent de premier degré de sexe féminin, accident vasculaire cérébral précoce(avant 45 ans)
- diabète traité ou non traité
- dyslipidémie: LDL cholestérol supérieur à 1,60 g/l(4,1mmol/l), HDL cholestérol inférieur à 0,40g/l(1mmol /l).

*Autres paramètres à prendre en compte:

- obésité abdominale(périmètre abdominal supérieur à 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme) ou obésité (index de masse corporel supérieur à 30kg/m²)
- sédentarité, absence d'activité physique régulière
- consommation excessive d'alcool(plus de 3 verres de vin par jour chez l'homme plus de 2 verres de vin par jour chez la femme).

1.2.3 Recherche d'une atteinte des organes cibles

Les principaux organes cibles de l'hypertension artérielle sont le cœur, les reins, le cerveau, les vaisseaux et les yeux.

Il faut donc rechercher tout particulièrement:

- des signes d'hypertrophie ventriculaire gauche à l'électrocardiogramme
- des signes d'atteinte rénale=microalbuminurie de 30 à 300mg/jour(ou 20 à 200 mg/litre)

1.2.4 Recherche de maladies cardiovasculaires et rénales

- accidents ischémiques transitoires et accident vasculaires cérébraux
- insuffisance coronarienne
- insuffisance rénale(débit de filtration glomérulaire inférieur à 60 ml/mn) ou protéinurie supérieure à 500 mg/JOUR
- artériopathie oblitérante aortoiliaque et des membres inférieurs.

Le niveau de risque cardiovasculaire de chaque patient est ensuite stratifié (risque faible, moyen ou élevé) en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire qu'il présente, de l'existence d'une atteinte d'organes cibles et d'une maladie cardiovasculaire ou rénale.

1.3 Evaluation préthérapeutique

D'après les Recommandations de la Haute Autorité de Santé, la mise en route d'un traitement antihypertenseur -chez tous les patients- doit être précédée d'une évaluation préthérapeutique comportant deux étapes: éliminer une hypotension artérielle orthostatique et établir des objectifs tensionnels.

1. 3.1 Hypotension artérielle orthostatique

Chez les personnes âgées et très âgées, l'hypotension artérielle orthostatique physiologique (en l'absence de traitement antihypertenseur) est un phénomène fréquent, dont la physiopathologie est liée à une plus grande variabilité tensionnelle et à la rigidification artérielle.

La prévalence de l'hypotension orthostatique augmente avec l'âge. Elle concerne ainsi moins de 5 % des patients de plus de 65 ans mais 15 à 30 % des patients de plus de 75 ans.

L'hypotension artérielle orthostatique se définit comme une baisse de la pression artérielle après au moins 3 minutes d'orthostatisme: baisse de la pression systolique supérieure à 20 mmhg et/ou baisse de la pression diastolique supérieure à 10mmhg.

Les principales causes des hypotensions orthostatiques physiologiques sont les troubles de la sensibilité au barorécepteurs, les insuffisances cardiaques d'origine diastolique et l'hypertension artérielle.

En situation normale, lors de l'orthostatisme, la baisse du retour veineux entraîne une diminution du remplissage ventriculaire avec réduction transitoire du débit cardiaque et de la tension artérielle. Des mécanismes adaptatifs se mettent alors en place, comportant notamment une activation des barorécepteurs carotidiens et aortiques, une augmentation de l'influx sympathique et une diminution de l'influx parasympathique.

Ceci aboutit à une augmentation de la fréquence cardiaque et des résistances vasculaires systémiques, permettant un maintien de du débit cardiaque et de la pression artérielle.

Chez les personnes âgées et très âgées, il existe une diminution de la sensibilité au baroréflexe. De ce fait, en orthostatisme, l'augmentation de la fréquence cardiaque est moins marquée, la vasoconstriction adrénergique sympathique moins importante. Par ailleurs, il existe une diminution de la conservation d'eau et de sel par le rein(due à la diminution de la production de rénine et à l'augmentation de sécrétion du peptide natriurétique) et une baisse du remplissage ventriculaire gauche pendant la diastole. Tout ceci contribue à générer une hypotension artérielle dans des situations comme l'orthostatisme, la période postprandiale, les restrictions hydriques...

1.3.2 Objectifs tensionnels sous traitement

D'après la Haute Autorité de Santé:

*chez les sujets de moins de 80 ans: tension artérielle cible inférieure à 140/90(si la pression artérielle systolique initiale est supérieure à 180mmhg, une baisse de 20 à 30 mmhg est acceptable), tension artérielle cible inférieure à 130/80 chez le patient diabétique, tension artérielle inférieure à 130/80 et protéinurie inférieure à 0,5 gramme /jour chez le patient insuffisant rénal

*chez les plus de 80 ans: l'objectif est d'obtenir une pression systolique inférieure à 150mmhg et une absence d'hypotension artérielle orthostatique(GRADE B).

Pour les patients de plus de 80 ans, O.Hanon précise qu'une baisse de 20 à 30 mmhg de la pression artérielle initiale est déjà un bénéfice significatif en terme de morbidité.

1.4 Traitement de l'hypertension artérielle chez les plus de 80 ans

Comme chez tout hypertendu, cette prise en charge repose sur deux éléments: un traitement non médicamenteux(règles hygiéno-diététiques) et un traitement médicamenteux.

1.4.1 Les règles hygiéno-diététiques

En théorie, la prise en charge non médicamenteuse des patients hypertendus comporte les éléments suivants:

- limitation de la consommation en sel jusqu'à 6 g/jour (limitation du sel dans les préparations alimentaires..)
- régime alimentaire équilibré: riche en fruits et en légumes, pauvre en graisses saturées d'origine animales et pauvre en sucres rapides
- réduction pondérale si surcharge pondérale ou obésité(objectif=index de masse corporel inférieur à 25kg/m² ou perte de 10 % du poids initial)
- activité physique soutenue et répétée, adaptée à l'état clinique (au moins 30minutes, 3 fois par semaine, exercice isotonique et d'endurance comme la marche)
- limitation de la consommation d'alcool: pour les hommes moins de 3 verres de vin (ou équivalents) par jour, pour les femmes moins de 2 verres de vin par jour
- lutte contre les autres facteurs de risque cardiovasculaires: arrêt du tabac associé si besoin à un accompagnement du sevrage tabagique, traitement du diabète /dyslipidémie...

Les mesures hygiéno-diététiques sont instituées dès le début de la prise en charge et doivent être réévaluées tout au long du suivi. Leur mise en œuvre ne doit pas retarder le début d'un traitement pharmacologique s'il est nécessaire, en particulier chez les personnes dont le risque cardiovasculaire est élevé.

REDUCTION DES APPORTS SODES

La limitation des apports sodés est notamment basée sur les résultats de l'étude TONE, The trial Of Non pharmacological intervention in the Elderly[31]:

-étude randomisée, contrôlée

-incluant 875 patients (obèses et non obèses) de 60 à 80 ans, présentant une hypertension artérielle modérée sous traitement (inférieure à 145/85)

-comparant l'efficacité antihypertensive de 3 types d'interventions (régime pauvre en sel, perte de poids, régime pauvre en sel+perte de poids) après l'arrêt du traitement antihypertenseur pharmacologique

-critère de jugement= critère combiné de «mauvais contrôle de l'hypertension», associant une hypertension artérielle supérieure à 150/80, la nécessité de réintroduction d'un traitement antihypertenseur et la survenue de complications cardiovasculaires lors d'un suivi de 3 ans

-Résultats:

*chez patients non obèses, le régime désodé permettait de diminuer le risque de mauvais contrôle de l'hypertension (RR=0,69, p inférieur à 0,001)

*chez les patients obèses, la perte de poids permettait de limiter le mauvais contrôle tensionnel (RR=0,70, p inférieur à 0,001), tout comme le régime désodé (RR=0,60, p inférieur à 0,001)

*chez les patients obèses, l'association du régime désodé à une perte de poids diminuait encore plus le risque de mauvais contrôle tensionnel (RR=0,47, p inférieur à 0,01)

Donc, chez les sujets âgés de 60 à 80 ans en particulier obèses, un régime pauvre en sel (moins de 6 grammes par jour) et la perte de poids sont des mesures non pharmacologiques efficaces, qui permettraient d'améliorer le contrôle tensionnel, voire de limiter l'augmentation du traitement antihypertenseur pharmacologique.

Une méta-analyse de 28 études (incluant 734 patients hypertendus sans traitement antihypertenseur, durée de suivi d'au moins 4 semaines) a mis en évidence une relation entre l'intensité de la réduction des apports sodés (estimé par la natriurèse) et la diminution de la pression artérielle. Une diminution à 100mmol/jour de sodium (6 gramme de sel) était associée à une diminution de la pression artérielle de 7,1 / 3,9mmhg (p=inférieur à 0,001). Chez les sujets hypertendus, la natriurèse diminue de 161 à 87 mmol/jour sous régime hyposodé, ce qui était associé à une diminution moyenne de la pression artérielle de 5 / 2,8mmhg. Par ailleurs, d'après les études avec quantification précise des apports de sel, il existerait une relation positive entre les apports de sel et la mortalité cardiovasculaire, au moins chez les sujets en surpoids.

Dans ces recommandations en 2005, L'HAS concluait que: «toutefois, il ne peut être exclu que des apports sodés très faibles induisent une stimulation du système rénine–angiotensine et puissent être délétères sur le plan cardiovasculaire. Il est donc probablement utile de recommander une réduction modérée mais non drastique des apports sodés.»

Par ailleurs, d'autres études –comme INTERSALT–se sont intéressées à l'influence des apports en potassium/calcium sur la tension artérielle, aboutissant à des résultats contradictoires. Les principales études semblaient indiquer qu'une augmentation de 2 grammes des apports potassiques quotidiens permettrait une diminution de 3/2 mmhg de la pression artérielle (plus marquée chez les patients hypertendus). Faute de résultats probants et concordants, la Haute Autorité de Santé ne mentionna pas-dans ces recommandations -la nécessité d'augmenter les apports potassiques et calciques chez les personnes hypertendues.

ACTIVITE PHYSIQUE ET PERTE DE POIDS[73]

Des études ont démontré que l'activité physique permettait de réduire la pression artérielle sans nécessairement modifier le poids. Une méta-analyse de 54 essais thérapeutiques(2419 patients) a indiqué que l'exercice physique permettait une réduction de 3,9 mmhg de la pression systolique et de 2,6 mmhg de la pression diastolique(intervalle de confiance à 95%=2,72 à 4,97). Cet effet était indépendant de l'intensité de l'exercice.

Chez les patients jeunes, la perte de poids semble favoriser également une diminution de la pression artérielle. La diminution moyenne de pression artérielle par kg perdu est de 20mmhg pour 10 kg de poids perdu.

CONSOMMATION D'ALCOOL

Dans les études d'observation, il existe une relation linéaire entre la consommation d'alcool et la pression artérielle.

Une consommation excessive d'alcool réduit l'efficacité des traitements antihypertenseurs, ce qui peut entraîner des poussées tensionnelles et des HTA réfractaires. Par ailleurs, une consommation d'alcool excessive est un facteur de risque d'AVC.

D'après certaines études, il existerait une relation entre le pourcentage de réduction de la consommation d'alcool et la réduction des chiffres tensionnels: la réduction moyenne de pression artérielle est de 2 mmhg pour une réduction de la consommation d'alcool de 29% et de 4mmhg pour une réduction de consommation de 100%.

Des études ont démontré l'efficacité de règles hygiéno-diététiques (limitation des apports sodés, activité physique et perte de poids, limitation de la consommation d'alcool) pour traiter l'hypertension, mais chez des patients de moins de 80 ans.

En pratique, chez les sujets très âgés, les règles hygiéno-diététiques sont difficiles à instaurer. Dans cette classe d'âge, la tolérance et l'efficacité du régime hyposodé n'ont pas été évaluées scientifiquement par des études. La limitation des apports sodés n'est pas recommandée chez les plus de 80 ans car -trop bien suivie- elle pourrait être à l'origine de déshydratation, de dénutrition et d'anorexie. Quant à l'activité physique, elle est le plus souvent réduite à de la marche, en raisons de capacités fonctionnelles limitées.

1.4.2 Le traitement médical pharmacologique

Quelque soit l'âge du patient, les principaux objectifs du traitement antihypertenseur sont:

- de réduire la morbidité et la mortalité cardiovasculaire, c'est à dire d'assurer la prévention de des infarctus du myocarde, des accidents vasculaire cérébraux et des insuffisances cardiaques.
- d'éviter l'évolution vers l'insuffisance rénale chez les hypertendus, notamment chez les sujets particulièrement à risque comme les diabétiques.

Le bénéfice du traitement antihypertenseur est corrélé à la baisse des chiffres tensionnels, quelle que soit la classe d'antihypertenseur utilisée(GRADE A).

La réduction du risque cardiovasculaire dépend de la baisse de la pression artérielle.

(GRADE A)

Chez les sujets âgés et très âgés, l'instauration du traitement médicamenteux repose sur quelques principes essentiels, précisés notamment par la Haute Autorité de Santé :

-le traitement doit être adapté au patient dans le cadre d'une prise en charge individualisée, en tenant compte notamment: du risque cardiovasculaire global, de l'existence d'une atteinte d'organes-cibles due à l'hypertension, des antécédents médicaux, de l'espérance de vie estimée du patient, de la qualité de vie du patient, de la tolérance prévisible du traitement(effets indésirables iatrogènes potentiels), du risque d'interaction médicamenteuse (polymédication), de l'observance attendue du traitement et des souhaits du patient.

-avant de débiter le traitement, il faut évaluer les fonctions cognitives du patient (Mini Mental Status) pour rechercher une démence pouvant compromettre l'observance du traitement et

pour déterminer l'état de base du patient en prévision du suivi ultérieur(en particulier chez les patients de plus de 75 ans)

-le traitement initial doit comporter une monothérapie à faible doses

-l'adaptation du traitement doit être réalisée de manière progressive

-chez les sujets de plus de 80 ans, le traitement ne doit JAMAIS comporter plus de trois antihypertenseurs différents (dont un thiazidique à doses optimales). Il faut se contenter des chiffres tensionnels obtenus avec ces trois traitements.

Cinq classes d'antihypertenseurs ont montré un bénéfice sur la morbidité cardiovasculaire dans les essais cliniques et sont proposés en cas d'hypertension essentielle non compliquée(GRADE A): diurétiques thiazidiques(cout journalier le plus faible), inhibiteurs calciques, B-bloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion(IEC), antagonistes de l'angiotensine 2 (ARA2).

Les alpha bloquants, antihypertenseurs centraux et vasodilatateurs périphériques n'ayant pas démontré d'efficacité sur la morbidité cardiovasculaire, ils ne sont pas recommandés dans la prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte.

Les médicaments sont classiquement divisés en deux paniers :

Panier 1=B bloquants, IEC, ARA2

Panier 2=diurétiques thiazidiques, inhibiteurs calciques.

Les diurétiques thiazidiques et les inhibiteurs calciques sont les plus efficaces pour réduire les chiffres tensionnels, comme l'ont montré l'étude ALLHAT et une méta-analyse de la JAMA.

ETUDE ALLHAT 2002[32] :The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial

-étude multicentrique (623 centres aux Etats Unis et au Canada), randomisée, en double aveugle, en intention de traiter, durée du suivi=8ans(1994 à 2002)

-incluant 33 357 patients âgés de plus de 55 ans, présentant une hypertension artérielle (tension supérieure à 140/90) et au moins un autre antécédent cardiovasculaire(infarctus du myocarde, AVC, hypertrophie ventriculaire gauche, diabète de type 2, taux de HDL cholestérol bas)

-comparant le traitement antihypertenseur «classique» c'est-à-dire un diurétique thiazidique (chlortalidone) aux nouveaux traitements antihypertenseurs tels les inhibiteurs

calciques(amlodipine), les inhibiteurs de l'enzyme de conversion(linesopril) et les alphabloquants (doxazosine), pour atteindre une pression artérielle cible inférieure à 140/90

-critère de jugement principal=décès de causes cardiovasculaires et IDM non fatal

-critères de jugement secondaires=mortalité globale, AVC, pathologies coronaires(angor) et pathologie cardiovasculaires(AVC, décompensations cardiaques)

-Résultats :

*arrêt prématuré de la prise de doxazosine en raison d'effets délétères graves, notamment cardiovasculaires(+ 25% de pathologie coronarienne et + 100% d'insuffisance cardiaque)

*les chiffres tensionnels obtenus sont plus élevés sous amlodipine ou linesopril que sous chlortalidone(amlodipine versus chlortalidone=tension artérielle augmentée de 0,8mmhg avec p inférieure à 0,03, linesopril versus chlortalidone=tension artérielle augmentée de 2mmhg avec p inférieure à 0,01)

*pas de différence significative entre thiazidique versus linesopril et thiazidique versus amlodipine pour les décès cardiovasculaires et les IDM non fatals

*pas de différences significatives entre les 3 traitements pour la mortalité toutes causes.

MAIS

*incidence des insuffisances cardiaques plus élevée sous amlodipine versus thiazidiques(+ 38%)

*sous linesopril(versus chlortalidone), incidence augmentée de 15 % pour les AVC(p=0,02), de 10 % pour les évènements cardiovasculaires(p inférieur à 0,001), de 19 % pour les insuffisances cardiaques (p inférieur à 0,001)et de 11% pour les angors.

Depuis cette étude, les diurétiques thiazidiques sont considérés comme significativement supérieurs :

-aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion pour l'insuffisance coronaire, l'insuffisance cardiaque et les accidents vasculaires cérébraux

-aux B-bloquants pour les évènements cardiovasculaires

-aux alphabloquants pour l'insuffisance cardiaque et les évènements cardiovasculaires.

META ANALYSE JAMA 2003[33]

-méta analyse réalisée en interrogeant la base de données Medline pour recueillir des études réalisées entre 1995 et 2002

-42 études incluses, pour un échantillon total de 192 472 patients, suivis sur une période de 3-4 ans

-comparant l'efficacité des diurétiques thiazidiques aux cinq autres classes principales d'antihypertenseurs (B-bloquants, inhibiteurs calciques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, inhibiteurs du récepteur de l'angiotensine 2, alpha bloquants) et au placebo, pour diminuer les chiffres tensionnels et les complications cardiovasculaires

-critères de jugement=survenue d'ischémie myocardique, d'insuffisance cardiaque, d'AVC, d'évènements cardiovasculaires, de mortalité d'origine cardiovasculaire et de mortalité toutes causes.

-Résultats :

*aucune des 5 autres classes d'antihypertenseurs n'est significativement supérieure à de faibles doses de diurétiques pour contrôler la pression artérielle

*de faibles doses de diurétiques sont plus efficaces pour prévenir l'insuffisance cardiaque(qu'un IEC, un ARA 2 ou un alpha bloquant), pour prévenir un AVC(qu'un IEC), pour protéger contre l'ensemble des incidents cardiovasculaires(qu'un B bloquant ou un alpha bloquant).

Les diurétiques thiazidiques constituent donc le traitement de choix pour une hypertension artérielle(non compliquée ou en présence d'autres facteurs de risque cardiovasculaires), traitement ayant le meilleur rapport cout-efficacité et dont l'efficacité est particulièrement marquée chez les personnes âgées.

Chez les personnes âgées et très âgées, le traitement antihypertenseur est mis en place comme suit:

MONOTHERAPIE :

Le traitement de l'hypertension débute par une monothérapie, qui suffit pour contrôler la pression artérielle dans 30 à 40 % des cas.

En dehors de cas particuliers, le traitement de première intention chez une personne âgée ou très âgée repose sur un médicament du panier 2, c'est à dire un diurétique thiazidique(au mieux) ou un inhibiteur calcique type dihydropyridine de longue durée d'action.(GRADE A)

Ces deux traitements sont d'une efficacité comparable, surtout en cas d'hypertension artérielle systolique isolée.

En cas de contre-indications aux thiazidiques, il est possible d'utiliser des inhibiteurs calciques ou un médicament du panier 1.

L'emploi de diurétiques de l'anse doit être évité, sauf en cas d'insuffisance cardiaque ou d'insuffisance rénale très sévère.

L'échec du traitement (absence de réponse) se définit comme une baisse de la pression artérielle- sous traitement – inférieure à 10% de la pression artérielle systolique initiale.

En cas d'échec de la monothérapie, il faut passer à une bithérapie.

BITHERAPIE :

Elle est instituée en deuxième intention, dans un délai d'au moins quatre semaines(délai d'instauration de la bithérapie plus court si: pression artérielle supérieure à 180/110, pression artérielle à 149-179 /90-109 avec risque cardiovasculaire élevé).

La bithérapie -qui consiste à rajouter un médicament du panier 2 ou du panier 1- est donc composée comme suit :

-un médicament du panier 2(thiazidiques ou inhibiteurs calciques) +un médicament du panier 1 (B bloquants ou IEC ou ARA 2)

OU

-un médicament du panier 2 + un médicament du panier 2.

Si l'objectif tensionnel n'est pas atteint avec une bithérapie, il faut passer à une trithérapie.

TRITHERAPIE

La trithérapie est constituée de :

un médicament du panier 2 + un médicament panier 2 + un médicament du panier 1.

1.5 Le suivi des patients

Le suivi des patients nécessite des consultations médicales régulières, initialement mensuelles puis tous les 3 à 6 mois après obtention du contrôle tensionnel.

Le suivi doit comporter une évaluation de l'efficacité et de la tolérance du traitement, aussi bien clinique que paraclinique.

EFFICACITE :

*évaluation clinique++

-mesure de la tension artérielle en cabinet et recherche d'hypotension orthostatique(objectif tensionnel inférieur à 150/80 mmhg sans hypotension orthostatique)

-automesure tensionnelle ambulatoire un fois par an: règles des 3(3 mesures le matin, 3 mesures le soir, 3 soirs de suite), objectif tensionnel=tension artérielle moyenne inférieure à 135/85 sous traitement

-évaluation des fonctions cognitives(MMS).

TOLERANCE :

*évaluation clinique : recherche d'hypotension orthostatique+++ (si elle est présente, il est nécessaire de changer, de diminuer ou d'arrêter le traitement), recherche des autres effets indésirables des traitements antihypertenseurs(hypotension artérielle, asthénie, vertiges...)

*évaluation paraclinique : bilan biologique réalisé systématiquement tous les 3 à 6 mois(en particulier pour les patients traités par diurétiques) et en cas d'épisode aigu à risque(diarrhée, vomissement, infection...)

-ionogramme sanguin(risque d'hyponatrémie, risque d'hypokaliémie sous thiazidiques surtout si laxatifs associés, risque d'hyperkaliémie sous IEC et ARA2)

-urée/créatinine plasmatique(risques d'insuffisance rénale surtout si traitement diurétique/polymédication/médicaments néphrotoxiques....).

Les diurétiques doivent être arrêtés transitoirement en cas de situations à risque de déshydratation (vomissements...).

Chez les personnes très âgées, le diagnostic d'une hypertension artérielle est basé sur des chiffres tensionnels supérieurs à 140/90 mmhg, qui doivent être confirmés par MAPA ou automesure tensionnelle.

La prise en charge des sujets âgés hypertendus comporte une appréciation du risque cardiovasculaire global(grâce aux antécédents et à un bilan paraclinique), la recherche d'une atteinte des organes cibles ou de maladies cardiovasculaires/rénales associées.

Une évaluation préthérapeutique doit être réalisée, comportant notamment la recherche d'une hypotension artérielle orthostatique.

Le traitement de l'hypertension associe des règles hygiéno-diététiques et un traitement pharmacologique. Cinq classes de médicaments antihypertenseurs –répartis en deux paniers-sont utilisés dans le traitement de l'hypertension:

-panier 1: B bloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, antagonistes de l'angiotensine 2

-panier 2 : diurétiques thiazidiques, inhibiteurs calciques.

Le traitement de première intention repose sur une monothérapie à base de thiazidiques(au mieux) ou d'inhibiteurs calciques dihydropyridine de longue durée d'action, débutée à doses faibles et dont l'efficacité est évaluée après un délai de quatre semaines.

Une bithérapie est instituée en cas d'échec de la monothérapie, et une trithérapie en cas d'échec de la bithérapie, en respectant la synergie des associations médicamenteuses et en employant au maximum trois antihypertenseurs différents(dont un diurétique thiazidique à doses optimales).

L'objectif tensionnel sous traitement est une pression artérielle systolique inférieure à 150mmhg, en l'absence d'hypotension artérielle orthostatique.

Le suivi des patients doit comporter une évaluation de l'efficacité du traitement (mesure de la tension artérielle au cabinet, automesure tensionnelle annuelle), et de la tolérance du traitement (recherche d'hypotension orthostatique notamment, bilan paraclinique=ionogramme sanguin/urée/créatinine).

2 Les difficultés de contrôle tensionnel

2.1 Des chiffres édifiants

La prise en charge de l'hypertension chez les patients de tout âge se révèle problématique, au niveau mondial comme national.

On estime que le contrôle tensionnel est atteint chez seulement un quart des hypertendus traités dans le monde. En France, seuls 30 % des patients hypertendus traités présentent des chiffres tensionnels satisfaisants sous traitement, et ce constat s'applique aussi aux personnes hypertendues âgées et très âgées.

La gestion de l'hypertension artérielle comporte des difficultés à plusieurs niveaux: dépistage insuffisant de l'hypertension, mise en route du traitement antihypertenseur non effectuée ou retardée, difficulté d'adaptation du traitement antihypertenseur en cas de non-contrôle tensionnel...

Au fil du temps, plusieurs études ont démontré que –en France notamment-le contrôle tensionnel des sujets hypertendus n'est pas optimal.

Ces études n'incluaient que peu (voire pas) de sujets de plus de 80 ans, mais les résultats obtenus indiquaient que l'absence de contrôle tensionnel concernait toutes les classes d'âge de patients, et que la qualité du contrôle tensionnel s'amenuisait avec l'âge.

ETUDE MONICA 1985-1992 puis 1995-1997[34] MONItoring Trends and Determinants in Cardiovascular disease

-étude coordonnée par L'Organisation Mondiale de la Santé, impliquant 21 pays sur 4 continents et incluant plus d'un million de patients

-Résultats :

*prévalence de l'hypertension artérielle chez les hommes de 35-64 ans=45,4%(soit 8,4 % des 40-49ans, 20,4 % des 50-59ans, 35,3% des 60-70 ans et 50% des plus de 70 ans)

*prévalence de l'hypertension artérielle chez les femmes de 35-64 ans=34,4%

*parmi les patients diagnostiqués comme hypertendus, 11,4 % ignoraient leur hypertension(n'avaient pas été dépisté avant)

*parmi les patients hypertendus connus traités, seulement 32,6% présentaient une tension artérielle contrôlée, inférieure à 140/80.

En 1996, dans the American Journal of Hypertension, Poggi et Chamontin publiaient les résultats d'une étude portant sur la prévalence, le traitement et le contrôle de l'hypertension artérielle en France [35]:

*étude réalisée en 1994, incluant des patients hypertendus bénéficiant d'une prise en charge ambulatoire par 235 médecins généralistes.

*parmi les patients hypertendus, 40% n'avaient aucun traitement antihypertenseur

*parmi les patients hypertendus traités, seuls 24 % présentait un contrôle tensionnel satisfaisant.

ETUDE HELP 1996[36]: Hypertension Evaluation in a Large Population

-étude menée en Belgique, incluant 17 983 patients hypertendus (âge moyen=63 ans, 58 % de femmes et 42% d'hommes, comorbidités=17% diabète, 8% d'infarctus du myocarde, 6% d'accidents vasculaire cérébral), suivis par 934 médecins généralistes.

-Résultats :

*La tension artérielle cible (inférieure à 140 /90) n'était atteinte que chez 28% des patients traités

*Les médecins généralistes ne se conformaient pas aux recommandations officielles: moins de 50 % des patients aux antécédents de coronaropathies étaient traités par B- bloquants et que moins de 50% des patients hypertendus diabétiques étaient traités par inhibiteurs de l'enzyme de conversion.

ETUDE PHARE 1, 1994

-étude menée en France, auprès de patients hypertendus traités en ville par des médecins généralistes.

-Résultats: la tension artérielle n'était contrôlée que chez 24 % des patients hypertendus traités.

ETUDE PHARE 2, 1999

-étude menée en France, auprès de patients hypertendus traités en ville.

-Les résultats montraient une amélioration-toute relative-par rapport à l'étude de 1994: la tension artérielle était contrôlée chez 31,5% des patients.

ETUDE FLASH 2004[2]

-réalisée en France: questionnaires envoyés par voie postale à 8000 sujets de plus de 35ans, échantillon définitif de 5476 personnes, réalisant une automesure tensionnelle

En extrapolant les résultats obtenus sur l'échantillon à la population française entière, les auteurs de l'étude ont pu estimer que :

*14,4 millions de français de plus de 35 ans étaient hypertendus en 2004

*parmi les sujets hypertendus, 6,8 millions (soit 47%) ignoraient leur hypertension(n'avaient pas été dépistés avant)

*parmi les 7,6 millions de sujets hypertendus connus, seulement 56 % bénéficiaient d'un traitement. Parmi ceux ci, seuls 2,3 millions d'entre eux présentaient une tension artérielle contrôlée sous traitement.

*l'hypertension artérielle traitée non contrôlée est plus fréquente chez les personnes âgées, atteignant 52 % des sujets de plus de 75 ans.

ETUDE FLASH 2007[2]

-menée en France : questionnaires adressés par voie postale à 4500 sujets de plus de 35 ans, échantillon final incluant 3229 personnes.

-Les résultats obtenus par extrapolation indiquaient que:

*17 millions de français de plus de 35 ans étaient hypertendus en 2007

*chez 25 % de ces personnes, le diagnostic d'hypertension n'avait pas été établi avant (patients ignorant leur hypertension)

*50 % seulement des hypertendus connus traités présentaient des chiffres tensionnels satisfaisants.

ETUDE 3TC [37]The Tree Cities Study

-étude prospective menée dans trois villes françaises (Bordeaux Dijon, Montpellier) auprès de 9693 patients de plus de 65 ans, mesure ambulatoire de la pression artérielle avec possible mise en route d'un traitement antihypertenseur

-diagnostic d'hypertension basé sur des mesures de pression artérielle supérieures à 160/95 et /ou la présence d'un traitement antihypertenseur.

-Les résultats de cette étude portaient sur un échantillon final de 9090 patients:

*le diagnostic d'hypertension a été établi chez 62 % de ces patients. Parmi les patients diagnostiqués hypertendus, plus de 2/3 se savaient hypertendus et moins d'un tiers ignorait son hypertension

*parmi les hypertendus déjà connus, 81 % bénéficiaient d'un traitement antihypertenseur

*parmi les hypertendus connus traités, 65% avaient des chiffres tensionnels non contrôlés, supérieurs à 140/90(35 % avaient même une tension artérielle supérieure à 160/95 malgré le traitement)et seulement 35 % des patients avaient une tension artérielle contrôlée sous traitement.

*la qualité de l'adaptation du traitement et de la surveillance par les médecins généralistes était significativement meilleure en cas de: patients avec antécédents cardiovasculaires, patient diabétique, index de masse corporel important, fréquence élevée des visites chez les médecins.

*le contrôle tensionnel était significativement meilleur en cas de: patient avec antécédents cardiovasculaires, visites fréquentes chez le médecin généraliste, prise régulière de la pression artérielle.

ETUDE MONA LISA 2005-2007[12]

-étude réalisée en France dans la communauté urbaine de Lille(Institut Pasteur de Lille), du Bas Rhin(Institut Pasteur de Strasbourg) et de Haute- Garonne(INSERM de Toulouse)

-incluant 4825 patients de 35 à 74 ans issus des listes électorales(âge moyen=55ans)

-Résultats chez les patients de sexe masculin(résultat superposables chez les patients de sexe féminin):

*prévalence globale de l'HTA= 53% chez les hommes(40% chez les femmes)

*la prévalence de l'hypertension artérielle augmentait –comme prévu -avec l'âge(+15 à 20% par décennie) : 23,9% des 35-44ans contre 79,8% des 65-74ans

*parmi les patients diagnostiqués hypertendus, 46 % ignoraient être hypertendus(hypertension préalablement dépistée chez seulement 54 % des patients)

*parmi les hypertendus connus, 26% ne bénéficiaient d'aucun traitement antihypertenseur(74 % des patients hypertendus connus étaient traités)

*parmi les hypertendus connus traités, 76,1% n'étaient pas contrôlés sous traitement antihypertenseur(seuls 23,9% avait une tension artérielle cible inférieure à 140 /90)

*chez les patient hypertendus traités, le contrôle tensionnel diminuait avec l'âge:

-chez les hommes: le pourcentage de patients avec contrôle tensionnel satisfaisant était de 29,6% chez les 35-44ans contre seulement 19,7% chez les 65-74 ans

-chez les femmes hypertendus connues traitées la différence était encore plus marquée: le contrôle tensionnel était satisfaisant chez 69,2% des 35-44 ans et chez seulement 28,3% des 65-74ans.

ETUDE ENNS 2006-2007[38] Etudes Nationales Nutrition et Santé

Il s'agit d'une étude réalisée en France auprès de sujets de 18 à 74ans. Les résultats de cette étude indiquaient que la prévalence de l'hypertension artérielle chez les 18-74 ans atteignait 31% et que cette prévalence augmentait avec l'âge(hypertension présente chez 4 % des patients de 18 –34 ans et 70% des patients 65-74ans).

Par ailleurs, cette étude confirmait -en France - l'hypertension était toujours insuffisamment détectée, traitée et contrôlée:

* parmi les patients diagnostiqués comme hypertendus, 52,2 % seulement se savaient hypertendus (donc 48,8% ignoraient être hypertendus)

* parmi les patients hypertendus connus, 82 % bénéficiaient d'un traitement antihypertenseur (donc 18 % étaient connus comme hypertendus mais non traités)

* parmi les hypertendus connus traités, seuls 50,9% avaient un contrôle tensionnel satisfaisant sous traitement.

En France, l'évolution du contrôle tensionnel peut être analysée en comparant les résultats des études MONICA ET MONA LISA, réalisée à 20 ans d'intervalle.

En prenant en compte les patients masculins de 35-64 ans, on constate:

- une diminution de la prévalence de l'hypertension artérielle (45,4 % dans Monica et 41,8 % dans Mona Lisa)

- une augmentation des patients se sachant hypertendus (42,5% dans Monica, 49,7% dans Mona Lisa)

- une augmentation modérée du pourcentage de patients hypertendus traités (64,9% dans Monica, 67,2% dans Mona Lisa)

- une augmentation du pourcentage des patients traités par plurithérapie (38% dans Monica, 49% dans Mona Lisa)

- une augmentation notable du pourcentage des patients traités avec un contrôle tensionnel satisfaisant (17,8% dans Monica, 26,5% dans Mona Lisa).

Ces résultats semblent indiquer une évolution favorable de la prise en charge de l'hypertension en France ces vingt dernières années. Ainsi, on pourrait considérer ces résultats comme révélateurs d'une amélioration de la gestion de l'hypertension, à divers niveaux: prévention, dépistage, instauration du traitement, adaptation du traitement et contrôle tensionnel.

Les recommandations officielles concernant la prise en charge de l'hypertension (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé en 2001, Haute Autorité de Santé en 2005) ont possiblement contribué à cette amélioration, notamment en standardisant la gestion de ces patients et en servant d'outils de référence accessibles aux médecins généralistes.

Bien qu'encourageants, ces chiffres n'en restent pas moins insuffisants, et il est indispensable d'optimiser encore la prise en charge de ces patients, vu la gravité potentielle des complications de l'hypertension.

Le contrôle tensionnel est insuffisant en France, mais aussi à l'échelon mondial.

En 2005, Lloyd et son équipe de Chicago publiaient dans JAMA les résultats d'une étude de cohorte rétrospective dont l'objectif était de déterminer la prévalence, le traitement et le contrôle de l'hypertension chez des patients âgés hypertendus, en utilisant des données issues de la Framingham Heart Study dans les années 1990[39].

Les caractéristiques de cette étude étaient définies comme suit:

-5296 participants (dont 50% porteurs d'une hypertension), séparés en classes d'âge(moins de 60 ans, 60-79ans, plus de 80 ans).

-14 500 consultations réalisées de début 1990 à fin 1999 avec mesure de la tension artérielle à trois reprises lors de chaque examen, hypertension artérielle définie par une systolique supérieure à 140mmhg ou une diastolique supérieure à 90mmhg ou l'existence d'un traitement hypertenseur préalable.

-Résultats:

*augmentation de la prévalence de l'HTA avec l'âge: 27% des moins de 60 ans,63% des 60-79ans, 74% des plus de 80 ans

*prévalence globale du traitement antihypertenseur chez les hypertendus connus: 68,9%

*augmentation de la prévalence du traitement antihypertenseur avec l'âge(55% des moins de 60ans, 72,5 % des 60-79ans), sauf chez les patients de plus de 80 ans(72,4%)

*dégradation du contrôle tensionnel avec l'âge : femmes contrôlées: 38% des moins de 60 ans, 28% des 60-79ans, 23% des plus de 80 ans(p inférieur à 0,001)/hommes contrôlés :38% des moins de 60 ans, 36 % des 60-79ans, 38% des plus de 80ans(p=0,03)

*traitement antihypertenseur non conforme aux recommandations: chez les plus de 80 ans traités, seulement 23% des hommes et 38% des femmes étaient traités par diurétiques thiazidiques(la majorité étant traitée par B-bloquants ou inhibiteurs calciques) et -malgré un contrôle tensionnel insatisfaisant- 62 % d'entre eux ne recevaient qu'une monothérapie.

*augmentation- avec l'âge -du risque absolu d'évènements cardiovasculaires majeurs liés à l'HTA: risque de 1,7% chez les moins de 60 ans ayant tension supérieure à 140/80, 20,3% chez les plus de 80 ans avec une tension supérieure à 140/90 et 24,7% chez les plus de 80 ans avec une tension supérieure à 160/100.

Cette étude a révélé un décalage entre les recommandations et la prescription des traitements chez les patients âgés hypertendus. Le manque de recours aux polythérapies et le choix inadéquat des classes thérapeutiques pourraient expliquer en partie le problème de contrôle tensionnel.

2.2 L'âge: un facteur de risque de mauvais contrôle tensionnel

Aux Etats-Unis en particulier, des études ont été menées pour déterminer les facteurs prédictifs d'un mauvais contrôle tensionnel. L'objectif final était de mieux repérer les patients à risque et d'anticiper les difficultés de prise en charge. Dans la majorité de ces études, l'âge apparaît comme un facteur de risque majeur de mauvais contrôle tensionnel.

Etude de Lloyd-Jones publiée en 2000 dans Hypertension[40]

-étude de cohorte rétrospective analysant les données issues de la Framingham Heart Study entre 1990 et 1995

-1959 patients hypertendus(âge moyen=66ans, 54 % des femmes) dont 1189 sous traitement antihypertenseur

-Résultats= les facteurs associés à un mauvais contrôle de la tension artérielle systolique chez les patients traités étaient :

***l'âge+++**: odd ratio=2,43 chez les patients de 61 à 75 ans(intervalle de confiance à 95%=1,79-3,29) odd ratio=4,34 chez les plus de 75 ans(intervalle de confiance à 95%=3,10-6,09)

*l'obésité: odd ratio=1,49 pour un index de masse corporelle supérieur à 30(intervalle de confiance à 95%=1,08-2,06)

*une hypertrophie ventriculaire gauche: odd radio=1,63 (intervalle de confiance à 95%=1,04 à 2,54)

Etude d'Hymans publiée dans the New England Journal of Medecine en 2001[41]

-étude analysant les données de la troisième National Health and Nutrition Examination Survey(NHANES III), portant sur 16 095 patients âgés de plus de 25 ans

-Résultats: les facteurs de risque indépendants prédictifs d'un "non-diagnostic" de l'hypertension (absence de dépistage) et d'un mauvais contrôle tensionnel des patients hypertendus connus traités étaient :

***un âge supérieur à 65 ans+++**: les patients de plus de 65ans constituaient 45% des sujets porteurs d'une hypertension méconnue, 32 % des sujets ayant une hypertension connue mais non traitée et 57 % des sujets hypertendus traités non contrôlés. Pour un âge supérieur à 65 ans, le risque relatif d'hypertension non contrôlée était de 2,08.

*le sexe masculin, l'origine ethnique noire non hispanique, l'absence de consultation chez le médecin traitant dans les 12 mois précédents.

Etude de Knight publiée dans Hypertension en 2001[42]

-étude prospective incluant 525 patients hypertendus(dans 3 centres de santé) suivis pendant 1 an, âge moyen=65ans. Seuls 30 % des patients hypertendus traités présentaient un contrôle tensionnel satisfaisant.

-Résultats= les facteurs indépendants associés à un mauvais contrôle tensionnel étaient :

***l'âge**+++ : odd ratio=2,05 chez les 65-74 ans(intervalle de confiance à 95%=1,27-3,32), odd ratio chez les plus de 75 ans=2,33 (intervalle de confiance à 95%=1,38-3,94)

*schéma thérapeutique complexe associant plus de 2 antihypertenseurs

*survenue d'effets indésirables iatrogéniques(odd ratio=1,61, intervalle de confiance à 95%=1,16-2,24)

*méconnaissance des objectifs tensionnels par le patient(odd ratio=2,06 intervalle de confiance à 95%=1,41-3,01).

Etude de Maziak publiée en 2003 dans The Journal of Human Hypertension [43]

-analyse des données de l'étude MONICA(1984-1995) pour établir l'influence de facteurs de risque(obésité, diabète, dyslipidémie)/mode de vie(alcool, tabac)/facteurs sociaux sur le dépistage, le traitement et le contrôle de l'hypertension artérielle

-parmi les 13 818 patients inclus: 40,3% étaient hypertendus(parmi lesquels 43,6% n'étaient pas connus hypertendus, 45,9% des hypertendus connus n'étaient pas traités, 63,9% des hypertendus connus traités n'étaient pas contrôlés)

-Résultats:

*facteurs associés au non-dépistage de l'hypertension artérielle: sujet jeune, non diabétique, non obèse, tabagisme actif

*facteurs associés à une "carence de traitement" chez les hypertendus connus: sujet jeune, non diabétique, non obèse, tabagisme actif

*facteurs associés au mauvais contrôle tensionnel chez les hypertendus connus traités: **sujet âgé**++++, niveau d'éducation limité, consommation d'alcool élevée

En France, comme à l'échelle mondiale, la prise en charge des patients hypertendus reste problématique. Ainsi, l'hypertension est insuffisamment dépistée, traitée et contrôlée. Les études françaises les plus récentes semblent indiquer une discrète amélioration ces vingt dernières années, mais le contrôle tensionnel reste insuffisant. Globalement, en France, seuls 30 % des sujets hypertendus traités présentent un contrôle tensionnel satisfaisant.

Par ailleurs, des études indiquent que la qualité du contrôle tensionnel se dégrade avec l'âge des patients. D'après l'étude de Lloyd, seuls 38% des hommes hypertendus de plus de 80 ans et 23% des femmes hypertendues de plus de 80 ans présentent un contrôle tensionnel correct sous traitement. Dans des études américaines, l'âge apparaît même comme l'un des principaux facteurs de risque prédictifs d'un mauvais contrôle tensionnel.

Pour améliorer la gestion des patients très âgés hypertendus, il faut d'abord identifier les facteurs limitant leur prise en charge optimale, puis proposer des mesures correctives adaptées et réalisables.

3.Facteurs limitant la prise en charge optimale

Des études ont identifié plusieurs facteurs responsables de la prise en charge non-optimale de l'hypertension chez les personnes âgées et très âgées.

Ces facteurs sont d'origines diverses, liés aux patients, aux traitements (règles hygiéno-diététiques et médicaments), aux médecins et à la relation médecin-malade.

3.1 Facteurs liés aux patients

3.1.1 Mauvaise observance et compliance au traitement[44,59-71]

La *compliance* au traitement caractérise le degré d'"obéissance" du patient et son désir de se conformer aux prescriptions médicales. Ce terme est associé à une vision plutôt paternaliste de la relation médecin-patient, dans laquelle le patient a un rôle plutôt passif et doit se soumettre aux directives du médecin.

L'*adhésion* au traitement prend en compte toutes les conditions (motivation, acceptation, information du patient...) qui permettant l'observance du patient, en reposant sur sa participation active aux décisions thérapeutiques.

L'*observance* se définit comme le degré de concordance entre le comportement d'un patient et les prescriptions ou recommandations médicales.

La *non-observance* peut revêtir plusieurs aspects. Elle consiste donc à :

- ne pas entreprendre ou ne pas poursuivre un traitement prescrit
- ne pas prendre les médicaments tels que prescrits, par défaut mais aussi par excès (erreurs de doses, erreurs de fréquence de prise, erreurs dans l'horaire des prises...)
- prendre des médicaments non prescrits par le médecin (automédication)
- ne pas venir aux consultations de contrôle
- ne pas suivre les recommandations impliquant un changement de style de vie (régime, exercice physique)
- ne pas éviter les comportements à risque (alcool, tabac..).

La plupart des études sur le traitement de l'hypertension utilisent un seuil d'observance au-dessous duquel les patients sont considérés comme non observants.

Ce seuil est le plus souvent fixé à 80 %, car c'est le minimum nécessaire pour que le traitement ait un impact thérapeutique (réduction de la tension artérielle) : sont donc considérés comme observants les patients qui prennent effectivement plus de 80 % du traitement prescrit.

Les résultats d'une étude –incluant 968 sujets hypertendus– ont indiqué que seuls 70,9% des patients venaient régulièrement aux visites de contrôle. Les autres patients (29,1%) ne se présentaient pas à au moins trois des visites de contrôle et 20% d'entre eux avaient arrêté tout traitement antihypertenseur, comme l'ont montré des contacts téléphoniques organisés.

Dans d'autres études, le taux d'arrêt des traitements antihypertenseurs va jusqu'à 50%, et on estime que l'observance est à l'origine de 50% des échecs thérapeutiques.

Les chiffres d'observance thérapeutique chez les personnes âgées ou très âgées sont variables en fonction des études, allant de 34 % à 90%. Les chiffres les plus élevés sont obtenus pour des patients inclus dans des essais thérapeutiques, dont la motivation comme l'observance sont forcément meilleures et peu comparables à la réalité de la pratique quotidienne.

Une étude du CREDES a révélé que le pourcentage de l'observance déclarée par les patients âgés (pour la dernière prescription du médecin généraliste) était élevé et sans aucun doute

surestimé par les patients eux-mêmes: le taux d'observance était de 87 % pour les 60-69 ans, 92% pour les 70-79 ans et 95% pour les plus de 80 ans.

Dans une étude menée par Rost en 1987, sur 83 patients de plus de 60 ans, immédiatement après une consultation médicale, seuls 48% étaient capables de se rappeler les recommandations sur le mode de vie et 54% se rappelaient des prescriptions médicamenteuses.

En 1992, Kruse réalisa une enquête auprès de 300 sujets âgés retournant à domicile après une hospitalisation. Le comptage électronique des médicaments consommés révélait que 51% des patients avaient modifié leur traitement dans les dix jours suivant leur sortie de l'hôpital, et que-six semaines après la sortie- 48% prenaient moins de la moitié du traitement prescrit.

Dans une étude publiée en 1993, Isaac étudia le taux d'observance de personnes âgées de plus de 65 ans. Celles-ci déclaraient un taux d'observance de 89 %, alors que le décompte des produits montrait que seulement 5 % des patients avaient pris le bon traitement à la dose prescrite. Par ailleurs, 28 % des patients lisaient les instructions de manière incorrecte, notamment en raison de déficiences visuelles.

En 1996, dans the American Journal of Public Health, Monane publia les résultats d'une étude réalisée auprès de 4068 patients âgés(âge moyen=75,8 ans) récemment mis sous traitement antihypertenseur. Une bonne observance était constatée chez seulement 23% d'entre eux (consommation de plus de 80 % des traitements prescrits).

Plusieurs déterminants -propres aux sujets âgés et très âgés- contribuent à la mauvaise observance thérapeutique:

-Comorbidités sources d'erreurs ou d'oubli dans la prise du traitement

**Dépression*

Dans la population générale, les patients dépressifs présentent un risque relatif de mauvaise observance multiplié par 3. Il en est de même chez les personnes très âgées, pour lesquelles la dépression est en plus responsable d'une diminution des croyances positives, d'un isolement surajouté, de difficultés mnésiques accrues...

**Troubles mnésiques, troubles cognitifs et démence+++*

Il existe une corrélation forte entre le score MMS, l'existence de troubles cognitifs et une mauvaise observance thérapeutique(oubli non intentionnels dans la prise des traitements).

La diminution de la capacité d'apprendre et de retenir des instructions(capacité de mémorisation et d'apprentissage) réduit l'impact de l'information, délivrée notamment par le médecin.

-Déficit sensoriel(vue, ouïe),déficit neuro-rhumatologique et handicap physique

**Diminution de l'acuité visuelle et auditive*

Elles sont responsables de difficultés dans la compréhension des instructions verbales et écrites.

**Diminution de la dextérité manuelle*

Elle engendre des difficultés à manipuler certains contenants(difficultés à couper des comprimés sécables, difficultés à compter les gouttes à prendre, difficultés à s'auto-administrer un collyre ...).

En 1996, Nikolaus étudia les capacités de sujets âgés (passant de leur domicile à une hospitalisation en gériatrie) à ouvrir et utiliser des tablettes de médicaments avec différents conditionnements. 10% des patients étaient incapables d'ouvrir au moins un type de conditionnement. Cette incapacité était liée à l'association de troubles cognitifs à une baisse de l'acuité visuelle et à une perte de la dextérité manuelle.

De même, en 2005, Beckman s'intéressa à la capacité de prise du traitement de 621 patients âgés de plus de 77ans. 25% des patients de plus de 85 ans avaient des difficultés à ouvrir les boites de médicaments, 20% des patients de plus de 85ans avaient de la peine à lire les instructions écrites, plus de 25 % des patients de plus de 77 ans avaient des difficultés à comprendre les instructions transmises oralement.

-Caractéristiques sociales, isolement social et familial

Les patients âgés et très âgés présentant un isolement social ou une absence de soutien familial(veufs..) sont à risque de mauvaise observance. Par ailleurs, l'isolement social peut entraîner un manque de motivation pour le traitement et une perception négative de celui-ci.

La présence d'un conjoint à domicile ou le passage régulier d'un aidant (membres de la famille, infirmière à domicile, aide soignante...) permet d'améliorer nettement l'observance du traitement(rappel des médicaments à prendre, préparation du pilulier...).

Dans une étude réalisée en 1991, Jeandel a démontré que le présence d'un conjoint ou d'une tierce personne à domicile permettait d'augmenter l'observance, la faisant passer de 41,5%(sujets âgés vivant seuls) à 66,7 %(conjoint ou tierce personne à domicile).

-Perception inappropriée de la maladie

**Maladie asymptomatique*

L'observance des patients présentant une hypertension artérielle isolée non compliquée est moins bonne que ceux présentant une hypertension artérielle compliquée. Comme dans d'autres maladies, le caractère asymptomatique de l'hypertension artérielle favorise l'inobservance thérapeutique.

**Maladie chronique*

Les affections de longue durée -comme l'hypertension-justifient des traitements prolongés, à risque de mauvaise observance voire d'arrêt.

**Méconnaissance de la maladie et du traitement*

L'observance du traitement est plus souvent altérée lorsque le patient ne connaît pas ou peu sa maladie(méconnaissance des complications potentielles de la maladie et de l'efficacité du traitement..)

**Représentation négative du schéma de santé par le patient*

L'observance peut être altérée si:

- le traitement est perçu comme une contrainte
- le fait de refuser un traitement est assimilé à la capacité d'exercer sa liberté de décision
- le patient a une mauvaise perception du rapport bénéfice-risque du traitement.

3.1.2 Comorbidités, mode de vie, caractéristiques socioculturelles:[44,66,72,74]

-Comorbidités:

Plusieurs études ont démontré que -dans toutes les classes d'âge-la présence de deux pathologies était associée à un contrôle tensionnel moindre: l'obésité et le diabète.

-Mode de vie:

Comme chez des sujets plus jeunes, le contrôle tensionnel des sujets âgés est moins satisfaisant dans les situations suivantes:

- consommation excessive de sel
- tabagisme actif important
- consommation excessive d'alcool
- sédentarité.

-Caractéristiques socioculturelles:

Des études menées aux Etats-Unis ont démontré que les situations suivantes étaient associées à un mauvais contrôle tensionnel, quelque soit l'âge des patients:

- revenus faibles(difficultés d'achat du traitement)
- absence de couverture sociale
- niveau socioculturel bas(absence d'études supérieures...).

Toutefois, ces résultats ne semblent pas complètement applicables à la population française.

D'une part, l'hypertension artérielle étant une pathologie prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale (au titre de l'ALD30), l'importance des revenus des patients ne devrait pas influencer -en théorie- sur leur prise en charge.

D'autre part, aucune étude française ne s'est intéressée spécifiquement au lien entre le contrôle tensionnel et le niveau socioculturel des personnes âgées. Tenter de classer des patients en fonction de leurs revenus, leur niveau d'éducation ou leur origine ethnique ne fait pas partie de la «culture médicale française», contrairement aux Etats Unis.

Certains facteurs liés aux patients sont impliqués dans la «non-optimisation» de leur prise en charge. La mauvaise observance thérapeutique est le principal de ces facteurs.

Elle est due à la conjonction de caractéristiques propres aux sujets âgés et très âgés :

- comorbidités(dépression, troubles cognitifs, démence..)**
- déficit sensoriels ou neuro-rhumatologique**
- isolement social ou familial**
- perception inappropriée de la maladie (caractère chronique et asymptomatique)**
- méconnaissance de la maladie et de son traitement**
- représentation défavorable du schéma de santé par le patient.**

3.2 Facteurs liés aux règles hygiéno-diététiques

L'application des règles hygiéno-diététiques chez les personnes très âgées est limitée par certaines caractéristiques de cette classe d'âge de patients:

- activités sportives régulières parfois irréalisables en raison de comorbidités, notamment ostéoarticulaires(arthrose, prothèse, enraidissement..)
- régime alimentaire non applicable (notamment pas de régime désodé++) car à risque d'induire une anorexie, dénutrition...

3.3 Facteurs liés au traitement pharmacologique

3.3.1 Facteurs altérant l'observance[62-66, 75, 77-84]

-Présence ou crainte d'effets indésirables iatrogènes

Les effets iatrogènes(hypotension orthostatique, vertiges, asthénie..) peuvent être responsables d'une mauvaise observance.

-Polymédication(au-delà de quatre médicaments par jour)

La polymédication des personnes âgées-due au phénomène de "polypathologie"- peut être à l'origine d'une mauvaise observance, intentionnelle ou non, par plusieurs mécanismes: problèmes de mémorisation du traitement, difficultés d'application du schéma thérapeutique dans la vie quotidienne...

Le nombre d'erreurs et d'oubli est proportionnel au nombre de médicaments pris.

L'enquête PAQUID -réalisée auprès de 3800 patients- a évalué la consommation de médicaments des personnes âgées[80]. Les personnes vivant à domicile consommaient en moyenne 4,5 médicaments par jour(43% des sujets âgés consommaient entre 5 et 10 médicaments par jour, 2,3 % consommaient plus de 10 médicaments par jour) contre 5,2 médicaments par jour pour les personnes âgées institutionnalisées. La consommation de médicaments augmentait avec l'âge, passant de 4 médicaments par jour chez les patients de 65 ans à 5 médicaments par jour chez les patients de 85 ans.

-Schéma thérapeutique complexe

**Prises quotidiennes multiples*

Un nombre élevé de prises quotidiennes altère l'observance chez les personnes âgées et très âgées.

L'observance d'un traitement est meilleure lorsqu'il est réparti en une à deux prises quotidiennes plutôt qu'en trois prises ou plus.

Une étude américaine, publiée en 1990, démontra que l'observance du traitement dépendait directement du nombre de prises quotidiennes: le taux d'observance était de 83 % pour un traitement avec une prise quotidienne unique, 81% pour deux prises quotidiennes et 59 % pour trois prises quotidiennes.[82]

-Conditionnement non adapté[62,63]

*Difficultés à ouvrir l'emballage ou à déblisterer les médicaments.

*Conditionnements en boîtes de 28 comprimés pour un traitement de 30 jours(d'où des jours sans prises de traitement).

-Galénique inadaptée

L'importance de ce facteur est majorée par l'existence de déficiences physiques précédemment citées(déficit visuel, pathologies rhumatologiques..)

*Taille des comprimés : trop gros pour être avalés, trop petits pour être manipulés facilement

*Difficultés à s'autoadministrer un collyre

*Difficultés à couper un comprimé sécable

*Difficultés à compter les gouttes à boire

*Gout des traitements(désagréable, amer...)

-Délivrance de médicaments génériques

Les médicaments génériques peuvent être à l'origine d'une "perte de repère" pour les sujets âgés et très âgés, source d'erreur de traitement et de mauvaise observance.

3.3.2 Des propriétés pharmacologiques inadaptées?

Les sujets d'âge moyen présentent le plus souvent une hypertension de type systolodiastolique. Les antihypertenseurs actuellement employés agissent essentiellement sur les résistances artérielles périphériques et sont plus efficaces pour réduire la pression diastolique que la pression systolique. Ils sont ainsi moins efficaces sur l'augmentation de la pression pulsée qui survient au cours du vieillissement.

Le vieillissement s'accompagne d'une augmentation de la rigidité artérielle, qui se traduit par une augmentation de la pression artérielle systolique.

Ainsi, chez les sujets porteurs initialement d'une hypertension artérielle systolodiastolique, celle-ci se transforme- avec l'âge et sous l'effet des traitements- en une hypertension artérielle systolique plus difficile à contrôler avec les traitements disponibles.

Les principaux facteurs de mauvais contrôle tensionnel liés au traitement sont les effets indésirables iatrogènes, un nombre important de médicaments prescrits, un nombre élevé de prises quotidiennes et la délivrance de médicaments génériques.

3.4 Facteurs liés aux médecins

3.4.1 L'inertie thérapeutique

3.4.1.1 Description du mécanisme d'inertie thérapeutique

L'inertie thérapeutique est définie comme la réticence ou l'insuccès du médecin à modifier ou à intensifier le traitement antihypertenseur choisi lorsque la tension artérielle-cible n'est pas atteinte. Ce phénomène contribue à augmenter la prévalence des hypertensions artérielles non contrôlées.

L'inertie thérapeutique peut prendre plusieurs formes, notamment[44, 45]:

- retard ou réticence à initier des règles hygiéno-diététiques ou à débiter un traitement
- retard ou réticence à modifier le traitement en cas de mauvais contrôle tensionnel: augmentation des posologies, associations thérapeutiques(bithérapie, trithérapie), changement de classe d'antihypertenseur.

De nombreuses études se sont penchées sur l'inertie thérapeutique, qui concerne toutes les classes d'âge de patients. La majorité des études ont été réalisées chez des patients jeunes, mais les résultats sont extrapolables aux sujets très âgés, pour lesquels des médecins "tolèrent" des chiffres tensionnels encore plus élevés, et ceci pour diverses raisons.

Etude de Berlowitz publiée en 1998 dans the New England Journal of Medicine[46]:

-étude prospective portant sur 800 hommes hypertendus(âge moyen=65,5ans), suivis pendant 2 ans au sein du Département des Vétérans.

-Résultats:

*40% des patients traités présentaient une tension artérielle supérieure à 160/90 malgré des consultations médicales régulières(6 par an)

*les médecins n'étaient pas assez "agressifs" pour le traitement antihypertenseur (lorsqu'une intensification du traitement antihypertenseur était nécessaire, elle n'était effectivement réalisée que dans 61 % des cas).

Etude publiée par Hyman en 2000 dans The Journal of Clinical Hypertension[48]

-étude incluant 169 patients âgés de plus de 40 ans, suivis pendant 2 ans par 175 médecins différents.

-Résultats:

*25% des patients présentaient des chiffres tensionnels successifs supérieurs à 140/90 pendant plus d'un an, sans que le diagnostic formel d'hypertension ne soit porté par les médecins

*chez les patients traités présentant une tension artérielle diastolique non contrôlée(supérieure à 90mmhg), les médecins n'augmentaient le traitement que dans 24 % des cas.

*aucun changement thérapeutique n'était apporté chez des patients traités présentant des pressions artérielles systoliques élevées(supérieures à 140mmhg) au cours de 20 visites médicales successives.

Etude publiée par Andrade dans the American Journal of Management Care en 2004[51]

-étude rétrospective de cohorte, incluant 681 patients hypertendus traités, âgés de 45 à 84 ans et ayant assisté à 3347 consultations médicales en 1999.

-Résultats:

*33% des patients traités étaient systématiquement au-dessus des objectifs tensionnels pendant l'ensemble des consultations

*les médecins n'ont intensifié le traitement que dans 45 % des consultations ou la pression systolique était supérieure à 180mmhg et dans 43% des consultations ou la pression artérielle diastolique dépassait 100 mmhg .

Etude de Banegas, publiée en 2004 dans Hypertension[52]

-étude incluant 4049 patients de plus de 18ans, présentant une hypertension artérielle traitée, suivis pendant 2 mois

-objectifs de tension artérielle: inférieure à 140/90 dans la population générale(sans comorbidités), inférieure à 135/85 chez les patients diabétiques ou insuffisants rénaux

-Résultats:

*chez plus de 50 % des patients présentant une hypertension non contrôlée, les médecins n'ont pris aucune mesure pour optimiser le traitement

*chez les patients présentant une hypertension artérielle non contrôlée, les médecins ont maintenu une monothérapie dans 30 % des cas.

Etude publiée par Okonofua en 2006 dans Hypertension [53]

-étude rétrospective incluant 7523 patients hypertendus ayant au moins 1 valeur élevée de tension artérielle lors de visites médicales en 2003(au moins 4 visites annuelles)

-suivi assuré par 168 médecins, sur 44 sites de 3 Etats(Caroline du Nord, Caroline du Sud, Géorgie)

-calcul du score d'inertie thérapeutique, défini comme la différence entre la fréquence attendue et la fréquence observée des changements de traitement antihypertenseur.

-Résultats:

*chez des patients présentant une hypertension artérielle non contrôlée(supérieure à 140/90), le traitement antihypertenseur n'est modifié que dans 13,1% des consultations médicales(dans 86,9% des cas, les médecins n'ont effectué aucune modification au traitement)

*les facteurs de risque associés à un score d'inertie thérapeutique élevé étaient: les sujets âgés, l'absence de traitement antihypertenseur en cours, les comorbidités(diabète, néphropathie, pathologies cardiovasculaires).

*un score d'inertie thérapeutique faible était associé à un meilleur contrôle tensionnel (les patients situés dans le quintile inférieur du score d'inertie présentaient une tension artérielle systolique significativement diminuée de 6,8 mmHg par rapport à ceux situés dans le quintile supérieur du score d'inertie (p inférieur à 0,001))

*d'après les estimations des auteurs, le passage du taux d'inertie de 85 à 70 % se traduirait par une intensification du traitement lors de 30% des consultations, et ferait passer le contrôle tensionnel satisfaisant de 45 % à 66% des patients sur 1 an.

Etude publiée par Wang en 2007 dans Archives of Internal Medicine [54]

-étude prospective avec recrutement aléatoire d'un échantillon représentatif de médecins généralistes et spécialistes dans 5 pays européens (France, Allemagne, Italie, Espagne et Grande Bretagne) et aux Etats Unis, assurant le suivi de 21 000 patients hypertendus

-en France, échantillon constitué de 52 cardiologues et de 201 médecins généralistes assurant le suivi de 3800 patients hypertendus

-Résultats en France:

*contrôle tensionnel satisfaisant chez 46% des patients hypertendus traités (meilleur chiffre obtenu en Europe)

*pour les consultations justifiant une intensification ou un changement du traitement, la modification n'était effectivement réalisée que dans 15 % des cas.

3.4.1.2 Causes de l'inertie thérapeutique

***La crainte des effets indésirables iatrogènes**

Certains médecins généralistes hésitent à adapter le traitement antihypertenseur chez les personnes âgées, considérées comme plus fragiles donc plus sensibles à d'éventuelles complications iatrogènes.

Etude publiée par Ekpo en 1993 dans Gerontology [55]

-étude basée sur des questionnaires soumis à 445 médecins assurant le suivi de personnes âgées hypertendues.

-Résultats:

*46 % des médecins seulement envisageaient d'initier un traitement antihypertenseur en cas d'hypertension artérielle systolique isolée chez une personne âgée, ce pourcentage dépendant

de l'âge du patient et du niveau de la pression artérielle. Le traitement évoqué comme premier choix était un diurétique thiazidique.

*pour les 54 % de médecins n'envisageant pas d'initier un traitement chez une personne âgée hypertendue, la principale raison évoquée était le fait qu'un traitement pharmacologique pourrait entraîner des effets indésirables iatrogènes(avec à terme, un risque de retentissement sur la qualité de vie des patients).

***Satisfaction concernant les chiffres tensionnels obtenus**

En cas d'hypertension non contrôlée du sujet très âgé, les recommandations indiquent qu'il faut se contenter des chiffres tensionnels obtenus lorsque le patient est traité par 3 classes thérapeutiques différentes(dont un thiazidique) à doses optimales.

Par extension, certains médecins généralistes ont possiblement tendance à se contenter des chiffres tensionnels obtenus par une monothérapie, sans tenter d'optimiser le traitement par une bithérapie voire une trithérapie.

D'après l'étude d'Oliveira publiée en 2002[49], les principales raisons invoquées par les médecins généralistes pour ne pas initier ou modifier le traitement étaient:

*la satisfaction par rapport aux chiffres tensionnels obtenus++

*la volonté de continuer à monitorer la tension avant d'agir++

*le fait que la visite médicale était motivée par autre chose que la pression artérielle

*le fait qu'il s'agissait d'une hypertension artérielle considérée comme plutôt « limite »

*la crainte d'une mauvaise acceptation du traitement par le patient

*le désir d'améliorer plutôt la compliance du patient,

*la crainte des effets iatrogéniques

*l'idée qu'une majoration du traitement ne permettrait pas de réduire la tension artérielle.

Etude de Ferrari, publiée dans the Journal of Hypertension en 2004[50]

-étude incluant 2621 patients hypertendus suivis par des médecins de famille(consultations initiale puis à 1 mois, 2 mois et 4 mois)

-Résultats: les trois principales raisons invoquées par les médecins pour ne pas intensifier le traitement en cas d'hypertension non contrôlée étaient

*la conviction que le délai de mise en route du traitement était trop court pour en apprécier la pleine efficacité(la majorité des médecins pensaient que l'efficacité du traitement ne pouvait être évaluée qu'après un délai de 4 mois sous traitement)

*le sentiment que la baisse de pression artérielle obtenue était déjà suffisante (en se basant sur la tension artérielle initiale et pas sur l'objectif tensionnel prédéfini) ou que l'objectif tensionnel était presque atteint

*le sentiment que les chiffres obtenus par automesure tensionnelle pouvaient être considérés comme satisfaisants.

Etude PRESCAP 2006, publiée en 2008 dans la Revista Clinica Espanola[57]

-étude multicentrique espagnole, incluant 10520 patients hypertendus traités (âge moyen = 64,6ans)

-Résultats:

*58,6% des patients traités présentaient une hypertension artérielle non contrôlée supérieure à 140/90 (intervalle de confiance à 95% = 57,6-59,5)

*chez les patients non contrôlés, les médecins ont modifié le traitement dans seulement 30,4% des cas (intervalle de confiance à 95% = 29,2-31,6). Ces modifications consistaient en une association d'autres antihypertenseurs dans 46,3% des cas, une augmentation de posologie dans 26,1% des cas, un changement de classe thérapeutique dans 22,8% des cas.

*la conviction des médecins d'avoir atteint un contrôle tensionnel satisfaisant était le principal facteur associé à une non-modification du traitement chez les patients non contrôlés.

***Le non-respect ou la méconnaissance des recommandations officielles?**

Etude par Hagemester, publiée en 2001 dans Journal of Hypertension[58]

-étude allemande basée sur un questionnaire soumis à 24 899 médecins (médecins internistes, cardiologues, médecins généralistes), pour évaluer leurs connaissances concernant les recommandations officielles sur l'hypertension.

Leurs connaissances étaient considérées comme satisfaisantes s'ils donnaient au moins 5 réponses correctes à 8 questions (dont la définition de l'hypertension artérielle)

-Résultats:

*la connaissance des recommandations officielles n'était satisfaisante que chez 23,7% des médecins (plus précisément, chez 37,1% des cardiologues, 25,6% des internistes et 18,8% des médecins généralistes).

Les médecins prescripteurs interviennent aussi dans la prise en charge non-optimale des patients très âgés hypertendus, par différents mécanismes.

Parmi ces mécanismes, il faut retenir l'inertie thérapeutique- due notamment à une crainte des effets indésirables iatrogènes- une satisfaction indue concernant les chiffres tensionnels obtenus et le non-respect ou la méconnaissance des recommandations officielles sur l'hypertension artérielle des sujets très âgés.

3.5 Facteurs liés à la relation médecin-malade[44,45, 66,74-76]

Certaines particularités de la relation médecin-malade peuvent modifier l'observance des patients.

Les situations suivantes peuvent être à l'origine d'une mauvaise observance médicamenteuse.

-Patient percevant les réticences du médecin à prescrire un traitement (en cas d'inadéquation entre les convictions propres du médecin et les recommandations officielles).

-Défaut de communication médecin-patient concernant la maladie

- *manque d'informations délivrées au patient par le médecin
- *manque d'éducation et de motivation du patient par le médecin
- *faible implication du médecin dans le problème de l'observance
- *manque de disponibilité du médecin pour des consultations de contrôle régulières
- *consultations de contrôle non respectées par le patient.

-Mauvaise qualité de la relation médecin-patient

La confiance que le patient accorde à son médecin-en particulier concernant ses compétences professionnelles- est aussi un déterminant de l'observance du traitement.

Un défaut d'observance peut donc s'expliquer -dans certains cas- par un manque de confiance.

D'ailleurs, l'HAS précisait en 2005 dans ces recommandations sur l'hypertension que: « L'inobservance concernant les mesures diététiques, pharmacologiques et l'assiduité aux consultations est associée à un pronostic défavorable. Elle traduit souvent une relation médecin-malade déficiente. Une attitude d'écoute et l'instauration d'un véritable partenariat basé sur l'information et la confiance sont probablement les meilleurs mesures préventives.»

-Insatisfaction éprouvée par le patient envers le système de soins en général.

-Prescripteurs multiples

Diminution de la compréhension du traitement en cas d'ordonnances multiples.

La qualité de la relation médecin-malade -qui peut retentir sur l'observance thérapeutique des patients- est un autre facteur déterminant de la qualité du contrôle tensionnel.

4. Mesures correctives pour améliorer la prise en charge

Quelques études et articles se sont penchés sur les mesures à mettre en œuvre pour tenter d'améliorer la prise en charge de l'hypertension chez les sujets très âgés.

L'essentiel de ces mesures repose sur une participation active des médecins, dont l'objectif doit être de favoriser l'observance des patients. Les modifications que peuvent initier les patients sont -en comparaison - plutôt restreintes, se résumant à un meilleur respect des règles hygiéno-diététiques et à une modification du mode de vie.

4.1 Contribution des médecins prescripteurs

4.1.1 Généralités

Des modifications dans la pratique quotidienne médicale pourraient permettre de mieux soigner les personnes très âgées hypertendues.

En 1998, Oparil proposait les mesures suivantes pour les patients présentant une hypertension difficile à contrôler[44]:

-mieux éduquer le patient (si besoin, à l'aide de document écrit ou de vidéo)concernant l'hypertension et l'importance de suivre le traitement prescrit

- collaborer avec le patient en recherchant une stratégie pour tout nouveau traitement introduit
- prescrire le traitement avec le moins d'effets indésirables possibles,
- prescrire un traitement avec une prise quotidienne
- simplifier le traitement par l'utilisation de combinaisons fixes de médicaments
- choisir le traitement ayant le meilleur rapport cout-efficacité
- monitorer le patient pour voir si les objectifs tensionnels sont atteints
- rappeler fréquemment les objectifs tensionnels
- évaluer l'observance du traitement pendant les consultations et par téléphone
- s'enquérir des obstacles à la compliance.

En 2001, lors d'un colloque du Comité Régional d'Education pour la Santé en Ile de France portant sur l'observance thérapeutique chez les personnes âgées, les intervenants insistaient sur la nécessité de [67]:

- mieux informer le patient sur la maladie et sur le traitement
- modifier les ordonnances en améliorant la qualité des explications
- prescrire des traitements avec des contenants plus simples et plus maniables
- impliquer les pharmaciens dans la prise en charge des patients(délivrance de conseils, rédaction de vignettes avec des indications précises et complètes pour faciliter la compréhension des consignes)
- impliquer tous les intervenants possibles pour améliorer l'attitude du patient envers le traitement(infirmière, diététicien, travailleurs sociaux....)
- utiliser des «outils d'aide à la prise de médicaments».

Plus récemment, S.Legrain et S.Lacaille[66, 76] recommandaient aux médecins de:

- établir des priorités en terme de traitement, et en accord avec les patients
- optimiser le rapport bénéfice-risque de chaque traitement
- mieux éduquer le patient au sujet de sa pathologie
- parvenir à la "juste prescription": simplifier les prescriptions, rationaliser les ordonnances, éliminer de l'ordonnance les médicaments inutiles
- simplifier le schéma thérapeutique: proposer des traitements nécessitant 1 à 2 prises quotidiennes par jour(utilisation des formes à libération prolongée++)
- adapter les horaires de prise de traitement

- utiliser des "supports d'aide à la prise du traitement": aides humaines (familles, infirmières à domicile, aides à domicile....pour dispenser le traitement), piluliers, semainiers, grilles thérapeutiques(en collant des vignettes), consignes écrites...
- apprécier les aptitudes du patient: capacité à comprendre le traitement, à prendre correctement le traitement, à signaler l'apparition d'une effet indésirable
- proposer un suivi adapté et vigilant basé sur des objectifs prédéfinis.

Les médecins peuvent améliorer la prise en charge des patients très âgés hypertendus en suivant trois principes de base:

- mieux informer et éduquer les patients**
- mieux soigner les patients(trouver le traitement adapté)**
- mieux évaluer l'observance du traitement et proposer des systèmes d'aides à la prise du traitement.**

4.1.2 Mieux informer et éduquer les patients

Les différentes études insistent sur la nécessité d'améliorer l'information et l'éducation des personnes âgées et très âgées. Les médecins doivent dispenser une information claire, et suffisante pour garantir une bonne utilisation des traitements(information sur la pathologie et ses complications, sur l'utilité du traitement et les risques iatrogènes encourus, sur les interactions possibles avec d'autres médicaments ou l'alcool..).

Grace à l'action des médecins, les patients âgés devraient - dans l'idéal –pouvoir:

- identifier le médicament(connaître le nom, l'emballage et la galénique)
- préciser son indication(pour les tension, pour le cœur..)
- indiquer à quel moment de la journée le prendre
- préciser comment le prendre
- expliquer la conduite à adopter en cas d'oubli de prise.

Des études ont suggéré que la mise en place d'outils de communication -notamment écrits- expliquant les pathologies aux patients permettrait d'améliorer l'observance thérapeutique chez les personnes âgées et très âgées.

En 2000, l'ANAES publiait des recommandations destinées aux médecins, concernant l'information des patients[84]. Il y était précisé que l'information orale était primordiale et

devait être adaptable à chaque individu, mais aussi qu'il était souhaitable de remettre aux patients un document écrit pour leur permettre de s'y reporter.

D'après ces recommandations, l'information destinée aux patients et contenue dans des documents écrits, audiovisuels ou multimédia devrait être:

- hiérarchisée, basée sur des données validées, présentant les bénéfices attendus des soins envisagés avant leurs inconvénients et risques éventuels, précisant les signes d'alerte détectables par le patient
- synthétique et claire, avec un document ne devant pas excéder 4 pages
- compréhensible pour le plus grand nombre de patients
- validée par des sociétés savantes, selon des critères de qualité reconnus
- terminée par une note précisant que les patients pourraient poser toutes les questions qu'ils souhaitent.

En 2005, une étude publiée dans The American Journal of Hypertension s'est intéressée à l'impact que pourrait avoir l'éducation thérapeutique sur le contrôle tensionnel des personnes âgées[86]:

- étude contrôlée randomisée incluant 60 patients hypertendus ambulatoires âgés de plus de 65 ans, durée de suivi=3mois
- comparant deux stratégies éducatives(éducation des patients réalisée à l'aide d'ateliers): une stratégie basée sur une "incitation à la compliance passive"et l'autre basée sur "l'autonomisation" du patient(participation active aux décisions thérapeutiques).
- Résultats: la pression artérielle des deux groupes de patients était mesurée par un holter tensionnel des 24 heures, trois mois après le début des ateliers
- *meilleur contrôle tensionnel obtenu pour le groupe de l'atelier autonomisation" (70 % des patients) que pour le groupe de l'atelier"compliance" (45 % des patients) $p=0,045$
- *diminution de la tension plus importante dans le groupe "autonomisation"(baisse de 8mmhg, intervalle de confiance à 95%=2 à 15) que dans le groupe "compliance"(baisse de 3 mmhg, intervalle de confiance à 95%=-3 à 8 donc non significatif).

Donc, d'après cette étude, impliquer davantage les personnes très âgées dans les choix thérapeutiques permettrait d'améliorer le contrôle tensionnel, possiblement grâce à une meilleure observance du traitement.

4.1.3 Mieux soigner les patients, adapter la prescription

Pour optimiser la prise en charge des patients hypertendus très âgés, il est indispensable d'améliorer la qualité des prescriptions médicamenteuses. Par exemple, la prescription des médicaments les moins iatrogènes est un impératif, puisque les effets indésirables iatrogènes sont à l'origine de problèmes d'observance thérapeutique.

Dans un article publié en 2000, Rollason proposait une grille stratégique pour orienter le choix de traitement chez le sujet âgé[87]. Il suffisait aux médecins de répondre "oui " ou "non" aux questions suivantes:

***Efficacité:**

- L'indication est-elle encore actuelle?
- L'indication est-elle bien fondée?
- Ce traitement est-il prioritaire?
- La durée du traitement est-elle adaptée à l'indication?

***Sécurité d'emploi:**

- Est-ce le médicament le plus sûr de sa classe?
- Est-ce qu'il y a des interactions médicamenteuses?
- Est-ce qu'il y a des contre-indications?
- Une individualisation posologique est-elle nécessaire?
- Est-ce qu'il y a des médicaments faisant double emploi?

***Confort du patient:**

- Est-ce que ce traitement convient au patient?
- Est-ce que la forme galénique convient, la voie d'administration est-elle la plus pratique pour le patient?
- Existe-t-il une formulation retard?
- Existe-t-il des médicaments combinés ?

***Alternatives non médicamenteuses:**

- Existe t-il des alternatives non médicamenteuses?

***Cout:**

- Le médicament est-il remboursé?
- Existe t-il un générique?
- Est-ce que le rapport cout/bénéfice est optimal?

De manière plus officielle, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (l'ANDEM, devenue l'ANAES puis l'HAS) a proposé des recommandations relatives à la prescription plurimédicamenteuse chez les personnes âgées[88]. Ces recommandations insistent notamment sur la nécessité pour les médecins de:

- vérifier les antécédents pathologiques et thérapeutiques du patient
- vérifier le nombre d'ordonnances, s'enquérir des médicaments consommés(notamment en automédication), vérifier l'absence d'interactions
- fixer des objectifs thérapeutiques clairs
- connaître les éléments influençant la pharmacocinétique(poids, déshydratation, calcul de la fonction rénale)
- s'assurer que le patient a compris les objectifs et les modalités de la prescription, évaluer ses fonctions cognitives à l'aide du MMS
- évaluer l'autonomie en particulier manuelle et dépister d'éventuels troubles de la vision
- proposer une aide adaptée en cas de difficultés motrices ou psychiques(pilulier, assistance d'une tiers personne..)
- bien choisir la présentation du médicament: éviter les gouttes (risque d'erreurs de comptage) et les formes galéniques peu pratiques(suppositoires)
- adapter la présentation et la galénique aux goûts et aux capacités fonctionnelles du patient
- préférer les médicaments à durée d'action courte et éviter les doses de charge
- bien choisir les horaires de prise des médicaments: privilégier les horaires faciles à mémoriser, adaptés à la vie du patient et à la pharmacocinétique du médicament
- rédiger l'ordonnance en détaillant l'horaire des prises
- réévaluer périodiquement tous les produits pris par le patient et leur pertinence.

Chez les sujets âgés et très âgés polymédiqués, l'utilisation de traitements combinés à doses fixes permet d'améliorer l'observance du traitement, en diminuant le nombre de comprimés pris quotidiennement et la fréquence des prises.

L'intérêt de ces traitements a été confirmé récemment, grace à une étude publiée en 2008 par Dickson dans the American Journal of Cardiovascular Drugs[89]:

- étude rétrospective de cohorte menée auprès de 5704 patients hypertendus âgés de plus de 65 ans(âge moyen=76 ans), suivis entre 1997 et 2002.
- deux groupes de patients: groupe 1=sous traitement combiné par inhibiteur calcique(amlodipine)+inhibiteur de l'enzyme de conversion(benazepril)

groupe 2=traitement non combiné à base d'inhibiteur calcique et d'inhibiteur de l'angiotensinogène de type 2 (pris séparément)

-Résultats :

*taux de compliance plus élevé chez les patients sous traitement combiné(63,4%) que chez les patients sous traitement non combiné(49%), p inférieur à 0,0001

*cout total de la prise en charge plus faible pour les patients sous traitement combiné(3179 dollars) que pour les patients sous traitement non combiné(5236 dollars).

4.1.4 Evaluer l'observance, proposer des systèmes d'aides à la prise du traitement

Plusieurs méthodes sont utilisables pour évaluer l'observance des traitements [90]:

- observation des effets thérapeutiques (diminution de la tension artérielle)
- observation des effets pharmacologiques cliniques(diminution de la fréquence cardiaque sous B-bloquants)
- observation des effets indésirables(œdèmes des membres inférieurs sous inhibiteurs calciques)
- utilisation de marqueurs biologiques(sang, urines): dosage des médicaments(B bloquants), modification de l'uricémie et de la kaliémie sous diurétiques..
- respect des rendez-vous de consultation et ponctualité aux rendez-vous
- "impression clinique du médecin"(peu fiable d'après les études, puisque les médecins auraient tendance à surestimer la compliance de leurs patients)
- entretiens avec le patient, dédiés à l'observance(questions ouvertes non culpabilisatrices)
- entretiens avec les accompagnants du patient(conjoint, famille...)
- délai de renouvellement des prescriptions
- suivi des délivrances médicamenteuses par la pharmacie
- décompte des médicaments restants dans les boîtes
- monitorage électronique: système indiquant l'ouverture du pilulier et l'heure à laquelle celui-ci est ouvert.

La majorité des systèmes "d'aide à la prise du traitement" pour les personnes âgées et très âgées ont été validés aux Etats Unis, et y sont actuellement largement utilisés.

Ces dispositifs -en limitant les erreurs et oublis non intentionnels- améliorent l'observance des patients et contribuent donc à optimiser leur prise en charge.

Parmi ces techniques, on retrouve notamment[44]:

- piluliers
- semainiers
- rappel automatique par téléphone(signalant aux patients qu'il est l'heure de prendre le traitement
- montre programmable(sonnerie et message indiquant l'heure de prise et le traitement à prendre)
- flacons dotés d'horloges-alarmes
- flacons avec flash lumineux aux heures de prises
- système compu-med avec signal visuel ou sonore(présentation automatique de 7 compartiments de médicaments correspondant à chacun des jours de la semaine et préalablement préparés par une tierce personne).

La majorité de ces systèmes-plutôt sophistiqués- n'est pas disponible en France. Toutefois, les piluliers et semainiers existent en France, et leur utilisation pourrait être généralisée chez les personnes âgées et très âgées.

La mise en place de systèmes d'aide à la prise du traitement nécessite aussi le développement de «supports humains». Ainsi, tous les intervenants en contact quotidien avec les patients(conjoint, famille, infirmière à domicile, aide à domicile....) sont utiles pour les inciter à prendre leur traitement. Par exemple, chez une personne âgée présentant un isolement familial et social complet(veuve, pas d'enfants, pas de famille..), il semblerait judicieux de mettre en place des systèmes d'aide à domicile(infirmière..) dont le rôle serait notamment de préparer les piluliers et de veiller à la bonne prise des traitements.

Plusieurs études ont démontré que les méthodes d'évaluation de l'observance, tout comme les dispositifs d'aide à la prise du traitement, permettaient d'améliorer le contrôle tensionnel des patients. Malheureusement, encore une fois, peu d'entre elles incluaient spécifiquement des patients âgés de plus de 80 ans.

Etude de McKenney publiée en 1992 dans the journal of Clinical Pharmacology[91]

- étude contrôlée randomisée incluant 70 patients hypertendus âgés de 50 à 94 ans
- répartition des patients en 2 groupes : groupe 1=médicament contenu dans une "fiolle" dont le bouchon est équipé d'une montre numérique(indiquant l'heure ou la fiolle a été ouverte pour la dernière fois et l'heure à laquelle la prochaine dose de traitement devait être prise)

groupe 2(groupe contrôle)= médicament contenu dans une fiole banale

-Résultats :

*taux de compliance plus important dans le groupe 1 (95,1 %) que dans le groupe contrôle(78%)

*baisse tensionnelle plus importante dans le groupe 1(baisse de la systolique=7,6 mmhg, p=0,006) que dans le groupe contrôle(baisse de la systolique=2,8mmhg)

*en équipant en plus les patients du groupe 1 d'une carte de poche pour se souvenir de l'hypertension, le taux d'observance obtenu était de 98,7% et la tension systolique baissait de 11mmhg(p inférieur à 0,1)

*en équipant les patients du groupe 1 d'une carte de poche et d'un tensiomètre (automesure tensionnelle par prise de la tension artérielle au poignet), le taux de compliance obtenu était de 100% et la pression systolique baissait de 15 mmhg(p=0,0006).

Etude de Fulmer publiée en 1999 dans the Journal of Gerontological Nursing[92]:

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'impact d'interventions téléphoniques quotidiennes(appel téléphonique simples ou vidéophone) sur l'observance du traitement chez des personnes âgées présentant une insuffisance cardiaque.

D'après les résultats de cette étude, les interventions téléphoniques quotidiennes seraient efficaces pour augmenter la compliance des patients, et auraient un rapport cout-efficacité meilleur que des consultations médicales régulières ou la préparation de piluliers.

Etude de Bertholet publiée en 2000 dans The Journal of Clinical Hypertension[93]:

-étude incluant 69 patients hypertendus traités non contrôlés(tension artérielle supérieure à 140/90)

-mise en place d'un système d'évaluation objective de la compliance: pilulier électronique indiquant la date et l'heure de chaque ouverture du pilulier

-Résultats:

*grâce au pilulier, amélioration de l'observance d'où une réduction de la tension artérielle moyenne dans l'ensemble du groupe(tension initiale=159/104mmhg, tension finale=143/92mmhg, p inférieur à 0,001)

*groupe 1: normalisation de la tension artérielle(inférieure à 140/90) chez un tiers des patients(n=23), dont plusieurs étaient «sur-traités»

*groupe 2: diminution significative de la pression artérielle chez un tiers des patients(n=23),

*groupe 3: pas de modification de la pression artérielle chez un tiers des patients(n=23) devenus observants (d'où nécessité de changer le traitement antihypertenseur)

Les médecins peuvent améliorer la prise en charge des personnes hypertendues très âgées en appliquant certains principes dans leur pratique quotidienne.

Parmi ces principes, il faut retenir la nécessité de:

- 1) Mieux informer les patients sur l'hypertension et ses complications cardiovasculaires, sur le traitement (bénéfices attendus, risques encourus..).**
- 2) Mieux soigner les patients et adapter le schéma thérapeutique**
 - choisir le traitement avec le moins d'effets indésirables iatrogènes**
 - simplifier le schéma thérapeutique: traitement permettant 1 ou 2 prises quotidiennes, combinaisons fixes de traitements**
 - choisir la présentation et la galénique les plus adaptées aux capacités et aux déficits potentiels du patient.**
- 3) Evaluer l'observance du traitement et déterminer les obstacles à l'observance.**
- 4) Améliorer l'observance du traitement en proposant des systèmes d'aide à la prise du traitement:**
 - piluliers, semainiers....**
 - développement des «supports humains» et d'intervenants extérieurs (conjoint, famille, infirmière à domicile...)**

4.2 Contribution des patients[44,94,95]

L'obtention d'un contrôle tensionnel satisfaisant nécessite que les patients respectent certaines règles hygiéno-diététiques, comme l'ont démontré des études menées chez des patients hypertendus d'âge moyen.

Mais, encore une fois, il ne semble pas exister d'étude traitant spécifiquement de l'impact des règles hygiéno-diététiques chez les sujets âgés de plus de 80 ans.

Par extrapolation, on suppose qu'un meilleur respect des règles hygiéno-diététiques pourrait améliorer le contrôle tensionnel des personnes âgées hypertendues.

Parmi ces mesures hygiéno-diététiques, il faut retenir

*Perte de poids en cas de surcharge pondérale ou d'obésité

L'obésité (ainsi que la sédentarité, l'intolérance au glucose, l'hyperinsulinisme et la résistance à l'insuline) est un facteur associé à une moindre réponse au traitement antihypertenseur.

L'augmentation de l'index de masse corporelle est associée à une augmentation des doses d'antihypertenseurs nécessaires pour contrôler la tension artérielle.

*Réduction de la consommation d'alcool

Une consommation excessive d'alcool induit une augmentation de la pression artérielle chez les sujets hypertendus traités et non traités.

Par ailleurs, l'alcool lui-même peut être une cause de non compliance au traitement.

Réduire la consommation d'alcool permettrait de faciliter le contrôle tensionnel.

*Arrêt du tabagisme

*Régime alimentaire équilibré: mais pas de régime désodé++

*Activité physique régulière: marche au moins 30 minutes par jour.

4.3 Contribution des pouvoirs publics et du système de santé ? [96]

Pour améliorer la prise en charge des personnes hypertendues très âgées, il semble nécessaire d'y sensibiliser les médecins, les patients voire le grand public.

L'information des médecins est assurée notamment par des instances officielles (comme la Haute Autorité de santé), celle des patients est assurée par les médecins mais qu'en est-il du public ?

«L'éducation» de la population est à la charge des pouvoirs publics, en particulier par l'intermédiaire de campagnes d'information diffusées par divers médias (journaux, radio, télévision).

Une campagne d'information concernant les bénéfices du traitement antihypertenseur chez les plus de 80 ans permettrait-elle d'améliorer leur prise en charge?

En 2005, Spiegel publiait dans *The Vascular Health Risk Management* un article concernant les obstacles au contrôle tensionnel et les stratégies à mettre en œuvre pour contourner ses obstacles[95]. Il y décrivait notamment des mesures correctives applicables aux patients âgés anciens militaires, gérés par la section médicale du Département des Vétérans.

Les obstacles y étaient regroupés en trois catégories, avec des interventions possibles pour chaque obstacle, comme suit.

Obstacles liés aux patients:

*Attitude négative concernant l'hypertension: mesure=éduquer la communauté et chaque patient sur les conséquences de l'hypertension.

*Effets indésirables du traitement: mesures=utiliser les traitements les moins iatrogènes, traiter les effets indésirables notamment d'ordre sexuel(impuissance).

*Coût du traitement: mesure=réduire les coûts en prescrivant des diurétiques et des traitements génériques.

*Adhésion au traitement: mesure=diminuer le nombre de prises quotidiennes, promouvoir les piluliers, prescrire des traitements combinés, utiliser des méthodes pour favoriser le renouvellement des traitements(rappels téléphoniques ou informatisés).

*Manque d'accès aux médecins: mesure=travail dans les centres de santé, développement du système de couverture-santé.

Obstacles liés aux médecins:

*Manque de connaissances sur l'hypertension: mesures= développement de conférences universitaires/colloques/algorithmes informatisés/publication d'études cliniques

*Manque d'attention prêtée aux chiffres tensionnels des patients: mesures=systèmes de rappel informatisés.

*Manque de motivation concernant l'hypertension: mesure=primes financières incitatives pour la gestion des patients hypertendus.

Obstacles liés à la société++ :

*Manque de prise de conscience du public sur l'importance de l'hypertension, mesures=campagnes d'éducation du public, enquêtes auprès du public.

*Manque d'accès au système de santé: mesure=développement de systèmes de couverture-santé(à financement publique ou privé).

III)DEUXIEME PARTIE : Enquête qualitative

1 Méthodes

1.1 Choix de la méthode qualitative

Contrairement à la méthode quantitative, la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier un fait ou à énumérer des facteurs de risque, mais plutôt à examiner un phénomène et à tenter de le comprendre.

L'un des objectifs de la recherche qualitative est d'approfondir la compréhension de la santé et des déterminants de soins.

Elle permet d'étudier les comportements des acteurs du système de santé, de mieux comprendre leurs opinions et motivations, d'évaluer leurs besoins, leurs attentes et satisfactions. S'agissant de la relation médecin-malade, les études qualitatives servent à étudier leurs interactions, à mettre en évidence les système de valeurs et les repères à partir desquels ils s'orientent et se déterminent.

Dans la première partie de ce travail, il est démontré que la prise en charge de l'hypertension des patients de plus de 80 ans n'est pas optimale. L'objectif principal de cette thèse est de cibler les obstacles qui s'opposent à cette prise en charge, pour trouver une explication plausible et cohérente à ce phénomène.

La méthodologie qualitative semblait donc particulièrement adaptée pour identifier les principales dimensions de ce problème, en analysant notamment le sens que les médecins donnent à leurs pratiques.

Cette étude est basée sur la réalisation d'entretiens «semi-structurés» menés par un enquêteur auprès de médecins généralistes exerçant en ambulatoire.

L'enquête qualitative a été réalisée grâce à différentes étapes, comportant notamment la conception d'un guide d'entretien, la sélection d'un échantillon de médecins, un premier contact téléphonique avec chaque médecin et l'entretien lui-même, mené au cabinet du médecin.

1.2 Guide d'entretien

En méthodologie qualitative, le guide d'entretien sert à structurer l'activité d'écoute et d'intervention de l'enquêteur. Comme le précise Blanchet dans son ouvrage [97] : «l'entretien, c'est un système organisé de thèmes que l'enquêteur doit connaître, mais dont il peut s'éloigner pour approfondir un idée en détail».

Le guide d'entretien permet aussi à l'enquêteur d'élaborer des relances pertinentes sur les opinions exprimées par la personne interrogée.

Au cours de l'entretien même, l'ordre des questions peut varier et l'enquêteur peut introduire des questions supplémentaires au fur et à mesure qu'il se familiarise avec le sujet.

Notre guide d'entretien a été établi à partir de questions ouvertes, avec pour objectif d'aboutir à une réflexion des médecins autour de trois principaux axes:

- les principes de la prise en charge optimale de l'hypertension artérielle chez les plus de 80 ans
- les facteurs limitant cette prise en charge optimale, liés aux patients, aux traitements et aux médecins
- les mesures correctives envisagées pour limiter l'impact de ces facteurs.

D'autres sujets ont pu être abordés au cours des entretiens, selon le plan suivant :

- *thème 1 : opinion des médecins généralistes sur l'intérêt ou non du traiter les personnes très âgées hypertendues
- *thème 2 : description de la prise en charge quotidienne de ces patients(diagnostic, bilan préthérapeutique..)
- *thème 3 :auto-estimation du contrôle tensionnel par les médecins
- *thème 4 :les patients très âgés et l'observance thérapeutique
- *thème 5 : impact du traitement sur l'observance thérapeutique
- *thème 6 : rôle du médecin généraliste prescripteur/inertie thérapeutique.

Pour essayer d'aborder toutes les dimensions du problème, les entretiens devaient être menés de manière « semi-directive» ou « semi-dirigée »:

- *pour chaque question ouverte, une liste globale de points « importants à couvrir » était connue de l'enquêteur.

*dans l'hypothèse où l'un des « points importants » n'était pas abordé par le médecin questionné, la discussion devait être relancée par l'enquêteur au cours de l'entretien.

Le guide d'entretien a d'abord fait l'objet d'un « essai préliminaire » auprès de trois médecins (pris en compte dans l'analyse définitive), ce qui a permis d'affiner la formulation des questions ouvertes avant d'obtenir le guide d'entretien « définitif » (**voir ANNEXE 2**).

1.3 Population et sélection de l'échantillon

La méthode quantitative a pour objectif principal de mesurer des faits en s'intéressant au « combien ». Elle suppose donc l'utilisation de grands échantillons représentatifs de la population générale. La taille des échantillons y est essentielle, afin d'augmenter la fiabilité et la « significativité statistique » des résultats obtenus. En outre, la randomisation permet de constituer des groupes comparables, en répartissant aléatoirement les caractéristiques individuelles entre les groupes étudiés, pour s'assurer que l'effet mesuré n'est lié qu'au phénomène étudié.

La recherche qualitative -quant à elle- permet d'expliquer des phénomènes, en s'intéressant plutôt au « comment et pourquoi ». Elle porte donc le plus souvent sur un échantillon restreint d'individus, afin d'analyser en profondeur le discours de chaque personne interrogée. Comme pour toute étude qualitative, nous avons prévu de créer un échantillon de petite taille comportant de 10 à 20 médecins.

Pour cette thèse, la population étudiée était celle de médecins généralistes ambulatoires exerçant en Ile de France.

L'échantillon de médecins généralistes devait être au maximum diversifié, pour contraster les individus et les situations, tout en obtenant des unités d'analyse significatives.

L'objectif n'était donc pas de constituer un échantillon représentatif, mais au contraire de constituer une population diverse de personnes. Ainsi, la diversité des sujets inclus devait garantir la richesse des données et permettre d'élargir les champs explorés.

La sélection des médecins devait répondre aux critères suivants :

-équilibre de sexe (homme/femme)

-diversité des âges

- diversité de l'expérience professionnelle(nombre d'années d'exercice, médecins remplaçants, médecins installés)
- diversité des activités(médecins généralistes sans fonction universitaire, médecins enseignants à la faculté de Médecine Bichat, médecins maitres de stage à la faculté Bichat ...)
- diversité de patientèle(patientèle autre que gériatrique, patientèle de niveaux socioéconomiques différents...).

Pour sélectionner des médecins généralistes sans fonction universitaire, nous avons utilisé les Pages Jaunes avec comme critères de recherche: médecins généralistes/Gennevilliers/Asnières sur Seine/Villeneuve la Garenne /Saint Denis /Paris(villes à proximité du domicile de l'enquêteur, ce qui rendait plus facile les déplacements).

Pour sélectionner des médecins généralistes ayant des fonctions universitaires(enseignants et/ou maitres de stages), nous avons utilisé la liste disponible sur le site internet de la Faculté de Médecine Paris 7 Bichat(Département de Médecine Générale).

Nous avons téléphoné aux différents médecins jusqu'à obtenir une quantité suffisante de réponses positives. Au total, nous avons joint ou tenté de joindre de vingt-huit médecins, et obtenu quinze rendez-vous fermes pour un entretien.

Ainsi, treize médecins n'ont pas pu participer aux entretiens car :

- trois ont refusé l'entretien par manque de temps
- deux ont refusé l'entretien car ils estimaient ne pas avoir-dans leur patientèle-de patients très âgés
- sept médecins n'étaient pas joignables en juillet-aout 2009, en raison de départ en congés annuels(cabinet médical fermé, répondeur téléphonique).
- un médecin était décédé récemment et non remplacé.

Le critère utilisé pour déterminer le nombre de médecins à interroger était celui de la saturation théorique: les entrevues devaient être arrêtées lorsqu'elles ne permettaient plus de recueillir de nouvelles informations. Dans ce travail, quinze médecins ont été sollicités et interrogés. La saturation théorique est survenue aux environs du quatorzième entretien et il a donc été décidé d'arrêter de contacter des nouveaux médecins.

1.4 Contact préliminaire

Pour chaque médecin sollicité, le premier contact a été établi par téléphone.

Nous leur avons expliqué à chaque fois la problématique de la recherche, et la méthodologie utilisée.

Nous sommes restés volontairement succincts sur les objectifs de la thèse, pour ne pas influencer les médecins et pour qu'ils puissent exprimer leur véritable opinion sur le traitement des personnes hypertendues très âgées.

Nous précisons aussi que l'entretien devait durer approximativement une vingtaine de minutes et qu'il serait enregistré par dictaphone.

Après leur accord, il était convenu de la date et de l'horaire de la rencontre, dont le choix leur était laissé.

1.5 Déroulement des entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés dans le lieu d'exercice des médecins, entre juillet 2009 et septembre 2009. Ils se sont déroulés au calme, en tête à tête, sans impératif horaire réel pour la fin de l'entretien.

Les données -verbales- ont été recueillies par enregistrement des entretiens au dictaphone, après accord des médecins, en les assurant du respect de la confidentialité.

Une grille d'entretien antérieurement rédigée (consultable dans la partie ANNEXE) nous permettait de nous assurer que tous les thèmes prévus étaient abordés.

A la fin de chaque entretien, nous avons demandé aux médecins interrogés leur adresse-mail pour les tenir informés des résultats, une fois la thèse achevée.

1.6 Transcription des données

La transcription des données a été réalisée par l'enquêteur. Tous les entretiens ont été retranscrits mot pour mot sur support informatique, de la manière la plus exhaustive possible, sans chercher à reformuler les propos des médecins ni à corriger d'éventuelles fautes de langage(**voir ANNEXE 3**). Certains mots ont pu être rajoutés lors de la retranscription, pour signaler des éléments lors de l'entretiens(rires, silence...).

La durée de retranscription était de 2 heures à 3 heures pour chaque entretien.

Dans les retranscriptions, l'enquêteur est désigné par la lettre E et chaque médecin est désigné par une lettre en fonction de l'ordre alphabétique (le premier médecin interrogé est donc appelé médecin A, le deuxième médecin B et ainsi de suite...).

1.7 Analyse des données sociodémographiques

Ce sont les seules données chiffrées de cette étude qualitative. Nous avons extrait et calculé des données concernant les caractéristiques sociales et démographiques des médecins (âge, sexe, durée d'installation...).

Rappelons que –dans cette étude qualitative- nous ne cherchons pas établir des données numériques assurant la représentativité de l'échantillon, mais plutôt à mettre en valeur certaines caractéristiques des médecins interrogés.

1.8 Analyse des éléments du discours

Les idées exprimées par les médecins ont été analysées de manière systématique, selon une méthode inductive d'analyse du contenu sémantique.

Chaque retranscription a été lue à plusieurs reprises, ceci permettant de repérer certains items récurrents.

Des thèmes généraux ont ensuite été dégagés, à partir du texte lui-même et à partir de la grille d'entretien.

De manière plus précise :

*le contenu de chaque entretien a été codé et découpé en fragments.

*les fragments ont ensuite été réarrangés de manière à constituer une liste de catégories et de thèmes principaux, basés sur des phrases ou des comportements particuliers.

*les citations ont été reprises entre guillemets et en italique, pour être facilement localisées.

2.Résultats

2.1Données générales sur les entretiens

2.1.1 Lieux des entretiens

Tous les entretiens se sont déroulés au cabinet des médecins interrogés, en tête à tête, au calme.

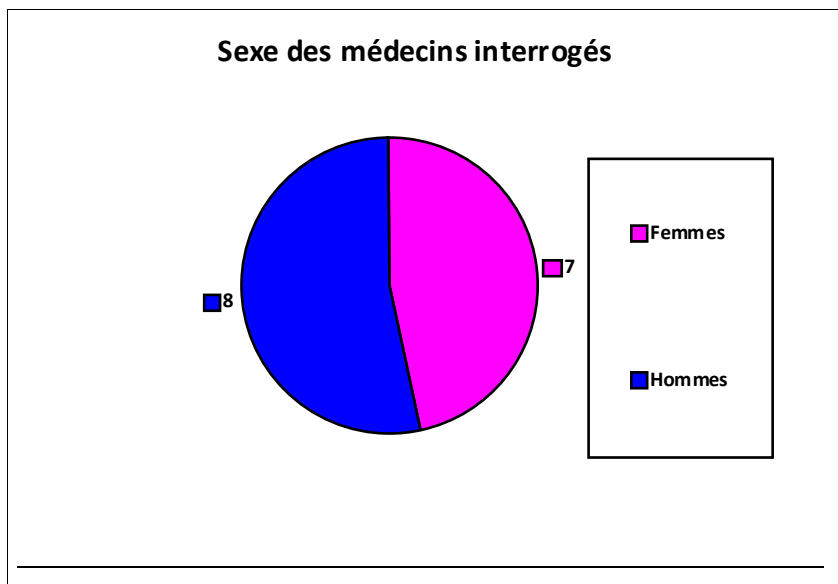
2.1.2 Durée des entretiens

Les entretiens ont duré entre vingt minutes et trente-huit minutes, avec une durée moyenne de vingt-quatre minutes.

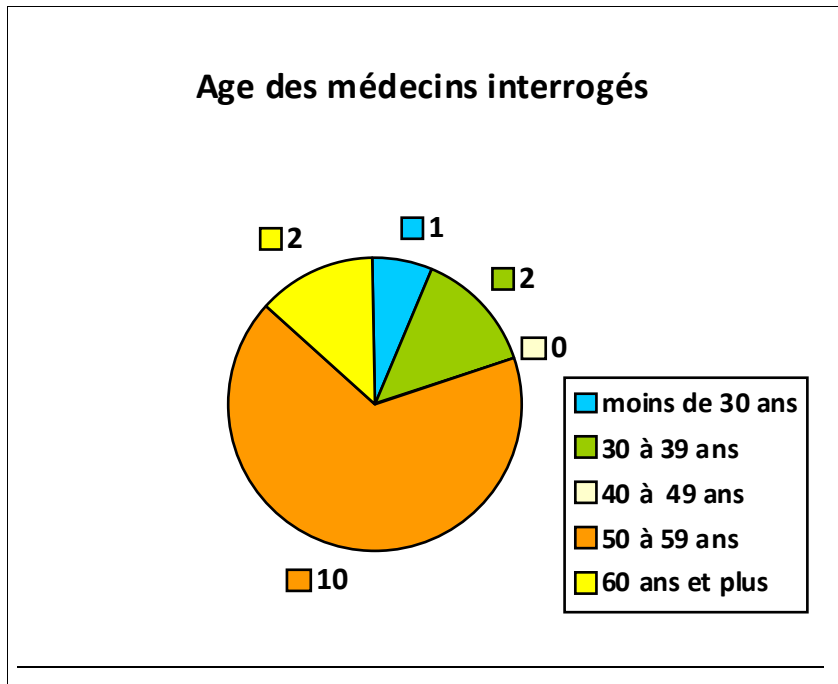
2.1.3 Description de l'échantillon

L'échantillon final était constitué de quinze médecins, âgés de vingt-huit ans à soixante-quatre ans.

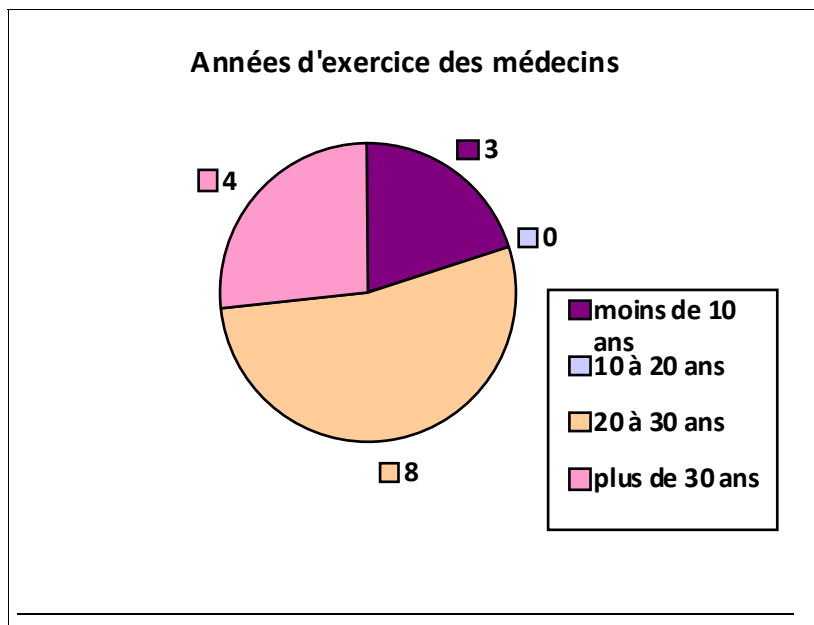
2.1.3.1 Sexe des médecins interrogés



2.1.3.2 Age des médecins interrogés



2.1.3.3 Nombre d'années d'exercice



2.1.3.4 Répartition géographique des lieux d'exercice

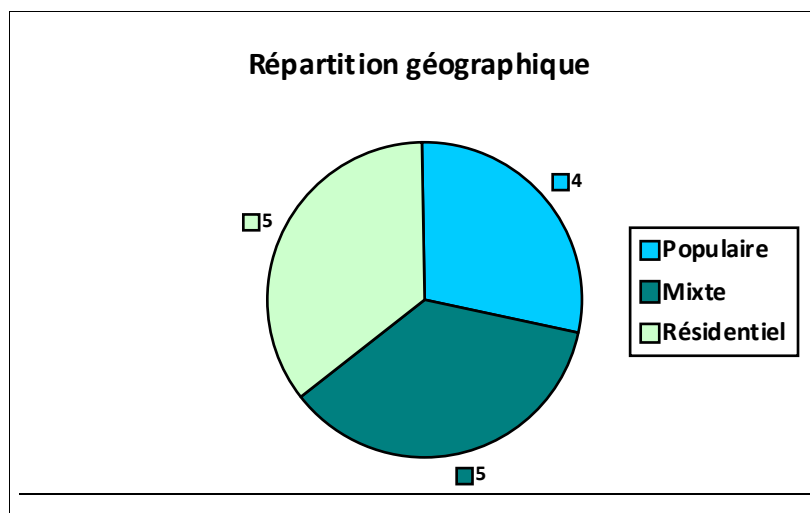
Nous avons effectué une répartition en fonction de la connaissance que nous avons des villes d'exercice et de l'aspect du quartier où étaient installés les médecins.

Trois types de quartier ont pu être définis :

-quartier résidentiel: avec une population relativement favorisée, habitat fait de maisons individuelles ou d'appartement de bon standing

-quartier populaire: avec une population plus défavorisée, immeubles à loyer modéré..

-quartier mixte: avec juxtaposition des deux types précédents d'habitants et de logements.



2.1.3.5 Mode d'exercice et fonctions universitaires

Concernant le mode d'exercice :

-un médecin était salarié (dans un dispensaire)

-deux médecins étaient remplaçants

-les douze autres médecins de l'échantillon étaient installés en cabinet.

Concernant les fonctions universitaires :

- quatre médecins étaient enseignants à la Faculté de Médecine et maitres de stage
- un médecin était enseignant à la Faculté de Médecin mais n'était pas maitre de stage
- les dix autres médecins n'exerçaient aucune fonction universitaire.

2.1.3.6 Tableau récapitulatif

	Sexe	Remplaçant ou Installé	Age	Durée D'exercice	Quartier	Spécialités de prédilection	Fonctions annexes
A	Femme	installée	55ans	22 ans	résidentiel	-pédiatrie -gynécologie -gériatrie	-Espace Jeune santé -Enseignante -Maitre de stage
B	Homme	remplaçant	36 ans	5 ans	mixte	-toutes spécialités -médecine du sport	non
C	Homme	installé	56 ans	32 ans	mixte	-rhumatologie -endocrinologie	-Maison de retraite -Enseignant -Maitre de stage
D	Homme	installé	58 ans	31ans	résidentiel	-gériatrie -pédiatrie -médecine du sport	-Maison de retraite -Enseignant -Maitre de stage
E	Femme	installée	51 ans	26 ans	populaire	-gynécologie -VIH -toxicomanie -diabète	-Centre IVG et contraception -Maison solidarité -Enseignante -Maitre de stage
F	Femme	remplaçante	30 ans	5 mois	populaire	-toutes les spécialités	non
G	Femme	salariée (centre de santé)	28ans	2 ans	mixte	-toutes les spécialités	-Réseau pour sujets âgés et handicapés
H	Femme	installée	59 ans	29 ans	mixte	-toutes les spécialités -gynécologie	-Enseignante
I	Homme	installé	59ans	30 ans	résidentiel	-toutes les spécialités	non
J	Femme	installée	56 ans	30 ans	populaire	-gériatrie	non
K	Homme	installé	64ans	37 ans	résidentiel	-toutes les spécialités	non
L	Homme	installé	52 ans	28 ans	résidentiel	-toutes les spécialités -gériatrie -hypnothérapie	non
M	Femme	installée	57 ans	26 ans	populaire	-toutes les spécialités -pédiatrie	non
N	Homme	installé	57 ans	30 ans	résidentiel	-toutes les spécialités	-Maison Personnes Handicapées -Crèches
O	Homme	installé	60 ans	34 ans	mixte	-toutes les spécialités -mésothérapie	-Maison de retraite

2.2 Analyse thématique des entretiens

Nous allons maintenant présenter les résultats de l'analyse thématique des entretiens. Les médecins, lorsqu'ils seront cités, apparaîtront avec une lettre dans l'ordre chronologique des entretiens. Ainsi, le premier médecin interviewé sera le Dr A, le deuxième le Dr B et ainsi de suite. Les citations seront présentées entre guillemets et en italiques pour être localisées plus facilement.

2.2.1 Ressenti des médecins concernant l'hypertension

Au travers des entretiens, la prise en charge de l'hypertension des patients très âgés semblait articulée autour du principe de « tolérance liée à l'âge ».

Le mot «tolérance» (ou des termes synonymes) a été employé à plusieurs reprises.

Dans l'ensemble, les médecins ont employé des valeurs-seuils plus élevées pour définir l'hypertension et débiter le traitement, ont fixé des objectifs tensionnels plus élevés, et ont modifié le traitement avec une plus grande précaution que chez des patients plus jeunes.

2.2.1.1 L'hypertension : physiologique ou pathologique ?

L'hypertension artérielle a longtemps été considérée comme parfaitement physiologique chez les personnes âgées, en raison du vieillissement des tissus artériels. De ce fait, des générations de médecins ont reçu comme enseignement que des chiffres tensionnels élevés étaient normaux et que le traitement antihypertenseur était inutile, voire néfaste, dans cette classe d'âge.

Ce concept d'hypertension artérielle «physiologique donc à respecter» a été directement abordé par le docteur D:

«Moi, je suis de la génération ou on disait qu'il ne fallait pas trop traiter et que- en gros- à 80 ans on peut avoir 18 de tension, à 70 ans on peut avoir 17 et à 60 ans on peut avoir 16. On pensait en plus que les artères scléreuses nécessitaient une pression supérieure ».

Au cours des entretiens, certains médecins ont indiqué que –chez les patients très âgés et en comparaison avec des patients jeunes- ils ne s'alertaient pas en présence de chiffres

tensionnels moyennement élevés et ne considéraient pas vraiment ces chiffres comme révélateurs d'une hypertension à traiter.

Le principe d'hypertension artérielle « physiologique avec l'âge » est donc peut-être encore présent.

-« Quelqu'un qui prend de l'âge et qui a 16 17 de tension systolique par exemple-évidemment s'il n'est pas à 12 de diastolique-je me dis « Ouais, c'est son âge, n'est peut-être pas la peine d'en rajouter et de créer un risque iatrogène alors que cela ne me paraît pas très anormal. »(Dr E)

-« Une systolique élevée chez les personnes âgées, c'est fréquent et normal à cause du problème des artères qui se rigidifient. Donc, il ne faut pas les traiter trop fort parce que – dans ce cas là-on les casse. »(Dr I)

-« Une personne qui arrive avec 160 à plusieurs reprises, elle repart à 160 et sans médicaments de ma part. »(Dr L)

-« Ah si, par contre il y a des gens qui ont des chiffres de tension un peu élevés un peu limites et je prends quand même beaucoup de temps avant de décider de mettre un traitement, en tous cas plus que chez quelqu'un de jeune. »(Dr E)

-« C'est-à-dire que quelqu'un qui est à 16, je ne suis pas sûre que je vais forcément aller le traiter. »(Dr J)

2.2.1.2 Tolérance pour les valeurs tensionnelles

*Tolérance pour le diagnostic et la mise en route du traitement

Chez les patients très âgés, la valeur-seuil employée pour établir le diagnostic formel d'hypertension était variable d'un médecin à l'autre, et le plus souvent supérieure au «14/9» utilisé pour des patients plus jeunes.

Citons quelques exemples :

-« Mais moi, je considère que chez la personne de plus de 80 ans, on doit faire quelque chose quand elles ont plus de 18 (...)Il faut faire quelque chose mais cela ne paraît jamais très urgent.(...) On ne part pas des chiffres usuels de 14/9 chez quelqu'un de plus jeune. Moi, au-delà de 18, je considère qu'il y a un problème. »(Dr N)

-« Entre 16 et 17 de systolique et 9 de diastolique.(...)14/9 à 80 ans, moi, je ne traite pas. 14/9 à 32 ans, cela représente un risque. Mais 14/9 à 80 ans, foutez-lui la paix et puis c'est tout... »(Dr K)

-« Mais admettons que ce soit un nouveau patient et qu'on lui trouve une tension euh...Au-delà de euh...mettons 16, 17. On répète, on vérifie euh.... »(Dr M)

-« Chez les jeunes, c'est 140/90 de manière moderne et je veux bien. Mais pour la personne âgée, je suis resté très «vienne école» donc c'est plutôt 160/95 »(Dr L)

-«Sinon, c'est quand un patient a une systolique supérieure à 150mmhg et une diastolique supérieure à 8,5 (....)Et bien euh...Oui, il y a une petite tolérance... »(Dr H)

-« Je leur prends la tension. S'ils ont une hypertension, je leur dis qu'ils sont hypertendus. Non, en fait, il y a une certaine tolérance....Des fois ils auront simplement 15 donc on reconrole. »(Dr C)

*Tolérance pour les objectifs tensionnels

La majorité des médecins interrogés a déclaré utiliser chez les personnes très âgées des objectifs tensionnels plutôt stricts, assez proches de ceux des patients jeunes.

Toutefois, en pratique, comme nous le verrons plus loin avec l'analyse du cas clinique, les objectifs réellement fixés étaient souvent moins restreints en situation concrète.

Citons pour exemples :

-« Je reprends les même chiffres , 14/9. »(Dr A)

-« Grosso modo, une systolique autour de 14, sauf insuffisance rénale ou diabète. Et encore.. »(Dr B)

-« Toujours la même chose, c'est 14, 15 maximum. S'il est fixé à 15 depuis des années, je ne l'embête pas. Mais normalement , c'est 14 maxi. »(Dr O)

-«Moi, mon objectif, c'est 15/9.Mais euh, voilà.... Cela ne veut pas dire que je l'obtiens.(Rires)C'est l'objectif qui est gravé dans ma tête, oui. »(Dr E)

A contrario, les autres médecins ont précisé qu'ils étaient plus conciliants concernant les objectifs tensionnels sous traitement. Ils nous ont expliqué qu'un traitement antihypertenseur «trop optimal» pouvait entraîner un déséquilibre délétère, puisque l'organisme des patients très âgés s'était adapté à l'hypertension.

-«Et après, si j'arrive à un chiffre inférieur à 18, moi je ne touche plus à rien.(...)Ben, moi, je considère que si j'arrive à les faire descendre en-dessous de 17 et que la diastolique est aux alentours de 9, je suis content. »(Dr N)

-«Les chiffres qui me permettaient de dire autrefois qu'il y avait une hypertension, 16/9,5. Le 9,5, si je peux le baisser un petit peu, ce n'est pas plus mal. Mais en tous les cas, la

systolique, non! Ils ont besoin de leur 16, ils en ont besoin parce qu'ils vivent avec...Si on fait trop baisser la systolique, il y a une hypo perfusion cérébrale et...Allez, disons 16/9 ... »(Dr L)

-« Moi, 16/8, cela me paraît bien.(...) je ne demanderais vraiment pas plus.(...)Moi, je suis un peu plus magnanime. Et je leur permets un peu plus... »(Dr K)

-«Sinon, c'est sur que les objectifs à atteindre sont toujours plus modérés que pour les gens plus jeunes.(...)On va dire 15, 16 c'est bien. Il ne faut pas aller en dessous. Chaque fois qu'on les met en dessous ..Tous ceux que l'on tient à 10 ou 11, ils sont très mal. Le cardiologue il est content, mais pas le malade.»(Dr M)

-« Et quand je remplaçais, le problème c'était que cela dépendait des médecins que je remplaçais en fait. Les médecins n'ont pas du tout, tous, la même tolérance à l'hypertension que d'autres. Il y a des médecins qui ont tous leurs patients à 16 et d'autres dont tous les patients sont en dessous de 14.»(Dr G)

Par ailleurs, pour certains, les chiffres de l'objectif tensionnel devaient dépendre de la présence d'autres facteurs de risque cardiovasculaires, de complications cardiovasculaires ou de signes fonctionnels lié à l'hypertension.

-« Si j'ai bien lu les textes, on est censé avoir les mêmes objectifs tensionnels. Disons que, instinctivement, j'aurais tendance à être plus laxe, en fonction aussi des autres facteurs de risque. Bien entendu, si je sais que c'est quelqu'un qui a déjà des antécédents cardiovasculaires ou des antécédents neurologiques, je vais avoir des exigences de chiffres plus proches des canons des sujets jeunes. Sinon, c'est vrai que je vais assez facilement laisser les personnes âgées à 16 à partir du moment où c'est bien toléré et où il ne semble pas qu'il y ait d'autres facteurs de risque. »(Dr D)

Enfin, l'un des médecins interrogés gérait tous ses patients comme s'ils avaient atteint d'emblée l'objectif tensionnel, ceci pour ne pas avoir à modifier le traitement.

A cours de l'entretien, il nous a expliqué être réfractaire à l'idée de devoir majorer un traitement antihypertenseur chez un patient très âgé. Il estimait que-chez ces patients-une tension artérielle optimale n'avait pas d'intérêt, et il craignait la survenue d'effets indésirables iatrogènes. Il nous a donc précisé que -pour éviter de devoir majorer le traitement-il modifiait volontairement les chiffres tensionnels mesurés à son cabinet, pour qu'ils soient systématiquement inférieurs ou égaux à son objectif tensionnel 16/9.

De même, la modification du traitement n'était envisagée qu'en dernier recours, lorsque le patient présentait des symptômes liés à l'hypertension.

Enfin, lorsqu'un patient l'appelait suite à des chiffres tensionnels élevés constatés à domicile, ce médecin l'adressait directement à un cardiologue.

Dr L : « Franchement, je m'arrange pour que mon appareil à tension se limite à 16/9(Silence). Je n'ai jamais été dans une escalade parce que je me ...Il n'y a pas besoin d'escalade.(Puis chuchotements). Enfin, cela s'arrête là. Bon, écoutez, il faut savoir ce que l'on veut...Voilà, d'un autre coté, il faut savoir ce que l'on veut .(...)Mais ils ont 80 balais donc au-delà , laissons les tranquilles..... »

(...)

-Dr L : «Moi, ce qui m'intéresse, c'est si le patient se plaint et reste symptomatique malgré le traitement. S'il me dit : « Docteur, je ne me sens pas bien » et que je constate un changement négatif lié à l'hypertension, je vais augmenter le traitement ou passer à une bithérapie.(...) Honnêtement, je vous le dis, je n'ai peut-être pas assez de recul ou pas assez d'expérience ou je me le suis caché pour ne pas avoir ce type de problèmes en face. Mais là, par contre, je n'en ai pas l'expérience. Je vous dis, j'ai peut-être fermé les yeux ou fait semblant de ne pas comprendre. »

(....)

-Dr L : « Les miens le sont tous(équilibrés sous traitement). Non , je vais vous dire, les miens le sont tous parce que-honnêtement-(Chuchotement)on essaie de ne pas voir.. »

-E : « De ne pas quoi ? »

-De L :(Avec un ton plus fort) « De ne pas voir....C'est-à-dire que quand ce sont des hypertensions réfractaires et que je les ai au téléphone, je leur dis d'aller voir le cardio. »

(....)

-Dr L : « Mais finalement, je m'arrange pour ne pas avoir à modifier le traitement parce que je le fais toujours à contrecœur. »

2.2.2 Ressenti des médecins concernant les bénéfices du traitement

Tous les médecins interrogés ont indiqué qu'il leur paraissait utile de traiter les personnes hypertendues très âgées, en raison des principaux bénéfices du traitement: prévention des accidents vasculaires cérébraux, des poussées d'insuffisance cardiaque, des cardiopathies ischémiques, des démences, des complications néphrologiques et ophtalmologiques.

2.2.2.1 Un intérêt primordial : prévenir les AVC et leurs complications

Pour les médecins interrogés, le principal intérêt du traitement antihypertenseur chez les personnes très âgées était d'éviter la survenue d'accidents vasculaires cérébraux.

Certains médecins ont même fait référence au traitement antihypertenseur comme à une véritable «avancée de la médecine», ayant réduit la survenue des AVC hypertensifs, autrefois fréquents, pourvoyeurs d'handicap, de perte d'autonomie et d'une altération de la qualité de vie des patients âgés.

Citons pour exemples :

-« Si, je pense que c'est utile, ce d'autant que les tissus vieillissants ont une fragilité plus grande, au risque d'accidents vasculaires cérébraux hémorragiques d'une part. »(Dr B)

-« Ma réponse est oui, le traitement est utile. Et les bénéfices concernent les accidents vasculaires cérébraux. Je fais partie d'une génération de médecins qui avaient dans la clientèle quand je suis arrivée en 1978 une vingtaine de patients hémiplésiques hypertensifs. Cela, on ne le voit plus actuellement. »(Dr C)

-« Il semble que les derniers travaux montrent quand même qu'on a intérêt-en terme de morbidité- à traiter l'hypertension des sujets âgés comme pour celle des sujets jeunes.(...) Eviter l'insuffisance cardiaque et puis essayer au maximum de limiter les risques d'accidents vasculaires sur les poussées hypertensives. »(Dr D)

-«Et bien, s'il n'est pas dangereux, le traitement peut être utile, on va dire ça comme cela.(Rires).C'est pour prévenir les AVC évidemment..(...) D'après ce que j'ai lu, il y a quand même beaucoup moins d'hémiplégie qu'avant dans nos patients, et beaucoup moins de patients lourdement handicapés par un accident vasculaire cérébral et qui n'ont pas réussi à récupérer.»(Dr E)

-« Et puis, il y a surtout le problème de l'accident vasculaire cérébral.(...)S'ils meurent, bon ben ils sont morts et puis c'est tout ..S'ils restent des légumes vivants et qu'on va être obligé

de les pousser sur des chaises pendant des années et des années...Ce n'est pas un problème de cout, c'est un problème moral aussi bien pour la collectivité que pour la famille. Parce que le papy qui -à 85 ans- décède d'un seul coup, bon ben, il est décédé il est décédé..Mais le papy qu'on voit pendant sept ans ou huit ans grabataire , c'est dur.. »(Dr K)

2.2.2.2 Les autres bénéfices du traitement

Au-delà de la prévention des AVC, les médecins ont mis en avant d'autres intérêts du traitement antihypertenseur. Celui-ci apparaît comme bénéfique pour le fonctionnement d'organes vitaux- comme le cerveau et le cœur- et d'organes non vitaux mais essentiels à la vie des patients, comme les reins et les yeux :

-« Je pense que c'est utile.(...)Je pense profondément qu'il faut quand même les traiter.(...)Les bénéfices sont cardiologiques, néphrologiques, ophtalmologiques.(....)Ah, oui, les démences aussi. C'est important à cet âge »(Dr A)

-« Ensuite, pour l'usure de la tuyauterie dans les autres organes, je sais un peu moins bien. Mais je suppose qu'à cet âge là, tous les autres vaisseaux sont plus fragiles. Une hypertension bien contrôlée doit permettre de ralentir le vieillissement des organes. Cela doit être un peu équivalent à un gain de chance. »(Dr B)

-« Oui, après il y a tout ce que l'on ne voit pas. Les AVC c'est ce que l'on voyait. Mais il y a aussi un intérêt pour les reins, les yeux et tout ce que l'on veut. Cela, c'est clair. »(Dr C)

-« (...)peut-être les infarctus, peut-être la démence d'origine vasculaire. Et voilà, je crois que c'est tout. Et l'insuffisance rénale aussi, quand même. »(Dr E)

-«(...)et des œdèmes pulmonaires, qui sont favorisés par des crises hypertensives. Voilà, euh....Il me semble que les études ont montré qu'il y a un intérêt à traiter la tension quel que soit l'âge..... »(Dr G)

-«(...)pour la prévention des poussées d'insuffisance cardiaque de type diastolique et pour aussi....Enfin, marginalement....Je ne sais pas vraiment mais on dit que cela améliore les performances cognitives pour des patients chez lesquels ce serait le facteur essentiel. »(Dr H)

Avec une vision plus globale, le traitement antihypertenseur était aussi considéré comme pourvoyeur d'une meilleure santé donc, d'une meilleure qualité de vie :

-« Non, sérieusement, cela permet de supprimer un certain nombre de facteurs de risque. A 80 ans...On se trouve actuellement en 2009 avec une clientèle qui est de plus en plus âgée. (...).Aujourd'hui, on a des centenaires. L'espérance de vie est de plus en plus longue. Donc, autant leur permettre de finir leur vie dans des bonnes conditions. Si on les laisse avec une hypertension artérielle –qu'elle soit systolique, diastolique ou les deux- on diminue leurs chances de bonne santé. »(Dr K)

2.2.2.3 Des bénéfices limités dans certaines situations

L'un des médecins interrogés a émis des réserves concernant l'intérêt de traiter -chez une personne très âgée-une hypertension artérielle si elle était « peu élevée», sans signes fonctionnels ou non compliquée.

D'après lui, ces réserves étaient fondées sur deux notions :

*les bénéfices réels d'un traitement antihypertenseur, dans ces conditions, n'avaient pas été parfaitement démontrés

*le traitement était souvent plus délétère que bénéfique en raison des complications iatrogènes. Pour lui, les complications iatrogènes étaient plus fréquentes et plus graves que celles occasionnées par une hypertension non traitée.

Ce médecin estimait que la mise en route du traitement antihypertenseur ne dépendait pas que des chiffres tensionnels.

Selon lui, l'institution d'un traitement ne se justifiait que dans trois circonstances :

1)une hypertension artérielle élevée (supérieure à 180)

-«La personne qui vient pour un trouble hypertensif vérifié et qui est très autonome, ça vaut la peine de la traiter si la tension artérielle est vraiment très élevée. Sinon, je ne sais pas si on lui apporte vraiment un bénéfice et je ne suis pas très chaud....(...) »(Dr L)

2)une hypertension artérielle symptomatique

-« 160 à 180, si c'est très bien supporté, je ne vais pas l'enquiquiner. » (Dr L)

3)une hypertension artérielle compliquée

-«Et la personne chez laquelle il y a une souffrance-dans le cadre de l'urgence-neuf fois sur dix, elle va à l'hôpital. Quand elle revient me voir avec le traitement, je maintiens le traitement parce qu'elle est indemne, parce que si j'arrête le traitement et qu'il y a un pépin, j'engage ma responsabilité déontologique. »(Dr L)

2.2.3 Ressenti des médecins concernant le rapport bénéfices/risques du traitement

Tous les médecins interrogés ont convenu que le traitement antihypertenseur pouvait induire un risque iatrogène réel chez les patients très âgés, mais -pour la grande majorité d'entre eux- le risque encouru était «surpassé» par les bénéfices attendus du traitement.

Les principaux risques iatrogènes retenus par les médecins étaient l'hypotension artérielle orthostatique (avec ses potentielles complications : chute, traumatisme), et la déshydratation.

Citons pour exemples :

-« En fait, je pense qu'à partir du moment où l'on est un peu systématique et qu'on évite le «renouvellement sans réfléchir», qu'on essaie de bien adapter le traitement choisi et la posologie, le rapport est plutôt en faveur du bénéfice du traitement. »(Dr B)

-« Le rapport est bon et en faveur des bénéfices. Je veux dire euh....Si on prend les précautions d'usage habituelles et qu'on ne prescrit pas n'importe quel antihypertenseur, il n'y a pas de raison à priori que ce soit néfaste. Moi, la plupart des patients hypertendus âgés, ils ont un traitement et je peux vous dire qu'il y a peu ou pas d'effets secondaires. »(Dr O)

-« Je pense que c'est un bon rapport. On a mis très longtemps à traiter l'hypertension artérielle chez ces patients par crainte de l'hypotension orthostatique mais je pense que les hypotensions sont dues à la polymédication, à des épisodes de déshydratation, et que ce n'est pas seulement l'effet des médicaments. Cela peut être aussi un du à un sur-traitement, ce qui arrive quelques fois. »(Dr H)

« Si le risque est pris uniquement en voulant obtenir des chiffres « administratifs», je ne prendrais pas ce risque là. Si le risque a pour objectif d'améliorer vraiment le patient, je pense qu'il faut le traiter. »(Dr L)

-« Si on se fixe un objectif trop bon, je trouve que là, il y a plus de risques à trop bien traiter qu'à ne pas traiter, à la limite. » (Dr M)

2.2.4 Description de la prise en charge des patients

2.2.4.1 Place de la MAPA et de l'automesure tensionnelle

Pour les médecins interrogés, la MAPA et l'automesure tensionnelle -préconisées par les recommandations pour confirmer l'hypertension- avaient une place plutôt limitée dans la prise en charge des patients hypertendus très âgés.

La plupart des médecins ne trouvait pas nécessaire de confirmer systématiquement par l'une de ces techniques le diagnostic d'hypertension déjà posé au cabinet.

D'ailleurs, plusieurs d'entre eux ont insisté sur les difficultés d'emploi de ces méthodes chez des patients très âgés, en raison du recours plutôt coûteux au cardiologue (pour la MAPA) et en raison des troubles cognitifs des patients (pour l'automesure tensionnelle).

Les quelques médecins utilisant ces techniques ont indiqué employer surtout l'automesure tensionnelle, et ceci essentiellement en cas de doute sur la réalité de l'hypertension.

Enfin, certains médecins ont indiqué qu'ils préconisaient à leurs patients d'acheter un tensiomètre personnel, pour surveiller eux-mêmes leurs chiffres tensionnels sous traitement.

Citons pour exemples :

-« Moi, cela dépend des personnes âgées et il y a plusieurs méthodes. Par exemple, s'il y a un domicile un appareil d'automesure, je tiens à ce que le patient l'utilise. Qu'il fasse trois fois trois mesures pendant trois jours, avec des chiffres écrits, ce qui est parfois difficile à obtenir. Pour la MAPA, je pense que je ne l'ai pas demandé souvent. » (Dr A)

-« Moi, je préconise beaucoup les appareils. Ils coutent vingt euros. Il y a des pharmaciens qui les font pas chers dont je connais les adresses, donc je le fais savoir aux patients. » (Dr C)

-« Chaque fois que j'ai un doute, je fais pratiquer l'automesure, en tous cas quand je suis à peu près sûr que cela va suivre sur le plan cognitif. J'ai plusieurs tensiomètres depuis plusieurs années, que je prête volontiers aux patients et cela avant même que je sache que l'automesure existait. » (Dr D)

-« Oh, non. Pas la MAPA. D'abord, ce n'est pas remboursé. Ensuite, cela les met entre les mains du cardiologue qui va donner un traitement. Hou là là...Non, pas de MAPA !!(...)(L'automesure tensionnelle)Oui, mais c'est un peu compliqué. Il faut bien voir...On peut leur en prêter. Sinon c'est vrai qu'au dispensaire ou avec certains pharmaciens...Mais moi, je préfère faire attention. Je préfère les voir plus souvent tranquillement que de leur faire faire ça. »(Dr E)

2.2.4.2 Bilan préthérapeutique et cardiovasculaire

Les médecins interrogés ont indiqué qu'ils réalisaient chez les patients très âgés un bilan standard, comparable au bilan des patients hypertendus jeunes.

Ce bilan reposait essentiellement sur une recherche des autres facteurs de risques cardiovasculaires (diabète, dyslipidémie), une recherche de complications liées à l'hypertension(électrocardiogramme voire échographie cardiaque, protéinurie/microalbuminurie, examen ophtalmologique) et sur la réalisation d'examens préthérapeutiques(recherche de troubles ioniques et évaluation de la fonction rénale).

Il faut aussi noter que, pour certains médecins, le dépistage et le traitement d'une dyslipidémie ne présentent pas d'intérêt chez les personnes hypertendues très âgées, du fait de fréquents troubles alimentaires préexistants(anorexie, dénutrition...).

Citons quelques exemples :

-« Un bilan cardiologique et ophtalmologique. Un examen clinique, biologique. En biologie, en général, je fais créatinine, urée-pas toujours l'urée d'ailleurs, la clairance(...) puis je fais toujours un dosage du potassium. Il m'arrive de doser la microalbuminurie et je fais aussi un bilan pour rechercher les autres facteurs de risque cardiovasculaires avec l'exploration d'une anomalie du bilan lipidique. »(Dr A)

-«(...) après, pour le bilan que je ferais, il y aurait un bilan ionique pour voir s'il n'y a pas des répercussions sur le rein. Il faudrait aussi une échographie cardiaque, et vérifier l'état vasculaire par un écho-doppler des troncs supra-aortiques. Peut être aussi un fond d'œil. »(Dr B)

-« Euh.....Je fais un bilan rénal, une radiographie pulmonaire, un ionogramme sanguin, une créatinine, une protéinurie. Euh...Et puis un électrocardiogramme s'il n'y en a pas de récent ou si la personne.....Enfin, je le programme....Cela ne m'empêche pas de traiter. Parce que je ne peux pas faire d'électrocardiogramme au dispensaire.(.....) Ah oui, j'ai oublié de dire dans le bilan que je dépiste toujours un diabète et le cholestérol. Non, le cholestérol à plus de 80 ans, je ne le dépiste pas, parce qu'il ne faut pas le traiter. Je ne sais pas si c'est vrai d'ailleurs.... »(Dr G)

-« Moi, je l'adresse au cardiologue(...)Il faut que je vérifie un peu le iono, puisque l'un de mes premiers traitements, c'est les diurétiques. Il faut quand même vérifier. « (Dr N)

2.2.4.3 Règles hygiéno-diététiques

Concernant les règles diététiques, les médecins ont indiqué intervenir surtout chez les patients ayant une consommation de sel manifestement excessive, en leur proposant une diminution raisonnable des apports sodés.

Plusieurs médecins ont précisé qu'il ne fallait pas proposer un régime désodé strict, à risque d'hypotension et d'inappétence alimentaire chez ces patients souvent déjà dénutris.

Citons pour exemples :

-« Le coté sans sel ? Non. Quand ils sont en surpoids, je leur dis de regarder un petit peu moins la télé, de faire un peu attention. Mais l'histoire du sans sel, non non. Il est rare qu'à ces âges-là, ils aient la salière. Ils mangent un tout petit peu salé parce que c'est des plats tout prêts. Mais je crois qu'insister, ça pourrait donner une hypovolémie, puis une hypotension artérielle. Et l'hypotension artérielle, c'est le col et cela ne m'intéresse pas de les revoir au bout de cinq semaines avec des prothèses et huit semaines après avec des escarres. »(Dr L)

-« Oui, et bien, une alimentation moins salée, voilà....Donc, de diminuer le sel de l'alimentation.(..)Par rapport au diabète, je donne des conseils s'il y en a un. Mais s'il n'y en a pas, je trouve que le principal problème des personnes âgées, c'est qu'elles perdent trop de poids plutôt qu'elles n'en prennent. Donc, je ne donne pas trop de conseils quand elles ne sont pas diabétiques.(...)le régime sans sel strict, ça je ne le prescris pas du tout. »(Dr G)

-« Honnêtement, je ne vais pas leur donner des règles hygiéno-diététiques majeures parce que ce sont déjà des gens qui se nourrissent quelque fois un peu de bric et de broc. Ce que

j'essaie déjà, c'est d'éviter qu'ils mangent salé. Quand on s'aperçoit qu'ils mangent vraiment très salé, on peut effectivement intervenir. »(Dr J)

-« On insiste toujours sur le sel, de toute façon. Et puisEnfin bon, le sel de façon simple. J'essaie de ne pas parler de régime sans sel. D'une part cela fait peur, d'autre part c'est délétère. J'essaie d'éviter la bouteille d'hépar ou la bouteille de quezac systématique, car c'est quasiment de l'eau de mer. Donc, essayer de diminuer les apports en sel inutiles par les charcuteries, par les fromages, par les conserves. Essayer d'inciter-le cas échéant- à passer plus aux surgelés qu'aux conserves pour limiter l'apport de sel. Et surtout ne pas prononcer le mot «régime sans sel» car j'ai peur de l'excès. Et pour le reste, déjà s'assurer que les gens mangent correctement, qu'ils ne sautent pas de repas, qu'ils ont une alimentation équilibrée, suffisante pour leur âge et pour le niveau d'exercice qu'ils ont. »(Dr D)

Pour certains médecins, un régime alimentaire pourrait être source de privations, donc d'une altération de la qualité de vie indispensable des patients très âgés.

-« Moi, ma politique, à cet âge -là, c'est « tout ce qui peut être pris est à prendre». A mon avis, priver les gens de quelque chose, c'est leur enlever quelque chose à la fin de leur vie....Après, bon, ça c'est philosophique. Si eux sont d'accord après pour faire un effort, pourquoi pas ?Mais en sachant que, ce qui leur fait plaisir permet qu'ils continuent à se faire plaisir. ..Il ne faut pas abuser non plus et trop les restreindre. »(Dr N)

Par ailleurs, le Dr C a indiqué qu'il ne proposait pas vraiment de règles hygiénodiététiques aux personnes âgées. Pour lui, ce choix se justifiait par la volonté de respecter la liberté et la qualité de vie des patients, plutôt que par la crainte d'induire une anorexie ou une dénutrition

:

-« Pas beaucoup. D'abord parce que je n'aime pas que l'on rentre dans ma vie, donc je n'aime pas rentrer dans la vie des autres...Je veux dire par là que dire aux gens que «Il ne faut pas manger trop salé, bougez-vous, marchez, faites du sport, buvez », ça oui, bien sur. Après, être plus incisif, ce n'est pas dans ma façon de voir la vie. Je trouve que les gens, s'ils ont envie de manger du gras, ils mangent du gras. Après on décide de traiter ou pas. Mais est ce que la vie vaut d'être vécue dans la privation?(.....)Je trouve qu'à un moment, il faut laisser les gens manger, vivre. Pas dans la folie non plus.(....)Et en plus, il faut qu'ils adhèrent. A mon avis, c'est plus simple de donner un petit médicament . »

2.2.4.4 Traitement pharmacologique

Une fois le diagnostic d'hypertension établi, tous les médecins ont indiqué proposer un traitement pharmacologique aux patients très âgés.

Concernant la classe thérapeutique choisie, aucun consensus n'est ressorti des entretiens.

Variable d'un médecin à l'autre, le choix du traitement n'était pas basé sur les recommandations officielles. Il dépendait plutôt des effets indésirables imputés aux molécules rejetées, des effets positifs attribués aux molécules choisies, des expériences professionnelles des médecins et des habitudes de prescription prises.

Nous allons donc tenter de d'établir les arguments avancés par les médecins pour justifier leurs choix, «le pour et le contre» concernant la prescription des différentes classes thérapeutiques.

***LES DIURETIQUES**

Le « pour »:

-«Un patient qui n'a pas d'antécédent à part l'hypertension, je vais lui proposer un diurétique thiazidique en première intention. Ou éventuellement un inhibiteur de l'enzyme de conversion. Si j'ai peur qu'il se déshydrate trop... »(Dr G)

-«J'aime bien aussi les diurétiques, mais c'est vrai qu'on est emmerdé avec la canicule et avec les fonctions rénales qui se dégradent aussi. Moi, je continue de prescrire facilement des diurétiques.»(Dr E)

Le « contre » :

-« Je me méfie des diurétiques et, du fait des effets indésirables, je n'en prescris pas très souvent . »(Dr A)

-« (...)et les thiazidiques font uriner, en particulier les patients ayant des problèmes de prostate. »(Dr C)

-« Le problème des diurétiques, c'est qu'ils ne sont pas toujours bien tolérés et qu'on a toujours peur de la prochaine canicule. Ensuite, en terme de confort, ce n'est pas idéal et

dans une tranche d'âge ou les problèmes de continence urinaire ne sont pas toujours bien contrôlés, cela peut être empoisonnant. »(Dr D)

-« Les diurétiques, ce n'est pas dangereux mais quand on tombe en période de canicule, on est un peu enquinés. Et que le maniement des diurétiques chez les personnes très âgées, ce n'est pas forcément ce qu'il y a de mieux. »(Dr N)

-« J'évite les diurétiques car cela favorise la déshydratation et les troubles ioniques. »(Dr H)

-« Il y a le problème des diurétiques qui ne sont parfois pas très bien supportés . »(Dr J)

***LES INHIBITEURS CALCIFIQUES**

Le « pour »:

-«Je crois qu'on peut donner des inhibiteurs calciques comme l'amlor.(....) C'est d'ailleurs pour cela que je prescris de l'amlor. J'en ai un peu l'expérience. C'est marrant parce que -au départ- c'est parce que j'ai discuté avec un médecin plus âgé maître de stage qui me disait que l'amlor est bien. Et comme on aime bien avoir des traitements rapidement efficaces et bien tolérés, j'ai commencé à prescrire de l'amlor et je m'y tiens . »(Dr B)

-« Euh....Mais j'aurais tendance à donner des calcium bloqueurs en première intention .(....) Et avec les calcium bloqueurs, je sais que je vais déclencher des maux de tête et surtout des œdèmes des membres inférieurs qui les inquiètent beaucoup, mais ça me semble quand même la classe qui parait la plus sécurisante chez un patient que je ne connais pas forcément très bien. » (Dr D)

-« (.....)soit un inhibiteur calcique. Si c'est une personne qui a 20 de tension et qui est symptomatique ou pas bien, je lui donnerais plutôt un inhibiteur calcique d'emblée car l'action est plus rapide qu'un IEC dont le délai d'efficacité est plutôt de deux semaines. Des petites doses d'inhibiteurs calciques, cela marche très bien pour des situations d'urgence.» (Dr I)

-« Maintenant, je reviens plus aux inhibiteurs calciques.(...)Et bien, j'ai l'impression que les inhibiteurs calciques sont mieux supportés et qu'avec je n'ai pas à faire lever trois fois une personne au cours de la nuit pour faire pipi, avec le risque de malaise. »(Dr L)

Le «contre» :

-«*Sauf que pour les patients, ce n'est pas facile à vivre. Les inhibiteurs calciques donnent des œdèmes(...)*Je suis d'accord sur le principe des recommandations, mais avoir des œdèmes, ce n'est pas agréable. » (Dr C)

-«*Je trouve qu'on prescrit plus d'inhibiteurs calciques. Avant ce n'était pas prouvé que cela avait un intérêt. Maintenant ça l'est. Le problème, c'est quand cela fait gonfler les jambes donc ce n'est pas toujours bien supporté.* »(Dr E)

***LES IEC et ARA 2**

Le « pour » :

-«*Chez un patient sans antécédent, ce sera un IEC ou un ARA, genre préterax(...)*De part le peu d'inconvénient que cela a. Pas comme les grands diurétiques type hydrochlorothiazides. »(Dr C)

-«*(...) ou un IEC comme le ramipril en commençant à toutes petites doses. Avec, l'IEC, c'est intéressant d'avoir l'effet protecteur cardiaque.* »(Dr G)

-«*C'est souvent la famille des IEC ou ARA. Parce que ce sont des produits qui sont quand même relativement bien supportés. En sachant que –maintenant-je me suis aperçu qu'avec les histoires d'insuffisance rénale, il fallait aussi un peu se méfier. Ce qu'on nous disait pas il y a un certain temps, d'ailleurs et c'est relativement récent. Il y a le problème des diurétiques qui ne sont parfois pas très bien supportés. Donc, je prescris plutôt des IEC ou des ARA.(.....) Cela a quand même un intérêt majeur, dans la mesure où il y a en plus une indication cardiaque et puis cela peut aussi être utilisé en première intention même en l'absence d'insuffisance cardiaque»* (Dr I)

-«*Et après, parfois des inhibiteurs de l'enzyme de conversion parce qu'ils ont une action sur le rein et qu'ils sont tous rénovasculaires.* »(Dr L)

Le « contre » :

-«*Je me méfie des IEC et des ARA dans cette tranche d'âge, même si j'ai vérifié la fonction rénale avant.* »(Dr D)

-«*Les IEC, ça m'ennuie toujours avec les débuts d'insuffisance rénale mais j'en ai qui sont sous IEC à très petites doses. Et aussi parce que c'est bon en cas d'insuffisance cardiaque.* »(Dr E)

-« Après les SARTANS et tout ça, je ne suis plus dans le coup...Le temps que j'en parle, il y a quinze molécules qui sortent. Enfin si, je sais, mais je ne sais pas bien les manipuler donc ce n'est pas la peine de jouer au...Non, je ne prends pas ce risque. »(Dr L)

***LES B BLOQUANTS**

Le « pour » :

-« Parfois des B-bloquants chez des patients avec une cardiopathie ischémique ou des troubles du rythme, mais toujours après avis cardiologique. »(Dr H)

Le « contre » :

-« Pour les B-bloquants, j'ai cru comprendre qu'il y avait de nouveaux B-bloquants qui ne ralentiraient pas la fréquence cardiaque. Mais on m'a tellement mis de choses dans la tête que j'hésite à les prescrire. Pour moi, une personne âgée est un insuffisant cardiaque potentiel. Et un insuffisant cardiaque, quand on vous dit pendant 15 ans «pas de B-bloquants » et qu'après on vous dit oui, il faut nous laisser un peu de temps. »(Dr L)

***LES ANTIHYPERTENSEURS CENTRAUX**

Le pour :

-« Je préfère un antihypertenseur d'origine centrale ou alors un inhibiteur de l'enzyme de conversion.(...)Enfin, après une cinquantaine d'années, chacun fait un peu...Enfin, il n'y a pas de critères bien définis. Je ne suis pas en train de dire que c'est à la tête du client. Mais quelque fois, on prescrit tel ou tel médicament. Et à quatre heures de l'après midi ou à cinq heures ou deux heures après, à la même personne à peu près, on va prescrire autre chose. Non pas parce que le délégué médical est passé par là entre temps. Mais parce qu'on a pas envie de prescrire la même chose. »(Dr K)

-«(...) l'hyperium ou des choses comme ça.(...)Parce que c'est une molécule qui n'a pas trop d'effets indésirables, qu'il n'y a pas trop de surveillance à les enquiquiner non plus. Parce que, la personne âgée, on ne la voit pas forcément au cabinet. Et il y en a pas forcément beaucoup qui sortent de chez elles. Donc, il faut voir tous ces aspects. »(Dr N)

-« Souvent, je commence par des traitements simples du style hyperium, des traitements à visée périphérique. Parce que, il y a très peu d'effets secondaires avec ces traitements : médiatensyl, hyperium, tout ça.(....)Ceci dit, je précise que je prescris encore, parce que cela

fait trente-quatre ans que j'exerce...Je prescris encore des anciens traitements, les antihypertenseurs du style aldomet, alphamethyl dopa. Qui sont peu prescrits mais qui pourtant sont assez efficaces. Ils peuvent donner une somnolence c'est vrai, mais dans ce cas-là, on le donne le soir et cela évite de donner des médicaments pour dormir. Cela marche assez bien. »(Dr O)

2.2.4.5 Délai d'évaluation

Il n'y avait pas de consensus concernant le délai nécessaire pour évaluer l'efficacité du traitement. D'un médecin à l'autre, le délai choisi était variable, allant de 15 jours à trois mois.

L'importance des chiffres tensionnels et la présence de signes fonctionnels étaient les principaux facteurs déterminant le délai d'évaluation. Plus les chiffres étaient élevés lors du diagnostic et plus les médecins souhaitaient revoir rapidement les patients, pour s'assurer de l'efficacité du traitement et de l'absence de complications hypertensives.

Par ailleurs, il faut noter que le délai de trois mois semblait être lié –le plus souvent- à une réalité économique et organisationnelle: en fait, les patients étaient reconvoqués tous les trois mois pour le renouvellement des ordonnances.

Citons pour exemples :

-« Je pense qu'avec le risque d'hypotension, il faut revoir le patient dans un délai de 15 jours, en le prévenant qu'il doit consulter en présence de signes cliniques d'hypotension. Sinon, un délai d'un mois me paraît bien. »(Dr B)

-« Après un mois. Je revois le patient à un mois pour recontrôler sa tension et faire le renouvellement. Et si c'est bon, après c'est tous les trois mois. »(Dr G)

-« Cela va dépendre des chiffres. Si c'est 22, je vais être pressé. Si c'est 18 bien toléré, c'est euh... En fait, c'est mon angoisse à moi, pas celle du patient(Rires) !En général, je ne prends pas de décision avant trois mois. »(Dr D)

-« Et bien, on ne fait jamais d'ordonnance de moins de trois mois, de toute façon. On fait toujours des ordonnances de trois mois ou un mois renouvelable deux fois. Donc l'évaluation se fait sur trois mois.(...)Sinon, c'est rare que je dise aux gens « je vous renvoie dans 15 jours pour reprendre la tension ». Sauf s'ils ont 19 ou 20 de tension ou des signes fonctionnels ou

une raison particulière, auxquels cas on attaque différemment. Mais dans la majorité des cas, ce n'est pas pressé. Cela fait déjà cinq ans qu'ils ont ces chiffres tensionnels....(....)(Dr C)

2.2.4.6 Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

Pour les médecins interrogés, la surveillance des patients très âgés devait être basée sur l'examen clinique et la réalisation de bilans paracliniques, tout comme chez les patients plus jeunes.

Les médecins étaient particulièrement attentifs à la tolérance du traitement, et notamment à la survenue d'une hypotension artérielle, d'une insuffisance rénale ou d'une dyskaliémie.

Citons pour exemples :

-« Pour l'efficacité, je mesure la tension artérielle du patient à chaque consultation, et je leur fais même prendre la tension à la maison s'ils ont un appareil. Pour la tolérance, je fais surtout un bilan biologique pour surveiller la fonction rénale et le potassium. »(Dr A)

-« Pour la tolérance, je pense surtout à l'hypotension orthostatique. Cela étant, cela dépend aussi de la classe thérapeutique que l'on donne. Pour l'efficacité, je recontrôlerais les tensions du patient .Je ne suis pas certain que cela nécessite de refaire la MAPA. »(Dr B)

-« L'efficacité, c'est la tension. Mais la tolérance, c'est la créat, la créat , la créat !!!J'ai très très peur de l'insuffisance rénale et de la majorer. La créat et le iono sang, surtout. »(Dr E)

-«La tolérance, c'est déjà voir comment les patients supportent le traitement et s'il n'y a pas d'effets secondaires. Les IEC, pas tellement. Mais pour les ARA2, ils sont souvent aphones ou un peu gênés. Pour les IEC, c'est la toux. Et puis après, s'il n'y a pas d'intolérance médicamenteuse, je regarde les chiffres tensionnels pour savoir si cela fonctionne. Si c'est bon, je leur dis de continuer.(....) Je recontrôle la fonction rénale, et le ionogramme notamment si on prescrit un ARA 2 ou un IEC. »(Dr I)

2.2.4.7 Hypertension artérielle réfractaire : le recours au cardiologue

Les médecins interrogés assuraient une prise en charge globale de leurs patients hypertendus très âgés, comportant le diagnostic, le bilan, le traitement et le suivi.

Le recours à un confrère cardiologue n'était évoqué que pour réaliser un électrocardiogramme(quand eux-mêmes n'en étaient pas dotés), pour effectuer une

MAPA si nécessaire, et surtout pour adapter les traitements des patients ayant une hypertension réfractaire.

Les médecins ont souligné les difficultés à gérer les patients présentant une hypertension réfractaire, en raison du risque majoré de complications iatrogènes et d'interactions médicamenteuses liées à la polymédication.

Citons pour exemples :

-« Ah ben moi, si je n'y arrive pas, je l'envoie chez le cardiologue pour avoir un conseil sur les associations médicamenteuses. Euh...Je prescris peu de trithérapie. Après deux médicaments à pleine dose, j'ai tendance à demander l'avis au cardiologue parce que j'ai peur de faire n'importe quoi avec les autres traitements, ou que les traitements que j'ai choisis ne sont pas forcément les mieux. Il y en a peut-être un autre. Plutôt que de rajouter un autre médicament, il y en a peut-être un autre qui va être plus efficace. Quand j'ai essayé et que je ne m'en sors pas, je préfère envoyer chez le cardiologue que de me dire « tant pis » et que de mettre quatre médicaments. »(Dr G)

-« Euh, je demande l'avis d'un cardiologue.(...)J'ai plusieurs personnes âgées qui ont quatre médicaments. Je me demande toujours comment est-ce qu'ils font pour les supporter. Mais ce n'est pas moi qui..Enfin, c'est moi qui ai instauré le traitement au départ puis - à un certain moment- j'ai passé la main. Trois ou quatre médicaments, c'est vrai que ce n'est pas moi qui l'ai fait parce que euh..J'ai la hantise des combinaisons de médicaments. Un médicament, on sait comment il agit. Deux médicaments, ça va encore. A partir du troisième médicament.... »(Dr K)

Un des médecins envisageait de recourir systématiquement à l'aide d'un confrère cardiologue, pour le diagnostic, le bilan et la mise en route du traitement.

Le rôle attribué au médecin généraliste était alors simplement d'assurer le renouvellement du traitement. Ceci est probablement lié au fait que-comme il l'a précisé lui-même-ce médecin avait parmi sa patientèle peu de patients âgés et n'était donc pas très «à l'aise» dans cette prise en charge.

-« Moi, je crois qu'à plus de 80 ans, j'adresserai les patients à un cardiologue. En lui précisant que je viens de découvrir une hypertension chez un patient de plus de 80 ans, et qu'il faut faire un bilan des répercussions.(...)Pour la confirmation du diagnostic, pour le bilan cardiologique voire pour instituer le traitement en accord avec lui et pour réfléchir à ce qui correspond le mieux étant donné les antécédents du patient. Mais bon, voilà.... »(Dr B)

2.2.5 Ressenti des médecins concernant le contrôle tensionnel

L'une des questions du guide d'entretien permettait aux médecins d'estimer le pourcentage de leurs patients très âgés hypertendus bien contrôlés par le traitement, c'est-à-dire présentant des chiffres tensionnels en-dessous des objectifs fixés.

Des médecins ont indiqué avoir un pourcentage de contrôle tensionnel qu'ils considéraient comme peu satisfaisant, inférieur ou égal à 50 %.

Ils n'étaient donc pas étonnés à l'annonce que –sur le plan national- moins de 30% des personnes très âgées hypertendues étaient bien contrôlées sous traitement.

-« Bien équilibrés je ne sais pas exactement. Je dirais environ 50%, ce qui n'est vraiment pas génial .(...) ». (Dr B)

-« Je ne sais franchement pas. J'espère que c'est supérieur à 50% (rires) sinon je me plante complètement dans ma façon de travailler. Mais (souplesse), je ne sais pas... Les différents audits qu'on a fait montrent qu'en matière d'hypertension, le problème est déjà vrai chez les sujets jeunes. Je pense que c'est encore plus vrai chez les personnes âgées, on est vachement laxistes. Les audits faits dans un groupe d'enseignants qui bossent depuis des années sur le risque cardiovasculaire montrent des résultats catastrophiques, alors que l'on est censés être plus informés que la moyenne. On a de très mauvais résultats en matière de contrôle des chiffres, c'est effrayant. (...) Cela m'attriste mais je suis prêt à le croire. Cela me ferait plaisir si on me disait 50%... » (Dr D)

-« C'est très difficile de vous répondre... C'est très difficile .(...) On peut avoir l'impression pendant un temps que cela va très bien, puis là-dessus on s'aperçoit ... (....) Donc, je ne sais pas du tout. Mais en fait, quand on lit les articles, on est très démoralisés » (Dr J)

-« Je ne sais pas, c'est vrai. Mais si comme ça je devais donner un chiffre, il serait très bas. (...) Parce qu'il y a tellement de facteurs qui rentrent en jeu. En fait, quand on dit "je soigne 25 personnes pour l'hypertension artérielle. Et sur les 25 personnes, il y en a 22 qui sont équilibrés", je pense qu'on se fout le doigt dans l'œil jusqu'au coude. (...) J'aurais dit en dessous de 50% de toute façon. (...) » (Dr K)

A contrario, les autres médecins interrogés avançaient des pourcentages de contrôle tensionnel supérieurs à 50%.

Citons pour exemples :

« Je pense qu'il y en a 70 % qui sont bien contrôlés. (Dr C)

-« Moi, je dirais 75 %. Les médicaments sont efficaces..On a beaucoup plus d'efficacité thérapeutique maintenant qu'avant.(.....)En règle générale, si on a des gens qui sont bien observants avec des molécules efficaces, moi je trouve que j'ai de bons résultats.(...). Mais oui, je crois que j'ai des résultats satisfaisants.» (Dr I)

-« Je ne sais pas, 70 % à 80 % environ. »(Dr H)

-« Oh , bah moi, c'est environ 75% soit les trois quarts. L'autre quart, il y a des fois ou on se demande justement s'il n'y a pas un effet blouse blanche. Même si je n'en porte pas(Rires). Et puis, en fonction de l'état de stress de la personne âgée , on peut avoir des variations importantes. On peut passer de 20, 21 à 14, 15 en peu de temps. »(Dr N)

Une fois confrontés au fait que -sur le plan national-le taux de contrôle tensionnel était inférieur à 30%, ces médecins ont émis des hypothèses pour expliquer la différence de pourcentage.

Les facteurs de mauvais contrôle tensionnel spontanément identifiés par les médecins étaient principalement : un défaut de «dépistage» de l'hypertension, la « peur de prescrire » de certains médecins (en raison des potentiels effets iatrogènes), les difficultés d'observance thérapeutique des patients et l'efficacité possiblement variable des traitements prescrits.

-« Je sais bien ...(Soupir) Alors il faut savoir que...C'est le même problème. Ou bien certains médecins on peur de trop prescrire et donc fatalement, on va être moins efficaces. Ou bien, on prescrit et alors on se rend compte- quand on va chez les gens- que les prescriptions ne sont pas forcément prises. Le problème de l'hypertension, c'est surtout le problème de l'observance.(...) S'il y a un problème d'observance, on peut prescrire tout ce que l'on veut, cela ne marchera pas. Bon. Dans ces études, quand on dit 30% seulement des gens sont équilibrés, il faut voir pourquoi. Pour les 70% restants, est ce que les traitements sont inefficaces, ne sont pas assez appuyés, ou alors c'est parce que les gens ne les prennent pas ?Il faut savoir différencier les choses. Est ce que les traitements en eux-mêmes ne sont pas assez efficaces ?Je ne pense pas, on a à notre disposition actuellement une panoplie de médicaments efficaces.(...)Est ce que l'on donne les doses maximales compte tenu du fait que ce sont des patients souvent déjà polymédiqués (...)? Bon, si on doit donner une ordonnance qui fait douze médicaments et qu'on ne sait plus ce que cela fait au final d'un point de vue chimique, il y a certains médecins qui disent «moi, au-delà de cinq à six médicaments, je ne prescris plus » et c'est respectable. »(Dr O)

-« Il y en a toujours qui trainent des mois durant avec des tensions plus élevées et on ose pas modifier le traitement puis on se décide. Il faut aussi prendre en compte les questions d'observance, d'adhésion au traitement, l'angoisse que génère un nouveau médicament.(...)Mais, je pense que c'est comme ça. Mais pour des raisons qui ne sont pas que liées à la pratique médicale. C'est aussi du à la difficulté spécifique de l'observance dans ces classes d'âge. »(Dr H)

-« Je pense qu'il y a des patients mal contrôlés parce qu'ils n'ont pas bien compris le traitement et qu'on ne leur a pas fait bien comprendre.(...)Surement parce qu'il y a pas mal d'erreurs. Déjà, moi je prends systématiquement la tension à tous mes patients. Cela fait partie des actes du cabinet et c'est indispensable. Mais il y a des patients qui ont une tension élevée mais non diagnostiquée. Je connais beaucoup de copains médecins qui ne prennent pas la tension si les gens viennent pour mal aux pieds. Je vérifie à chaque fois et une tension qui dépasse les 16, je ne laisserai pas passer. (....) Je pense que mes patients sont mieux suivis que cela, quand même. Mieux que 30%. Ils sont tous au moins mesurés. Et dès qu'ils arrivent à des chiffres à risque d'accident, je pense qu' on les récupère. On ne laisse pas passer cela. »(Dr C)

Enfin, l'un des médecins a indiqué que-selon lui- l'évaluation défavorable du contrôle tensionnel dans des études n'avait aucun sens, puisqu'elle était basée sur un objectif tensionnel de 150 mmhg de systolique. Il considérait cet objectif comme inadapté chez les patients très âgés.

-« Oui mais ils appellent quoi «bien contrôlés» ?Parce que si c'est en dessous de 15 euh..(...). Parce que si on considère qu'il faut contrôler les personnes âgées aussi bien que la personne adulte dans la maturité, ben non ...C'est sur que c'est non. »(Dr N)

2.2.6 Ressenti des médecins concernant l'observance des patients

L'observance thérapeutique est l'un des facteurs déterminants de la prise en charge des patients hypertendus. Avant de considérer qu'un traitement est insuffisant ou inefficace, l'une des étapes nécessaires est de vérifier que les chiffres tensionnels encore trop élevés ne sont pas dus à une mauvaise observance du traitement.

Au cours des entretiens, la plupart des médecins ont précisé qu'ils tentaient systématiquement d'évaluer l'observance thérapeutique, tout en soulignant la difficulté de cette évaluation chez des patients très âgés. L'appréciation de l'observance était réalisée le plus souvent de manière indirecte, par l'étude des délais entre deux consultations ou grâce à la vigilance de l'entourage des patients(famille, aides à domicile, infirmière à domicile).

Citons pour exemples :

-« Oui, j'évalue systématiquement l'observance chez ces patients car je pense vraiment qu'elle est beaucoup moins importante qu'on ne croit . »(Dr A)

-« Oui, systématiquement. J'essaie vraiment d'y faire attention. Et je pense qu'il faudrait y penser systématiquement avant de mettre nos patients âgés sous 2 voire 3 traitements différents. C'est souvent un simple problème d'observance qu'il faut régler. »(Dr B)

-« La chose que je regarde, c'est si le patient vient me voir tous les trois mois, si c'est très régulier la date à laquelle il vient pour son renouvellement d'ordonnance. J'ai plus tendance à penser que dès qu'il y a un décalage, je vais le voir et vérifier. (...)dès que j'ai une tension anormale, je demande: « Est ce que vous avez pris votre traitement ce matin et les jours d'avant ? ». Mais c'est tout ce que je fais, et ils peuvent très bien me répondre oui à tort.. »(Dr G)

-« Bien sur. Mais en fait, évaluer l'observance du traitement, cela se fait rarement avec le patient. Cela se fait indirectement avec la famille , les aides à domicile.. A l'occasion de telles ou telles choses, on découvre que, on comprend que.. Sinon, ils nous disent qu'ils prennent leur traitement, toujours, toujours et toujours... »(Dr H)

-« (...)ce n'est pas toujours facile. Il y a des patients qui racontent n'importe quoi. Quand vous leur demandez s'ils prennent leur traitement, ils vous répondent « Oui Docteur ». Et quand on va chez eux, ils ont toutes les boites de médicaments accumulées. Oui, on essaie...Quand ils nous disent qu'ils prennent tout le temps leur traitement, à priori on leur fait confiance mais....Quand on ouvre la boite à pharmacie chez eux, il y en a presque autant que chez le pharmacien. »(Dr O)

Seuls deux médecins ont précisé qu'ils ne pensaient pas toujours à évaluer l'observance thérapeutique avant de modifier un traitement.

-« Par contre, je ne suis pas sûre de vérifier correctement l'observance du traitement à chaque fois quand j'ai un mauvais contrôle .»(Dr G)

-« Pas forcément..C'est vrai que je n'y pense pas forcément. D'abord parce que je n'y pense pas tout court..Et en plus de cela, je pense que le problème, c'est que c'est difficile à évaluer. Moi, je m'en rends compte quelquefois quand –par exemple-en lisant l'ordinateur, je m'aperçois que la boîte de 28 a duré plus de 28 jours. Là, c'est vrai que je m'en rends compte.(....)Quelquefois, je m'aperçois effectivement :« Non mais attendez, cela ne va pas !Votre tension est très haute aujourd'hui. Il ne marche pas ce médicament ». Et puis, au moment où je vais commencer à augmenter, je leur dis : »Mais vous l'avez pris aujourd'hui ? » « Ah bah non, il ne m'en restait plus.. » Et je recommence toute l'éducation ...Mais il y a des fois, je ne pense pas forcément à leur dire. » (Dr J)

Enfin, deux médecins nous ont indiqué qu'ils pensaient réussir à distinguer automatiquement -dans leur patientèle- les patients observants et non observants, de manière intuitive. De ce fait, seuls les patients supposés non-observants étaient réellement interrogés sur leur observance thérapeutique.

-« Il y a un péché d'orgueil de ma part. Je vais répondre oui et non. C'est à dire que oui, j'y pense mais là que je fais un gros péché d'orgueil, c'est que j'ai la présomption de penser qu'intuitivement je connais les malades qui prennent ou qui ne prennent pas leur traitement. Donc j'y pense. En fait, je poserai certainement la question aux patients dont je ne suis pas certain qu'ils prennent, ou dont une petite phrase va me mettre la puce à l'oreille. Ceux dont je suis convaincu-peut être à tort- qu'ils prennent leur traitement, j'ai tendance à leur coller des molécules en plus.(...)Oui, je suis persuadé que j'aurai des surprises. Mais je pense que -à un moment- je me poserai des questions quand même. »(Dr C)

-« Je pense que cela dépend des patients. Il y a des patients pour lesquels on ne pense pas qu'il peut y avoir un problème d'observance. » (Dr G)

2.2.7 Identification des facteurs de mauvais contrôle tensionnel liés aux patients

Au cours des entretiens, les médecins ont mis en évidence des caractéristiques -propres aux patients très âgés- potentiellement responsables d'une mauvaise observance thérapeutique donc d'un mauvais contrôle tensionnel.

Parmi les nombreux facteurs de mauvaise observance identifiés, il est nécessaire d'insister surtout sur les comorbidités à type de démence, sur la polyopathie/polymédication, sur l'isolement socio-familial et sur une perception de l'hypertension parfois inappropriée.

2.2.7.1 Impact des pathologies et comorbidités

***La démence, les troubles cognitifs et les pathologies psychiatriques**

Tous les médecins interrogés-sans exception- ont évoqué les troubles cognitifs et la démence comme de potentiels facteurs de risque de mauvaise observance.

Citons pour exemples :

-« *C'est surtout les pathologies qui retentissent sur l'observance, en particulier les démences ou les désorientations.* »(Dr B)

-« *Tous les troubles cognitifs, démence etc. Les démences vasculaires(...)* »(Dr F)

-« *Il y a des troubles de la mémoire et ils ne se souviennent plus s'ils ont pris ou pas le traitement.* »(Dr M)

Toutefois, deux médecins ont précisé que –grâce à l'amélioration de la prise en charge des démences, les patients déments étaient désormais le plus souvent aidés, d'où une réduction de l'impact de cette pathologie sur l'observance thérapeutique

-« *Mais pour les déments, il y a souvent quelqu'un qui passe à domicile pour faire la distribution des médicaments donc là il n'y a pas de problème. Et euh...La personne en phase de démence, elle est à priori prise en charge par rapport à cela.* »(Dr M)

-« *Et puis les troubles cognitifs, quand ils sont très marqués voire qu'il y a une démence, les patients sont souvent mis en institution et sont rarement seuls. Là aussi, ils ont les traitements qui leur sont donnés. Un alzheimer seul en ville, cela n'existe pas. Oui, quasiment...* »(Dr O)

***Les déficits sensoriels**

-« *(..)les troubles visuels ,les troubles du gout..* »(Dr F)

***Les troubles moteurs**

-« *C'est tout ce qui concerne les problèmes moteurs, les handicaps moteurs(.....)* »(Dr I)

***Les polyopathologies et la polymédication**

-« Et puis aussi, je pense, très probablement, les pathologies douloureuses qui font qu'on se retrouve avec plein de médicaments sur la table et qu'on va donner la priorité à ce qui permet de partir faire son marché ou de partir jouer au scrabble sans avoir mal partout. Et s'il faut choisir entre l'antihypertenseur-dont on ne ressent pas forcément l'action comme ça- et l'antalgique qui va permettre de quitter son appart, on va choisir l'antalgique. »(Dr D)

-« C'est par exemple le problème de la polymédication, ou les patients trient dans les traitements qu'ils doivent prendre. »(Dr F)

-« Et puis, il y a aussi après le fait qu'il y a certaines personnes qui ont beaucoup de médicaments, et de temps en temps il y en a un qui passe à l'as. »(Dr J)

-« Il y a aussi le fait d'avoir des pathologies associées avec beaucoup de comprimés, ça n'aide pas. (...)Du coup, ils font le tri entre les traitements: un jour ils prennent celui pour le diabète, un autre jour celui pour la tension... »(Dr M)

-« Je suis sûr que plus ils ont de médicaments etSoit c'est des macrophages de médicaments, soit de temps en temps ils en trient en disant « Celui-là, je n'en veux pas. J'en prends trop ».Et on ne sait pas s'ils font le tri de ce qui est important ou pas. Il y a des gens qui fonctionnent comme ça. »(Dr N)

*** Des comorbidités graves et prioritaires**

En cas de pathologies intercurrentes graves comme le cancer, pour le patient comme pour le médecin, le traitement de l'hypertension pourrait passer au second plan.

-« Et puis, aussi les pathologies intercurrentes graves comme un cancer. A ce moment là, l'introduction d'un nouveau traitement par un spécialiste amène l'abandon d'autres traitements, ce qui n'est pas compatible. Et ce n'est pas forcément dit, on s'en rend compte après. Et puis, il y a au premier plan des choses un peu plus urgentes. Et puis, quelque fois, on a un pronostic vital engagé à moyen ou court terme donc on lève le pied. » (Dr H)

***Des comorbidités limitant le contrôle tensionnel**

L'un des médecins interrogés a invoqué l'idée que certaines comorbidités pouvaient rendre le contrôle tensionnel plus difficile à atteindre.

-«(...) l'insuffisance cardio-rénale parce qu'ils le sont tous, le diabète et malheureusement chez la femme aussi maintenant le côté insuffisance respiratoire post-tabac. Il y a aussi les artériopathies et les insuffisance veineuses qui peuvent retentir sur la précharge. »(Dr L)

2.2.7.2 Perception inappropriée de l'hypertension

***Une maladie asymptomatique**

D'après les médecins, certains patients percevraient l'hypertension comme un élément asymptomatique donc inoffensif, et ne considèreraient pas qu'il s'agit d'une vraie maladie.

Par extrapolation, les oublis de traitement seraient considérés par les patients comme bénins et sans conséquences.

-« Ils ont souvent du mal à concevoir l'hypertension comme une maladie. »(Dr B)

-« Il y a le fait qu'il y en a qui pensent que, après tout, ne pas prendre le traitement pendant deux ou trois jours ce n'est pas très grave.(...)Dans la mesure où ils ne sentent rien . »(Dr J)

-« Après tout, l'hypertension est comme le diabète une maladie qui ne fait pas mal. Les gens ne se rendent pas compte. Bon, ils peuvent négliger à ce moment là. »(Dr O)

***Un traitement aux effets suspensifs**

Selon les médecins, certains patients ne comprendraient pas que le traitement antihypertenseur ait une durée d'efficacité limitée, et que les effets du traitement disparaissent avec l'arrêt du traitement.

-« L'autre aspect, c'est qu'à partir du moment où ils commencent à avoir une tension qui est bien, ils arrêtent le traitement en se disant «c'est bon, je suis guéri . »(Dr B)

-« (...)ils ont beaucoup de mal à évaluer l'importance de la prise et à comprendre que cela n'agisse que le temps de la prise. »(Dr J)

-« La personne âgée -qui n'a jamais été hypertendue- à qui on prescrit un médicament pour la tension, forcément on ne marque pas sur l'ordonnance « à vie ».On marque « pour trois mois ». Et ils y en a qui s'imaginent qu'au bout de trois mois, on va arrêter. Et ils s'arrêtent....Là, il y a un petit souci. Même si on leur dit. Ils ne réalisent pas..Ils reviennent en consultation parce qu'ils ont eu des signes qui sont apparus, parce qu'ils n'ont plus de médicaments depuis quatre ou cinq jours. Sans vraiment se rendre compte que c'est un traitement qu'ils ne faut pas arrêter. »(Dr N)

2.2.7.3 Impact du caractère et de la personnalité

Des médecins ont insisté sur le fait que comme pour des patients plus jeunes- certains patients très âgés refusaient catégoriquement de prendre un traitement, en raison d'un caractère « bien trempé » ou d'une forte personnalité.

-« Il y a aussi certaines personnalités de patients qui-quoi qu'il arrive-ne prennent pas leur traitement et qui disent « Je ne prendrais pas de médicaments. Je ne veux pas de médicaments ».Ce qui est difficile, c'est d'arriver à les convaincre que le traitement est bénéfique. »(Dr A)

-« Pour ceux à qui on découvre une hypertension, c'est pareil que pour tout le monde: si le traitement ne leur plaît pas, ils ne le prennent pas. »(Dr B)

-« (... ..) et le mauvais caractère (... ..) donc la tête volontaire. Il y a des patients qui négligent volontairement de prendre le traitement. » (Dr C)

-« Mais, les personnes très âgées, elles sont comme les plus jeunes. C'est-à-dire qu'il y en a, ça les gonfle de prendre un traitement donc elles prennent ce qu'elles ont envie quand elles ont envie. »(Dr E)

-« Ou alors, des patients qui ne veulent pas le prendre..(...) Et bien, il y a des patients qui ne veulent pas être soignés . »(Dr I)

-« Certains patients sont très demandeurs de médicaments. Ils n'y a pas de problème et ils prennent tout ce qu'on leur donne. D'autres patients sont réfractaires aux médicaments et les prennent à marche forcée. »(Dr O)

2.2.7.4 Impact du contexte familial et social

Pour la plupart des médecins interrogés, l'observance thérapeutique était moindre en cas d'isolement social ou familial, par exemple chez des patients vivant seuls, veufs, sans enfants ou entourage proche.

-«Tout ce qui est isolement bien sur(...).C'est sur que c'est mieux chez les gens qui ne sont pas seuls, qui sont surveillés avec quelqu'un qui vient faire l'armoire à pharmacie. »(Dr D)

-« Il y a d'abord la question du renouvellement du traitement.(.....).Les gens qui sont dépendants d'une aide ménagère pour acheter leurs médicaments, ce n'est pas toujours évident. »(Dr H)

-« *L'entourage. Quand il y a quelqu'un qui passe matin et soir pour leur donner les médicaments, ils le suivent très bien. Quand ils sont laissés tous seuls à leur truc, euh..On ouvre l'armoire et on trouve 25 boites et on se dit que ce n'est pas possible.* »(Dr K)

-« *Quand on a un patient qui n'a personne pour l'aider à prendre le traitement, on est automatiquement dans les mélanges des traitements et pour les comprimés à prendre il n'y a pratiquement pas d'observance.* »(Dr L)

-« *Quand la personne est seule, on est jamais surs qu'elle prend bien son traitement. Quand euh...Quand la personne âgée est encore en couple, chez ses enfants ou autre chose, on a plus de certitude sur la prise des médicaments ou en tous cas sur moins d'oublis.* »(Dr N)

Selon d'autres médecins, c'était parfois l'entourage «un peu trop présent» qui pourrait être responsable d'une mauvaise observance thérapeutique, en tentant - par exemple- de dissuader les patients de prendre leurs traitements.

-« *Peut être la voisine qui dit « Ne prends pas ce cachet là. Le rouge n'est pas bon. Le bleu est meilleur.* »Mais j'ai passé l'âge de ça. Cela arrive quand on est jeune médecin et cela vous arrivera à vous. C'est typiquement la personne qui va voir son vieux médecin en disant « Ma voisine prend des comprimés bleus » et le médecin –avec de la bouteille- répond qu'elle a tort et qu'elle devrait prendre les verts . »(Dr C)

-« *(..)ou les familles délétères(rires). Des fois c'est pire d'avoir la famille sur le dos(rires).*»
(Dr D)

-« *Quand une auxiliaire de vie est en place, s'il y a des problèmes d'observance du traitement, souvent ce n'est pas lié à un manque de disponibilité de l'auxiliaire de vie, mais plutôt à des pressions exercée par l'environnement familial à cause duquel le patient prend parfois mal ses traitements.* »(Dr L)

-« *Quand ils sont isolés, ils ont la trouille donc ils prennent le traitement, je dirais même plus que lorsqu'ils sont entourés de la famille. Quand ils ont leur famille, ils s'en fichent un peu : ce n'est pas leur maladie mais celle de la famille. Au contraire, ils sont bien contents qu'on s'occupe d'eux. Quand ils sont tous seuls dans la chambre de bonne, ils ont peur et prennent mieux leur traitement.* »(Dr M)

Enfin, pour l'un des médecins, l'entourage des patients n'était plus un facteur de mauvaise observance thérapeutique puisque-selon lui- la majorité des patients de plus de 80 ans étaient institutionnalisés donc très entourés.

-« Mais, les personnes de plus de 80 ans, souvent elles sont vachement encadrées. Soit elles sont dans une famille qui leur donne le traitement, soit elles sont avec des gens qui sont hyper-obsessionnels dans l'entourage, c'est vrai que cela existe. Il y a des fois des infirmiers qui passent pour donner le traitement. Et puis, il y a les maisons de retraite qui les donnent. Moi, j'ai la moitié de mes patients qui sont dans ce cas de figure, au moins. Ils sont tellement encadrés que je pense qu'ils prennent leur traitement. »(Dr E)

2.2.7.5 Impact du planning et des activités quotidiennes

L'observance thérapeutique des patients –d'après le docteur J – dépendrait aussi de leurs activités. Lorsqu'une sortie est organisée, l'attention des patients très âgés pourrait être détournée et les médicaments oubliés.

- «(...) ils ne prennent pas. Ou parce qu'ils sont à l'extérieur. Par exemple, ils vont déjeuner en famille ou je ne sais pas quoi et du coup ils oublient leur traitement. Il y a cela aussi, un truc tout bête c'est le contexte. Etre dans un autre contexte que d'habitude et on zappe. Déjà, le coup du diurétique, je peux vous dire que cela arrive relativement fréquemment. Normalement, le traitement est censé être rattrapé derrière mais c'est ce que les patients me disent, et je ne suis pas sur que cela soit toujours vrai.. »(Dr J)

2.2.7.6 Impact du cout des médicaments

Selon le Dr H, le cout des médicaments pourrait être un facteur déterminant de l'observance thérapeutique. En raison de moyens financiers limités et en l'absence de prise en charge à 100%, certains patients très âgés pourraient renoncer à acheter et à suivre le traitement.

-« Sur le plan de l'argent, alors effectivement... Chez les patients hypertendus âgés, il faut demander un 100% car c'est vrai que les médicaments coutent cher. Le cout est un facteur qui peut déterminer la prise du traitement. Il y a une tranche d'âge ou les gens sont extrêmement angoissés avec l'argent.... »(Dr H)

2.2.8 Identification des facteurs de mauvais contrôle tensionnel liés au traitement

Pour les médecins interrogés, les effets indésirables iatrogènes, un nombre important de médicaments prescrits, un nombre élevé de prises quotidiennes et la délivrance de médicaments génériques sont les principaux facteurs médicamenteux responsables d'une mauvaise observance, donc d'un mauvais contrôle tensionnel.

2.2.8.1 Impact des effets indésirables iatrogènes

Les médecins interrogés-dans leur quasi-totalité-ont mis en avant un lien direct de «cause à effet» entre les effets indésirables du traitement et la mauvaise observance thérapeutique.

En présence d'effets indésirables - qu'ils soient réellement iatrogènes ou attribués à tort au traitement- les patients prendraient irrégulièrement le traitement voire l'arrêteraient complètement.

Citons pour exemples :

-« Certains vont purement et simplement arrêter le traitement en me disant « Ouais, au bout de trois jours , j'ai stoppé votre traitement parce qu'il m'a donné des œdèmes, des maux de tête..Donc, je l'ai arrêté .»(Dr O)

-«Bien sur que oui. L'amlor fait gonfler les jambes donc ils arrêtent l'amlor.Des fois ils demandent la permission d'arrêter mais des fois ils arrêtent seuls, tout simplement. »(Dr C)

-« Une nausée le matin quand on vient de prendre son traitement , le traitement est accusé et est arrêté. Une gastralgie, un mal de tête ...Tous les troubles intercurrents génèrent des défauts d'observance. Après il y a les effets indésirables réels. C'est vrai que les inhibiteurs calciques donnent des œdèmes des membres inférieurs et que cela fait arrêter les traitements. »(Dr H)

*-« Pour les diurétiques par exemple, c'est évident. Il y en a qui se débrouillent pas trop mal en disant « Je ne le prends pas avant d'aller au marché, pour éviter d'être gêné. Je le prendrais au retour. »Et puis, il y en a qui ne nous disent pas forcément ce qu'ils font....Je pense qu'effectivement, il y a des fois ou , parce que cela les gêne, ils ne le prennent pas. »
(Dr J)*

*-« Le seul effet indésirable vraiment rapporté, c'est l'effet des diurétiques. Quand les patients passent leur vie à courir aux toilettes, cela peut les amener à lever le pied sur le traitement .»
(Dr B)*

L'un des médecins considérait –quant à lui- que les effets secondaires iatrogènes ne retentissaient pas sur l'observance du traitement chez les patients très âgés.

-« Chez les patients de plus de 80 ans, je ne suis pas sur. Pour les effets secondaires chez les plus de 80 ans, je ne pense pas vraiment qu'ils modifient l'observance du traitement.

La plupart des patients sont d'anciens hypertendus qui ne remarquent même plus les effets indésirables du traitement. Et pour les patients nouvellement traités, ils ont des manifestations mais ne se disent pas qu'il s'agit d'effets indésirables du traitement. »(Dr B)

2.2.8.2 Impact du schéma thérapeutique

Les médecins interrogés considéraient que l'observance du traitement dépendait aussi des règles de prescription du traitement, et plus particulièrement du schéma thérapeutique choisi.

***Le nombre de médicaments prescrits :**

Certains médecins ont indiqué que -logiquement-plus le nombre de médicaments prescrits était important et moins les patients suivaient correctement le traitement entier.

-« Oui, je pense que la prescription peut influencer sur l'observance, notamment par le nombre de médicaments prescrits et de prises quotidiennes. Il faut essayer au maximum de limiter les prises. »(Dr B)

-« C'est plutôt le nombre de médicaments à prendre qui joue. »(Dr J)

A contrario, pour d'autres médecins, un nombre élevé de classes thérapeutiques n'était pas un obstacle à l'observance thérapeutique des patients très âgés. Au contraire, le fait d'avoir plusieurs traitements les conforterait même dans l'idée d'être bien pris en charge.

-« Il y a un âge où l'on aime bien que les autres prennent soin de soi. Les patients en prendraient bien douze si on leur disait d'en prendre douze. »(Dr C)

-« Cela dépend des patients. Il y en a qui sont contents d'avoir plein de médicaments.(...). Et il y en a d'autres qui s'en foutent : plus ils en ont et plus ils sont contents, car ils ont l'impression qu'on s'occupe d'eux. »(Dr D)

Enfin, des médecins ont suggéré que le nombre de médicaments prescrits n'était plus vraiment un facteur déterminant de l'observance. Grâce aux avancées thérapeutiques- et en

particulier aux associations médicamenteuses- le nombre de médicament à prendre serait désormais tout à fait raisonnable.

-« Moi, après vingt ans d'exercice, je pense qu'on a quand même beaucoup diminué le nombre de médicaments pris. Je pense que c'est moins un facteur qu'il y a quelques années. »(Dr A)

*-« Je pense que cela joue un rôle chez peu de gens. Il y a des produits combinants en plus, si on veut .Je trouve que ce n'est pas un argument pour une mauvaise prise du traitement. »
(Dr C)*

-« Je pense qu'il y en a de moins en moins. C'est ce que m'a apporté la visiteuse médicale tout à l'heure(en montrant une fascicule). Maintenant, on a des monoprièses de bithérapies. C'est quand même super. Donc cela favorise l'observance. »(Dr O)

***Le nombre de prises quotidiennes :**

Pour la majorité des médecins, le nombre de prises quotidiennes avait un impact direct sur l'observance du traitement.

Citons pour exemples :

-« Déjà, moins il y a de prises et mieux cela vaut. Euh....Cela , c'est évident. »(Dr J)

*-«(...)avec trop de prises quotidiennes, les patients prennent moins bien leur traitement. »
(Dr E)*

-« Il faut absolument répartir au mieux le traitement. Une voire deux prises maximum par jour, c'est bien. »(Dr A)

-« Oui, je pense qu'il faut éviter les prises multiples matin et soir. »(Dr H)

Enfin, l'un des médecins a émis une hypothèse pour expliquer qu'un traitement réparti en plusieurs prises quotidiennes pouvait -au contraire- permettre indirectement une meilleure observance du traitement.

*-« Mais on peut imaginer aussi que c'est à double tranchant. Si le patient ne prend qu'un médicament par jour et oublie de le prendre, il n'est pas du tout traité. Alors que si on lui prescrit trois prises par jour et qu'il en oublie une, il sera au moins un peu traité. On peut donc aussi se dire que le nombre de prises n'est pas forcément un élément défavorable. »
(Dr B)*

2.2.8.3 Impact du conditionnement et de la galénique

Certains traitements antihypertenseurs-conditionnés par exemple en boîte de 28 comprimés pour une durée de 30 jours –amèneraient régulièrement les patients à « sauter » des prises de traitement.

-« Je crois que –même sans comorbidités- vous avez déjà des gens qui ne prennent pas leur traitement de temps en temps(...)Ou bien parce qu'il y en a 28 dans la boîte et que comme pour les autres médicaments il y en a 30, ils ont attendu pour le renouvellement. Cela, s'est un gros problème. »(Dr J)

Par ailleurs, en cas de galénique inadaptée, l'observance du traitement pourrait être altérée.

-« Quand ils ont du mal, à l'avaler et que les comprimés sont trop gros. »(Dr M)

2.2.8.4 Impact des médicaments génériques

Au cours des entretiens, plusieurs médecins ont souligné que les médicaments génériques pouvaient être source de confusion chez les personnes très âgées, et induire une prise incorrecte des traitements. Ainsi, bien qu'ils la préconisaient chez les patients jeunes, les médecins étaient majoritairement un peu réticents concernant la délivrance de génériques aux patients âgés.

Citons pour exemples :

-« Un autre facteur, c'est le problème majeur que posent les génériques.(...)Sauf que si les pouvoirs publics n'imposent pas la même couleur et la même description pour la même molécule, il n'y a pas de solution. C'est vrai qu'il y a un certain nombre de gens qui ne prennent pas du tout le traitement ou qui prennent deux fois le même traitement sous des noms différents. Et cela, c'est un vrai problème chez les gens âgés. Et un problème mal pris en compte. » (Dr C)

-« Je suis pour les génériques...(Rires)Mais pas chez les personnes de plus de 80 ans. Parce que ...Ou alors, il faut que le pharmacien soit sensibilisé à donner toujours la même présentation. Je trouve que c'est un facteur de mauvaise observance.(...)C'est pour cela qu'il est important, le problème des génériques. Il y a des patients qui ne savent pas lire mais qui connaissent la forme de leur cachet.(...)Les patients qui ne savent pas lire, ils ont besoin d'avoir toujours le même médicament. »(Dr G)

-« Il y a quand même une autre chose qu'il ne faut pas oublier. C'est que très souvent, les génériques n'ont pas la même forme que le médicament initial. Et cela chez les personnes âgées, cela les perturbe énormément. Et le NS-non substituable-cela existe parce que la personne dit: «Non, docteur. Cela ne me réussit pas». En fait, ce n'est pas que cela ne lui réussit pas, mais cela change ses habitudes. Quand le comprimé jaune devient vert, les patients voient rouge... »(Dr K)

-« C'est comme les génériques, c'est une véritable catastrophe pour eux. Parce que ce n'est pas la même boîte, parce qu'ils ne savent plus ce qu'ils ont pris, qu'ils ne savent plus s'ils ont déjà pris le traitement.»(Dr M)

2.2.9 Identification des facteurs de mauvais contrôle tensionnel liés aux médecins

Le guide d'entretien s'achevait par un cas clinique, dont l'objectif était d'amener les médecins à prendre conscience de leur potentielle implication en tant que médecins prescripteurs.

2.2.9.1 L'inertie thérapeutique

Pour le cas clinique, sur quinze médecins interrogés, trois ont considéré que les chiffres tensionnels du patient n'étaient pas satisfaisants et qu'il fallait modifier d'emblée le traitement.

Les douze autres médecins jugeaient qu'il ne fallait pas majorer le traitement antihypertenseur du patient. Ils proposaient de laisser le traitement tel quel et de revoir le patient à distance pour réévaluer sa tension artérielle.

D'après des études, ce souhait de ne pas modifier le traitement -bien que les chiffres tensionnels soient au-dessus des objectifs thérapeutiques- s'apparenterait à une forme d'«inertie thérapeutique», dont il est important de comprendre les causes et les motivations.

Avant tout, l'un des médecins interrogés a indiqué que selon lui –chez les personnes âgées- la gestion de l'hypertension artérielle ne devait pas être adaptée uniquement en fonction des

chiffres tensionnels obtenus, et qu'il ne s'agissait pas de prendre en charge des chiffres mais bien des patients :

« *Mais est ce qu'on traite des chiffres ou les patients-même ??* »(Dr L)

2.2.9.1.1 Motifs invoqués pour ne pas modifier le traitement :

Pour justifier leur décision de ne pas modifier le traitement, les médecins ont indiqué plusieurs raisons. Ces motifs permettent de mieux comprendre l'attitude des médecins.

LES RAISONS LIEES AUX CHIFFRES TENSIONNELS:

***Une tension artérielle systolique jugée satisfaisante**

Plusieurs médecins ont décidé de ne pas modifier le traitement parce qu'ils estimaient que les chiffres tensionnels obtenus étaient déjà satisfaisants ou que les choses étaient «en bonne voie».

Citons pour exemples :

-« *Non, moi je ne changerais pas.16/8, cela me va. Le 8, ça me va, et le 16 ça ne m'impressionne pas. Donc j'attends.* »(Dr E)

-«*Moi, je le reconvoquerais et je ne toucherai pas au traitement (...)Parce 160/80, cela me paraît pas mal à plus de 80 ans.(...) Moi, 160, cela me va bien.*»(Dr I)

-« *Moi, ça me paraît acceptable.* »(Dr N)

-« *Bon, il prend son traitement puisque cela a quand même baissé de 170 à 160. C'est déjà pas mal ...* »(Dr H)

***Une tension artérielle diastolique considérée comme prioritaire et satisfaisante**

D'autres médecins semblaient essentiellement satisfaits d'avoir obtenu une baisse de la pression artérielle diastolique, considérée alors comme plus importante que la pression systolique.

-«*Moi, ce qui me paraît important, c'est la diastolique à 80mmhg mais peut-être que je me trompe. Là, on est dans l'objectif sur la diastolique mais on est pas dans l'objectif sur la systolique .16/8 n'est pas un chiffre alarmant. Vous m'auriez dit 16/9, j'aurais peut être*

réfléchi différemment.(.....)En baissant la tension diastolique de 9 à 8, je me dis qu'on a déjà atteint un certain objectif. »(Dr A)

-« Déjà, on est passé de 90 à 80 donc je suis très fier de moi. Passer de 90 à 80 de diastolique est plus difficile et plus significatif que de passer de 170 à 160 de systolique. Je suis plus satisfait d'être passé à 160/80 que je le serai d'être passé à 140 /90. »(Dr D)

-« Je suis très contente du 80. Et pour le 160....(Soupirs....) .En fait, je ne vais pas modifier le traitement d'emblée. Je vais encore surveiller. »(Dr H)

-« S'il y a 16/8, oui , ma foi.....Il y aurait 16/11 donc une diastolique plus élevée, je ne ferais peut-être pas pareil. 80 comme chiffre de diastolique, cela me paraît tout à fait bien (...). Moi, j'agis surtout « sur» et « pour» la diastolique. C'est la diastolique élevée que je trouve embêtante.»(Dr I)

***Des chiffres tensionnels non inquiétants et sans signes fonctionnels**

Pour certains médecins, le traitement ne devait pas être modifié puisque la tension artérielle obtenus après introduction du traitement était acceptable, n'entraînait aucune manifestation clinique, et qu'il n'y avait pas- selon eux –de danger immédiat.

-« Je pense que j'attendrai .On n'est pas pressés. A 160, il n'est pas en danger .(....) On est plus dans l'urgence du tout(.....)En fait, je trouve qu'on a écarté le danger immédiat»(Dr C)

-« Mais moi, si je dis que l'idéal c'est 15/9, 16/8 cela me va. Ca fait partie de ce que je trouve tolérable. Ce que je ne trouve, franchement, pas très dangereux à partir de 80 ans. »(Dr E)

-« Oui, moi je le reconvoque. Je pense qu'il n'y a pas d'extrême urgence à cet âge-là. Il a 90 ans, il a sans doute un système artériel qui est déjà bien structuré donc il est « habitué » à avoir une certaine hypertension depuis longtemps.(....)Et puis il n'y a pas d'urgence. Même les cardiologues disent qu'il n'y a pas d'urgence à faire baisser une tension. »(Dr O)

***La volonté de confirmer le mauvais contrôle tensionnel avant d'agir**

Des médecins ont indiqué qu'ils ne modifiaient pas d'emblée le traitement, par crainte que les chiffres tensionnels actuels ne soient dus qu'à des événements intercurrents(stress, non prise du traitement..)

-« C'est le 16 qu'on laisse passer souvent parce qu'il y a toujours une bonne raison d'avoir 16 » (Dr C)

-« Peut être que finalement, la prochaine fois, il sera à 15/9. Ou plutôt 15/8 parce que je préfère 15/8 que 15/9. »(Dr E)

LES RAISONS LIEES AUX PATIENTS :

***Un patient considéré comme trop âgé, fragilisé, avec une espérance de vie limitée**

Pour plusieurs médecins, l'âge même du patient était un frein à la modification du traitement. Les patients très âgés étaient considérés comme plus frêles, donc moins aptes à supporter une modification du traitement.

Citons pour exemples :

-« Parce que le mieux est l'ennemi du bien à 90 ans...(…). Et puis aussi parce que, finalement, il a déjà 90 ans...(…)Mais au-delà de 80 ans, il faut toujours être prudent.(…)C'est comme des enfants, quoi..Ils ont des constitutions fragiles. Il y a un équilibre qui s'est établi et souvent, quand on touche à un équilibre c'est un peu comme un château de cartes quoi... »(Dr M)

-« Et il a 91 ans ?Je crois que je n'augmenterais pas encore tout de suite. C'est vrai que c'est encore trop haut mais en même temps il est un peu trop vieux(...) Effectivement, comme c'est un domaine où les patients sont quand même fragiles.»(Dr J)

-« Il faut toujours se dire, quand on donne un traitement, que c'est un traitement au long cours donc il faut voir le rapport bénéfice/ risque mais par rapport au temps de vie. Statistiquement, il reste combien de temps à vivre chez ce malade ?(.....)On va faire quoi en prévention, rien..... »(Dr O)

-« Ce n'est pas pareil un patient de 80 et un patient de 91 ans. Déjà, il y a une notion d'espérance de vie.»(Dr H)

-« S'il a 91 ans et qu'il va bien par ailleurs, je lui fous la paix.(...) Et puis euh, encore une fois, c'est chez un patient quand même très âgé. Parce que 80 ans j'ai du mal à considérer comme très âgé, mais 91 ans cela commence à m'impressionner un peu....»(Dr D)

*-« On a peur à 90 ans....On a pas l'habitude de gérer ces patients sauf à être gériatres. »
(Dr O)*

-« Et elle était déjà très âgée. Donc, je me dis qu'on ne va peut-être pas s'acharner non plus et leur ficher la paix. »(Dr E)

***La volonté de privilégier la qualité de vie du patient**

Des médecins ont insisté sur la notion que -chez les patients de cet âge- il fallait privilégier la qualité de vie au-delà de toute autre considération et les «laisser tranquilles ».

Une modification du traitement était considérée comme une potentielle source de contraintes pour les patients, aboutissant à une altération de la qualité de vie restante, notamment en raison des effets indésirables.

A contrario, le fait de ne pas majorer le traitement permettrait aux patients de rester autonomes, de continuer à profiter de leur vie et à réaliser leurs activités quotidiennes.

-« Et à 91 ans.....Je pense que la vie doit être vécue belle quand elle est belle. Au delà, je m'interroge.(...) Mais les gens âgés, il ne faut peut être pas les embêter trop.(...)Tout dépend de l'objectif qu'on s'est fixé. Et à mon avis, cet objectif est qu'il ne meure pas de son hypertension et le deuxième objectif est que les gens ne soient pas gênés de leur hypertension. S'ils n'étaient pas gênés avant le diagnostic, pourquoi les gênerait-on maintenant ? »(Dr C)

-« Après tout, l'objectif c'est aussi de ne pas trop embêter les gens. »(Dr O)

-«(..) il y a un âge qui est là, il y a un bien-être qui est là et il nous reste maintenant le retentissement. Cette personne, elle est autonome, elle va bien, elle prend son médicament comme il faut.(...) En évitant d'augmenter le traitement, je permets au patient de rester autonome, en lui évitant les complications iatrogènes. »(Dr L)

-« Moi, j'ai vu beaucoup de personnes âgées ou le médecin était très content mais pas le malade. Ah ça , le médecin était très très content !Sur le papier, c'était formidable. Mais le malade, il avait une vie de chien. Avec un grand nombre de comprimés, il ne mangeait plus, il ne mangeait plus que ces comprimés. Je ne sais pas si cela vaut vraiment le coup de vivre dans ces conditions. »(Dr M)

-« Bah euh.. A coté de l'inertie thérapeutique, moi euh...Je parlerai plutôt du bien-être de la personne âgée dans un premier temps. Si elle euh....Si on l'embête plus avec son traitement contre la tension, par rapport à ... »(Dr N)

LES RAISONS LIEES AUX MEDECINS :

***La peur du médicament et de ses potentiels effets indésirables**

La crainte des potentiels effets indésirables iatrogénique était la principale raison pour laquelle les médecins ne souhaitaient pas modifier le traitement. Pour certains d'entre eux, le fait d'augmenter le traitement pouvait entraîner un risque iatrogène plus grave que les complications provoquées par une hypertension « partiellement traitée».

Parmi les risques incriminés, il faut retenir essentiellement les hypotensions avec leur risque de chute et de complications traumatiques.

Citons pour exemples :

-« *Je crois que moins on en fait....Primum non nocere.* »(Dr O)

-«*On a cette « peur du médicament ». En tout cas, moi personnellement je l'ai. J'ai discuté il y a peu avec une cardiologue de la nécessité de baisser les chiffres tensionnels chez la personne âgée , mais je garde cette peur du médicament.(...) il y a aussi le facteur lié à nos propres peurs, et majorer le traitement chez un patient âgé peut faire peur, à cause du risque d'augmenter les effets indésirables.* »(Dr A)

-« *J'ai très très peur des hypotensions, honnêtement.(.. .)et des gens qui se cassent la figure, on en a, croyez moi. Est ce qu'il vaut mieux une tension un peu limite qu'un col du fémur cassé....(....)Parce qu'on nous parle aussi beaucoup des problèmes iatrogènes et compagnie...(...)on fait maintenant beaucoup plus attention. (.....)Parce qu'on a la trouille de ce qui peut se passer dès qu'on augmente les médicaments du fait des effets iatrogènes qui seront irrémédiablement liés à la prise.* » (Dr J)

-«*Mais il faut dire aussi que certains médecins ont peur des médicaments chez les personnes âgées. Et on a peur des traitements anticoagulants à cause du risque de surdosage et d'hémorragies, on a peur du traitement antihypertenseur à cause du risque d'hypotension et de chutes....* »(Dr G)

-« *S'il est vraiment bien à 160/80, je n'ai pas envie non plus de le faire passer à 120 et qu'il se casse la gueule chaque fois qu'il se lève pour aller manger.* »(Dr D)

-« *Et un patient de 91 ans, on a pas envie qu'il chute car on sait que la fracture du col fémoral, c'est très mauvais.* » (Dr H)

-« *Moi, ce qui m'inquiète c'est « Est ce que ces 12,5 mg supplémentaires ne vont lui provoquer une baisse de tension, une chute, la fracture du col du fémur puis les escarres et tout ça ?????* »(Dr L)

***Des doutes sur l'intérêt d'une modification thérapeutique**

Un des médecins nous a indiqué que –d'après lui- une majoration du traitement se justifiait d'autant moins qu'il doutait réellement d'un gain en terme de mortalité, de morbidité et de qualité de vie chez des patients ayant une tension artérielle optimisée.

-« *D'abord, est ce qu'on lui apporte un bénéfice en terme de qualité de vie ?Est ce qu'on allonge sa durée de vie ?Voilà, c'est ça...Moi, je ne suis pas sur..Il faut faire quelques chose parce qu'on y peut, qu'on est compétents, et qu'il faut voir s'il y a une réponse ou pas avec le traitement. Mais euh..après...S'il n'ya pas de réponse, est ce qu'il faut insister ?Pas sur du tout...* »(Dr N)

***Le renouvellement parfois quasi -automatisé des ordonnances**

Certains médecins ont émis l'hypothèse que le traitement antihypertenseur pouvait être laissé tel quel parce que d'autres facteurs perturbaient le prescripteur ou que la consultation-même se prêtait mal à une modification du traitement .

-C'est vrai qu'on est un peu parfois dans le renouvellement systématique du traitement et qu'il faudrait -« remettre parfois les choses à plat. »(Dr B)

-«C'est le 16 qu'on laisse souvent passer, parce qu'il y a toujours une bonne raison d'avoir 16.(...) Et puis, on n'a pas le dossier sous les yeux, ou on n'y pense pas, ou on fait autre chose pendant la consultation. »(Dr C)

***La confiance accordée au patient**

En se fiant aux paroles de certains patients, des médecins pourraient être amenés à ne pas modifier le traitement lorsque cela s'avère nécessaire.

-« Et puis, il y a aussi les patients qui disent « c'est ma tension habituelle ».Du coup, on n'a pas très envie de bouger le traitement. »(Dr B)

-« Il y a des gens -par contre –auxquels je trouve souvent la tension élevée et ils me disent « Vous savez, Docteur, il n'y a qu'avec vous qu'elle est élevée. Quand je la prends au dispensaire, c'est autre chose. »(Dr J)

***Le fruit de l'expérience professionnelle et de la connaissance des patients**

Pour justifier leur décision de ne pas modifier le traitement, des médecins ont souligné le fait que –grâce à leur vécu professionnel et grâce au suivi prolongé de leurs patients – ils étaient capables d'assurer aux patients une prise en charge adaptée et sécurisée.

-«C'est sûrement aussi parce –en médecine générale-on suit les patients pendant des années au quotidien. On connaît bien les patients et la manière dont ils vivent. Du coup, on essaie d'adapter le traitement au cas par cas »(Dr A)

-«Et puis, il faut aussi prendre en compte le fait qu'on apprend à bien connaître les patients et qu'on apprend à adapter le traitement à chaque situation, en prenant en compte le risque des effets indésirables. »(Dr D)

-« Maintenant, entre les recommandations et ce que l'on fait dans la pratique quotidienne, il ya une marge. On s'adapte en fonction du patient et de son expérience personnelle. « (Dr I)

-« Mais encore une fois, les médecins généralistes ils sont là, ils sont auprès des gens et ils ne sont pas à l'hôpital. On ne voit pas le patient dans une chambre, dans un lit ou dans une consultation particulière. Nous éventuellement, on va les voir chez eux, on les voit dans leur

environnement, on voit qu'ils continuent à faire leurs courses.(...) Ce que les labo nous demandent-ou les études- ça n'a rien à voir avec ce que nous on vit concrètement. Je ne dis pas qu'il faut laisser faire mais il y a une différence...Et puis, le médecin de ville, ce n'est pas comme le médecin hospitalier.»(Dr M)

***Le risque d'engager sa responsabilité**

Pour l'un des médecins, le traitement ne devait pas être modifié car le prescripteur pourrait être incriminé en cas de complications iatrogènes.

-« Si on prescrit, on engage notre responsabilité. Si on met un comprimé et qu'il a 16/8 et qu'on met un autre traitement et qu'il tombe à 12/8 rapidement et qu'il tombe, non.... »(Dr I)

2.2.9.1.2 Déterminants des modifications thérapeutiques

En analysant les réponses au cas clinique, nous avons pu déterminer les critères pris en compte par les médecins, avant d'envisager ou non de majorer le traitement antihypertenseur. Pour les médecins, quelques facteurs essentiels devraient être évalués pour une meilleure prise en charge.

1)l'âge du patient

Plus le patient âgé est «jeune» et plus une modification thérapeutique serait facile à envisager pour les médecins.

-« A 83 ans, je serais peut être un peu plus interventionniste. Je chercherais probablement....83 ans maintenant, ce n'est pas grand chose. Quand on apprend que quelqu'un est mort à 80 ans, ce n'est plus « oh ben, il avait fait son temps ».J'ai un tas de patients qui à 80 ans qui ont des projets, qui ont plein de trucs, qui sont capables lors d'activités de battre leurs enfants et petits-enfants. Non, et puis, vieux et âgés ce n'est pas pareil.(..)C'est vrai qu'à 83 ans je serais plus interventionniste qu'à 91. »(Dr D)

-« Moi, je pense que cela dépend de l'âge des patients. (...)Un patient de 80 ans, il est déjà plus armé..... »(Dr H)

-« Absolument que l'âge change les choses. Mais non, 82 et 91 ans c'est à peu près pareil. S'il en avait 70, ce ne serait pas pareil .Je pense que je réagis plus vite, si vous voulez. Et puis en plus, avec des chiffres qui- pour moi-paraîtraient très hauts. »(Dr J)

2) L'état général du patient

-« Cela dépend de l'individu. A 90 ans, le patient peut être tonique et d'aspect tonique ou complètement gâteux. Oui, je peux peut-être changer le traitement pour un type de patient à 91 ans et que je ne changerai pas le traitement pour un patient du même âge mais complètement gâteux. »(Dr O)

3) les autres facteurs de risque cardiovasculaires

La présence d'autres facteurs de risque cardiovasculaire –donc le risque cardiovasculaire global-pourrait inciter les médecins à modifier le traitement, même chez des patients très âgés, afin d'éviter la survenue de complications cardiovasculaires.

-Dr K :« A 91 ans, il n'a rien eu auparavant et n'a pas d'autres facteurs de risque. Donc, la probabilité qu'il fasse un accident vasculaire cérébral ou qu'il fasse n'importe quoi par ailleurs est encore plus faible que de se faire écraser en traversant la rue. Alors foutez lui la paix..»

-E : Et est ce que cela aurait changé quelque chose à votre décision si je vous avais dit que votre patient était diabétique, obèse, avec une dyslipidémie et qu'il avait déjà fait un infarctus du myocarde?

-Dr K: Oui, oui et oui. A ce moment là, il y a des facteurs de risque à côté et ces facteurs de risque peuvent jouer sur l'hypertension. Donc, son hypertension qui pour moi-à priori- était bénigne en passant de 17 à 16 du genre «très bien, c'est parfait, j'ai fait mon devoir».Mais compte tenu des facteurs de risque, là je

-E: Donc, le nombre cumulé de facteurs de risque cardiovasculaires intervient sur la manière dont vous gérez l'hypertension de ces patients?

-Dr K: Oui, tout à fait.

4) les symptômes et de signes fonctionnels liés à l'hypertension

La présence de signes cliniques fonctionnels- imputables à l'hypertension- pourrait inciter les médecins à modifier le traitement.

-« Après, il y a d'autres facteurs qui interviennent. Est ce qu'il a un petit peu d'œdèmes des jambes, une petite insuffisance cardiaqueS'il y a ces signes en plus, je majorerais mon IEC, la fois d'après ou la suivante. »(Dr C)

5) les comorbidités ou complications cardiovasculaires préexistantes

En présence d'antécédents cardiovasculaires, les médecins –dans un souci de prévention secondaire- modifieraient le traitement pour éviter la survenue de nouvelles complications cardiovasculaires.

-« Et puis, cela dépend comment est le patient. S'il est symptomatique ou s'il a d'autres éléments associés comme une ischémie silencieuse, on sera dans un autre cas de figure et on donnera d'autres médicaments. C'est souvent le cas, avec des souffrance myocardique asymptomatique ou des arythmies. Dans ce cas, on ne réagira pas pareil. A la limite, chez un homme qui est bien, sans facteurs de risque et qui n'a que l'hypertension, je lui foudrais la paix....Je lui mets un petit traitement et si son cœur est tranquille et sans fibrillation, je le laisserais avec son petit inhibiteur calcique. »(Dr I)

2.2.9.1.3 L'inertie thérapeutique : une réalité pour les médecins ?

Au cours des entretiens, les médecins ont exprimé -directement ou à mots couverts-leur opinion au sujet de l'inertie thérapeutique. Pour la plupart d'entre eux, ils nous ont précisé que l'inertie thérapeutique était un fait réel et qu'ils y étaient parfois eux-mêmes amenés.

-« C'est vrai que c'est intéressant, je pense qu'il y a effectivement une inertie .(...) Même quand on pense bien faire, le cas clinique montre qu'il y a en fait une différence entre ce qu'on pense faire et ce qu'on fait au quotidien.(...)Tout bien réfléchi, je pense que l'inertie thérapeutique est un des facteurs essentiels du problème de contrôle tensionnel. »(Dr A)

-« Il y en a toujours qui trainent des mois durant avec des tensions plus élevées et on ose pas modifier le traitement puis on se décide .»(Dr H)

-«Oui, oui. J'accepte l'idée(de l'inertie thérapeutique). J'assume.(...) J'assume, je reconnais, j'avoue !!Je ne sais pas ce qu'il faut dire. Non, j'assume mais je n'assume pas bien, puisque ce n'est pas bien et que ce n'est pas comme cela qu'il faudrait faire. »(Dr D)

-«Non, moi ceux que je vois qui sont mal équilibrés, je pense qu'on a pas majorer le traitement. Mais j'hésite à majorer le traitement parce que je me dis « Est ce que ça vaut le coup d'en rajouter ? ».(....)En pratique, il y en a qui sont très bien équilibrés avec énormément de médicaments, je ne sais pas s'ils les prennent tous et je n'ose pas les changer. Et d'autres mal équilibrés pour lesquels je me dis que je ne vais pas rajouter un traitement quand même. »(Dr E)

-« Oui, l'inertie des médecins, je pense qu'elle intervient dans le contrôle tensionnel.(...)en remplacement, j'ai vu que cela arrivait et cela ne m'étonne pas du tout. Encore une fois, cela

dépend vraiment des médecins. Il y a des médecins qui tolèrent enfin....Il y en a qui ont de bons chiffres et d'autres qui n'ont pas de bon chiffre. »(Dr G)

-«Je pense que c'est vrai mais parce que...(....)Et il y a des fois effectivement, on évite de modifier le traitement. On se dit : « Bon, et bien tant pis, ça va passer comme ça. » (Dr J)

En revanche, l'un des médecin interrogés a été choqué par le terme-même d'«inertie» thérapeutique, entaché selon lui d'une connotation péjorative et dévalorisante pour les médecins.

-«Ce terme d'inertie thérapeutique me déplait vraiment. C'est réel mais ce terme me déplait comme tout. Ce n'est pas de l'inertie !!!!!(En haussant la voix)Moi, rajouter 12,5 mg, je peux le faire.(...)Sinon, il me suffit de faire un clic sur l'ordinateur et je passe à 12,5 m de plus.(...) L'inertie, je déteste ce mot. Ce n'est pas une inertie, c'est tout simplement une prise de conscience, de se dire « Est ce que je dois y aller ou pas ? » Mais franchement, ce n'est pas de l'inertie. Avec le clic, il n'y a plus d'inertie. A la rigueur, c'est juste une petite paresse intellectuelle de raisonnement. »(Dr L)

2.2.9.2 Autres facteurs liés au médecin

L'implication des médecins dans la qualité du contrôle tensionnel ne se résumait pas à l'inertie thérapeutique.

D'après les médecins interrogés, la conviction des médecins, la qualité de la relation médecin-malade et l'intervention d'autres prescripteurs étaient aussi des facteurs modifiant l'observance du traitement et la qualité du contrôle tensionnel.

2.2.9.2.1 Impact de la conviction des médecins

Certains médecins ont suggéré que-le médecin prescripteur-par la conviction qu'il manifeste à l'égard du traitement -pouvait influencer « positivement » le patient et améliorer ainsi l'observance du traitement.

Lorsqu'un médecin est convaincu de la nécessité de traiter un patient, qu'il croit en l'intérêt et en l'efficacité du traitement choisi, toute cette « confiance » pourrait avoir un effet communicatif sur le patient.

-« Après, c'est dans la prescription. Je pense que les patients ne prennent vraiment que les traitements dans lesquels nous, nous croyons. On soulève des montagnes, quand on veut (...) .Un autre élément important est notre conviction à nous, en tant que médecins. Mais pour cela, on a des dossiers et des stagiaires vigilants. A partir du moment où l'on est tous d'accord qu'il faut traiter à partir d'un certain chiffre, les choses sont plus simples.(...)Et comme moi-même je ne suis pas convaincu qu'il faille drastiquement les embêter, c'est possible que l'on soit un peu moins efficaces.»(Dr C)

-« (...)Donc, cela passe aussi par nous et par la façon dont on transmet le message. »(Dr L)

Un autre élément important à prendre en compte est la disponibilité du médecin, le temps qu'il peut consacrer à expliquer la maladie et le traitement au patient, pour tenter de le convaincre .

-« C'est aussi une question de volonté. Quand on veut, on peut. Le problème est de vouloir vraiment convaincre les patients. Cela peut être consommateur d'énergie, la volonté, donc on laisse les choses couler.... »(Dr C)

2.2.9.2.2 Impact de la relation médecin-malade

L'observance du traitement dépendrait aussi de la confiance que le patient accorde à son médecin, et de la qualité de la relation médecin-malade qui se consolide avec le temps.

-« En fait, quand on est un vieux médecin, les patients écoutent ce que l'on dit. Ils ont peut être moins confiance quand on est un jeune médecin. On voit aussi souvent des gens qui viennent nous demander ce que l'on pense de ce qu'a dit le spécialiste. C'est une question de confiance et de maturité. C'est un problème de relation médecin-malade qui se pose moins quand le médecin vieillit. C'est une question d'autorité ou non. »(Dr C)

-« Tout cela passe aussi par la relation de confiance entre le médecin et son patient. Il y a des chiffres qui sont là, bien sur. Mais, moi je peux prendre l'exemple de deux types de patients différents, avec lequel je n'accroche pas du tout ou avec lesquels j'accroche. »(Dr L)

Pour percevoir les problèmes liés au traitement et tenter de les résoudre, le médecin devrait être à l'écoute de son patient, prêt à tout entendre sans juger ni manifester sa réprobation.

De la qualité de cette écoute attentive dépendrait une évaluation précise de l'observance réelle.

-« Quand on est trop autoritaire avec les gens, au bout d'un moment, les gens trichent. Moi, je ne suis pas autoritaire du tout et je ne fais pas partie des médecins qui disent «Comment ?!Vous n'avez pas suivi mon traitement ?Mais vous allez mourir ! ». Je leur dis juste que ce n'est pas grave d'avoir oublié de prendre le traitement mais d'y faire plus attention. Donc, ils n'ont pas tellement de raisons de mentir. Et au moins, ils peuvent me dire qu'ils ne l'ont pas pris. Alors qu'il y a d'autres médecins auxquels on ne peut pas le dire. Moi, ils peuvent me dire «ça ne va pas, les comprimés sont trop gros ou pas bons.» »(Dr C)

2.2.9.2.3 Impact des autres médecins prescripteurs

La qualité des prescriptions médicamenteuses influe directement sur l'observance du traitement, donc sur le contrôle tensionnel.

Or, l'un des médecins a indiqué que la prescription initiale était parfois faite par un cardiologue et ne dépendait plus alors du médecin généraliste. Le choix d'un traitement inapproprié ne serait donc pas le seul fait du médecin généraliste.

-«On est super influencés et parasités par les cardiologues.(Rires)Parce que les gens voient des cardiologues et que les cardiologues eux, ils y vont largua manu. En plus avec des nouvelles classes, enfin des nouveaux médicaments super chers, ce qui me met terriblement en colère.(...) Et pour les effets indésirables et le nombre de prise, ce n'est pas moi qui suis maitre de la première prescription. En général, c'est le cardiologue. Ni de la deuxième. Souvent, quand même, on les fait suivre par un cardiologue et le cardiologue change. J'ai très peu d'autorité pour dire qu'il ne faut pas.(...)Je suis tributaire des prescriptions des cardiologues. Je ne peux pas dire que j'ai beaucoup de pouvoir là dedans.(.....)Et même quand on en discute, il faut avoir des arguments-massue pour modifier le traitement. »(Dr E)

2.2.10 Mesures correctives pour améliorer la prise en charge

Après avoir identifier les obstacles au contrôle tensionnel, les médecins interrogés ont proposé des mesures correctives afin de limiter l'impact de ces obstacles.

Pour favoriser l'observance du patient en cas de démence ou d'isolement, le recours aux familles, aux aides à domicile et aux infirmières a été envisagé. De même, l'utilisation de piluliers ou de semainiers a été proposée.

Des règles de prescription ont aussi été suggérées, comme choisir des traitements avec le moins d'effets iatrogènes et le moins de prise quotidiennes(en privilégiant les traitements en monoprise), prévenir le patient des effets iatrogènes potentiels et lui montrer comment lutter contre ces effets.

Les systèmes d'aides à la prise du traitement :

***la famille :**

Citons pour exemples:

- « *Pour les patients vivent seuls, si les enfants sont cohérents il faut les impliquer. »(Dr C)*
- « *Mais le plus souvent, c'est de faire intervenir la famille et l'entourage. Et puis il y a des enfants qui remplissent les piluliers, cela se fait beaucoup. »(Dr E)*
- « *Cela peut être aussi la famille ou le conjoint qui gère le traitement. Il faut juste être sur que le conjoint n'est pas dément, ce qui peut être un problème. »(Dr G)*
- « *Si on arrive à avoir de la famille, la famille peut le faire et c'est toujours bien. »(Dr H)*
- « *Ou avec quelqu'un d'autre qui passe, de la famille qui prépare des pilulier . »(Dr J)*
- « *Mais avant, on essaie de voir avec la famille pour s'organiser. »(Dr L)*

***les infirmières à domicile et les aides à domicile**

Citons pour exemple :

- « *Mais parmi les gens qui ont des problèmes comme Alzheimer ou autre, on a un système de prise en charge sur Gennevilliers qui permet le passage d'infirmières pour donner des médicaments.(...) Avec une infirmière à domicile ou une aide soignante, quelqu'un qui passe pour faire la toilette et puis donner les médicaments. On essaie au maximum maintenant de faire ce genre de choses»(Dr J)*
- « *Les gens seuls, on essaie qu'ils aient des aides à domicile, des infirmières à domicile pour les aider à prendre le traitement. »(Dr M)*
- « *S'il y a des troubles cognitifs, on fait en sorte -quand on s'en aperçoit en tous cas-de faire donner les médicaments par des aides soignants, par des aides à domicile, par des infirmières à domicile qui se déplacent chez les gens. Donc, on peut faire en sorte qu'ils prennent le traitement. On fait des traitements si possible en monoprise pour faciliter les choses. »(Dr O)*

-« Il y a des aides ménagères qui font un travail absolument remarquable, y compris dans la prise de médicaments. Elles les distribuent alors que ce n'est absolument pas dans leurs attributions. S'il y avait un pépin, ni elles ni l'institution qui les emploie ne pourraient s'en sortir sur le plan juridique. Si elles n'étaient pas là, ce serait une catastrophe. » (Dr D)

-« D'où l'intérêt des institutions ou –en tous cas– des personnes qui aident à la prise du traitement comme les auxiliaires de vie. » (Dr L)

***les piluliers et semainiers**

Citons pour exemples :

-« Moi, s'il y a vraiment un problème, je demande à l'infirmière à domicile de passer et de vérifier la prise du traitement. Elles viennent matin et soir ou une fois par jour. Elles font des petites boîtes de piluliers matin, midi et soir. » (Dr I)

-« Et bien si on se rend compte qu'il y a des oublis, on peut mettre en place un pilulier qui est préparé toutes les semaines, au besoin avec l'aide de la famille ou d'une infirmière. » (Dr F)

-« Oui, des piluliers et des prescriptions de distribution des médicaments par infirmière. Cela dépend du degré de démence et de l'acceptation. » (Dr G)

-« (...) les pharmaciens proposent des piluliers et ils en ont tous, ce qui est bien. (...) La plupart des gens ont des piluliers, mais ce n'est pas moi qui les ai prescrits. Cela m'arrive de les proposer quand les gens me disent « je mélange les médicaments ». Là, je percuté. » (Dr C)

-« Le semainier est très bien pour les patients qui ont une polyarthrite ou quelque chose comme cela, et qui ont du mal à couper les médicaments ou à les sortir du blister. On leur prépare et ils vont sortir leur petite tirette du lundi. Cela, ils peuvent le faire parce qu'ils ont leur tête, qu'ils savent quel jour on est, qu'ils savent très bien ce qu'ils doivent prendre comme médicament. » (Dr D)

Quelques règles pour améliorer la prescription :

***Sélectionner le traitement et adapter le schéma thérapeutique**

Citons pour exemples :

-« J'essaie au maximum la prise unique car cela me paraît important. (...) Et je demande souvent aux gens s'ils arrivent à avaler facilement les comprimés ou les gélules. » (Dr D)

-« *On fait des traitements si possible en monoprise pour faciliter les choses.(...) Je pense que la bonne observance future du traitement, ce sera de minimiser au maximum les prises.(...) Donc, si on peut simplifier...»(Dr O)*

--« *Je pense que le schéma thérapeutique qui marche, c'est une prise par jour le matin. Pour la tension, c'est en général possible. Et puis privilégier les médicaments en association. » (Dr G)*

-« *Oui, je crois qu'il faut rester en monothérapie. Il faut rester en monothérapie et au petit déjeuner parce que pour la personne âgée, le petit-déjeuner on ne peut pas y surseoir. Cela passe plutôt bien le petit comprimé le matin au petit-déjeuner. Le midi, cela bat un petit peu de l'aile et le soir n'en parlons même pas. »(Dr L)*

-« *Et puis, chez les personnes âgées, on a des avancées thérapeutiques énormes dans les bithérapies, sous formes d'associations. Du coup, maintenant, ils n'ont plus qu'un comprimé le matin et /ou le soir.(.....) Je crois que la meilleure observance est obtenue avec le traitement qui donne le moins d'effets indésirables et avec le moins de prises possible. Moins ils en ont à prendre et mieux cela se passe.(....) Donc, pour le traitement contre la tension, des prises quotidiennes le moins possible et en évitant bien entendu les effets secondaires »(Dr I)*

-« *En fixant des heures précises de prise et en diminuant au maximum le nombre de prises.(...)De faire prendre les traitements le soir, plutôt, pour éviter les vertiges. De leur parler sur les effets secondaires. Je fais attention aussi à limiter le nombre de prises »(Dr F)*

***Gérer les effets indésirables iatrogènes :**

Pour éviter que les effets indésirables du traitement antihypertenseur ne provoquent une mauvaise observance, les médecins ont avancé des solutions.

°Agir en amont, anticiper et expliquer : prévenir les patients

Il s'agit de prévenir les patients des effets indésirables potentiels avant même la mise en route du traitement, pour éviter que-surpris et inquiets-ils ne décident d'arrêter le traitement.

-« *Quand je prescris des calcium bloqueurs, je préviens de la survenue probable d'œdèmes pour couper court et éviter que les gens n'arrêtent le traitement. C'est « J'ai les chevilles qui ont gonflé, j'ai regardé le paquet et j'ai lu que c'était sûrement à cause de ça. Du coup, j'ai arrêté le traitement ».Du coup, les patients ont toujours 19 de tension. Mais ce n'est pas comme cela qu'il fallait faire. C'est pour cela que je préfère leur dire avant qu'il y a trois choses qui peuvent se produire : « Vous pouvez avoir un peu mal à la tête, vous pouvez avoir*

des bouffées de chaleur et ça vous rappellera votre ménopause(Rires) et vous pouvez avoir les chevilles qui enflent. Ce n'est pas grave. Quelque fois cela s'arrange à terme. Pour l'instant, ce qui est important c'est de faire baisser vos chiffres de tension. Si vous ne supportez pas le traitement ou s'il y a un problème, vous me passez un petit coup de fil pour qu'on en reparle mais n'interrompez pas le traitement comme ça. » (Dr D)

-« Mais c'est rare tout de même qu'il y ait des effets secondaires. Il y en a mais on leur explique. On leur dit par exemple que les inhibiteurs calciques peuvent donner des céphalées et des rougeurs juste après la prise. Mais après, cela se passe. Quand ils savent ce qui se passe, c'est pas grave, ils le prendront. »(Dr I)

°Proposer aux patients des solutions pour lutter contre les effets indésirables iatrogènes

-l'adaptation posturale contre l'hypotension orthostatique :

-« Pour les calcium bloqueurs, je préviens aussi du risque d'hypotension orthostatique : « Si vous vous levez la nuit pour faire pipi, levez-vous doucement. Asseyez-vous sur le bord de votre lit avant de partir. » »(Dr D)

-les bas de contention contre les œdèmes des membres inférieurs:

-« Maintenant, on peut aussi expliquer aux patients que ce n'est pas grave et prescrire des bas de contention. Si on explique bien...Il faut expliquer les effets secondaires et anticiper un peu la réaction des patients. »(Dr H)

-prévenir le médecin pour obtenir une modification éventuelle du traitement

-« Certains vont purement et simplement arrêter le traitement en me disant « Ouais, au bout de trois jours, j'ai stoppé votre traitement parce qu'il m'a donné des œdèmes, des maux de tête.. Donc, je l'ai arrêté ».Là, je leur dis gentiment « Là, vous avez fait comme ça. Mais la prochaine fois, téléphonez-moi. Je vous dirais d'abord si c'est vraiment lié au traitement. Et si vraiment c'est une tension importante, vous repassez et je vous change de traitement. »

(Dr O)

IV)DISCUSSION

1. Discussion concernant la méthode

1.1 Limites et biais de l'étude qualitative

Dans toutes les étapes de ce travail, nous avons gardé à l'esprit la nécessité d'adapter au mieux la méthode pour éviter au maximum la survenue de biais. Malgré nos efforts, certains biais se sont présentés.

Pour évaluer la qualité de ce travail, il est nécessaire d'identifier et d'expliquer ces différents biais. Ainsi, comme le précisait Blanchet dans un ouvrage sur les entretiens[97]: «La reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique.»

1.1.1 Biais liés au recueil des données

1.1.1.1 Biais de sélection de l'échantillon

Le biais de sélection a pu être limité en constituant un échantillon divers et de manière aléatoire (sélection de médecins sur les listes des Pages Jaunes et sur le site informatique du Département de Médecine Générale de Paris 7).

Toutefois, pour sélectionner des médecins grâce aux Pages Jaunes, des limites géographiques ont dû être établies.

Les recherches n'ont été effectuées que sur cinq communes (Gennevilliers, Asnières-sur-Seine, Villeneuve-la-Garenne, Saint Denis et Paris) situées à proximité du domicile de l'enquêteur, ce qui facilitait les déplacements en transports en commun.

Ce choix pourrait induire une sorte de biais de sélection des médecins interrogés, aux conséquences heureusement limitées.

1.1.1.2 Biais liés à l'enquêteur :biais d'intervention

Au cours des premiers entretiens, les interventions de l'enquêteur étaient fréquentes, consistant notamment à rappeler aux médecins les recommandations officielles sur la prise en charge des patients très âgés hypertendus.

Ces interventions pouvaient entraîner des conséquences indésirables.

D'une part, ceci pouvait induire une sorte de relation « d'enseignant »(l'enquêteur) à « enseigné »(le médecin). Dans ce cas, le médecin -gêné en raison de pratiques différentes des recommandations– pouvait modifier ses réponses pour se conformer aux recommandations et ne pas indiquer la stratégie réelle employée au quotidien.

D'autre part, par ces interventions, le risque était de diriger le dialogue et l'interprétation à partir de nos propres opinions .

Pour limiter ce biais, il a été finalement décidé de ne plus faire référence aux recommandations dans la première partie de l'entretien, afin de se focaliser entièrement sur la prise en charge des médecins .

1.1.2 Biais liés à la méthode d'analyse et d'interprétation

La validité d'une étude qualitative repose sur la notion que les données recueillies doivent être représentatives de la réalité et reproductibles.

La triangulation des sources ou des méthodes est un procédé qui permet d'augmenter la validité interne, donc d'améliorer la qualité d'une étude qualitative. Ce procédé consiste par exemple à comparer les résultats obtenus à partir d'au moins deux techniques de recueil de données (exemple: entretiens et observations) ou d'au moins deux sources de données(exemple: entretiens avec des étudiants et des enseignants).

Dans le cas de cette thèse, il aurait par exemple été intéressant de questionner un groupe de médecins et un groupe de patients hypertendus très âgés, concernant les obstacles limitant le contrôle tensionnel.

Malheureusement, nous n'avons pu recourir à ce type de triangulation pour des difficultés d'organisation.

Une autre technique de triangulation consiste à employer des intervenants indépendants et différents dans les différentes phases du travail. Ainsi, dans l'idéal, la réalisation des entretiens, la retranscription des données, l'analyse et l'interprétation des données devraient

être effectuées par trois personnes différentes au total. Nous n'avons pu bénéficier de cette technique pour notre étude, par manque de personnes disponibles dans notre entourage. Toutes ces étapes du travail- depuis les entretiens jusqu'à l'interprétation des résultats- ont été faites par la même personne.

Cette pratique n'a pas influé sur la partie descriptive de l'étude, mais il existe un risque que nos propres représentations et hypothèses préalables aient influé sur l'analyse des résultats, pouvant induire un biais d'analyse.

De plus, ayant effectué à la fois l'analyse et l'interprétation des résultats, le risque d'un biais d'interprétation n'a pu être complètement écarté, même en essayant de demeurer impartial.

1.2 Validité interne de l'étude [98-99]

Plusieurs critères de qualité et de rigueur ont été définis en méthode qualitative, permettant ainsi de d'assurer de la validité et de la pertinence d'une étude qualitative.

Bien que la technique de triangulation n'ait pu être réalisée dans cette étude, nous avons essayer au mieux de respecter ces critères de qualité.

*La validité :

Avant tout, en constituant un échantillon de manière aléatoire et en sélectionnant des médecins d'âge et de fonction diverses, nous avons minimiser les risques de biais de sélection d'un échantillon constitué par simple convenance ou trop uniforme.

Nous avons assuré la fiabilité de l'analyse des données, en effectuant une retranscription minutieuse des entretiens et en fournissant- dans le chapitre « Méthodes »- une description et une explication du processus d'analyse.

Enfin, nous avons limité les biais potentiellement liés à une présentation « confuse » des résultats, en indiquant les citations en italique et en mettant en évidence nos principaux résultats par des caractères gras. La présentation adoptée permet au lecteur de distinguer le plus rapidement possible les données « brutes »(citations) de l'interprétation(résultats).

* La pertinence :

Une recherche est dite pertinente lorsqu'elle apporte des connaissances ou augmente le degré de confiance accordée à une connaissance déjà établie. Une autre dimension importante

de la pertinence est l'étendue à laquelle les résultats peuvent être généralisés, au-delà du contexte dans lequel ils ont été trouvés.

Ainsi définie, notre recherche est pertinente.

D'une part, cette étude a apporté des informations sur la prise en charge ambulatoire des patients très âgés hypertendus. Lors des entretiens, les médecins sont parvenus à identifier les obstacles à la prise en charge de ces patients, et à y proposer des mesures correctives.

Le guide d'entretien permettait d'explorer le ressenti des médecins concernant l'hypertension et son traitement dans cette classe d'âge, et de mieux comprendre les motivations qui dictaient leurs choix de thérapeutique ou d'abstention.

D'autre part, ce travail a abouti à des résultats homogènes, malgré la diversité des médecins et de leurs caractéristiques.

2. Discussion concernant les résultats

Les études réalisées nous ont permis d'atteindre les objectifs de ce travail. Dans la première partie, grâce à la revue de la littérature, nous avons pu déterminer les éléments «théoriques» constituant une prise en charge optimale des patients très âgés hypertendus. Dans la seconde partie, grâce aux entretiens, les médecins généralistes sont parvenus à préciser leur prise en charge « personnelle » des patients hypertendus très âgés, à identifier les obstacles -imputables aux patients, aux traitements et aux prescripteurs- limitant cette prise en charge optimale, et à proposer des mesures correctives pour limiter l'impact de ces obstacles.

2.1 Validité externe de l'étude: comparaison à la revue de littérature

Globalement, les données fournies par les médecins interrogés sont superposables à celles issues de notre revue de la littérature et pourraient donc être appliquées à une échelle plus grande.

2.1.1 Diagnostic et mise en route du traitement

Dans notre étude, les médecins interrogés ont fait preuve de tolérance concernant les chiffres tensionnels des patients très âgés, pour le diagnostic, la mise en route du traitement et le suivi.

Alors que l'hypertension artérielle est définie de manière consensuelle par une tension supérieure à 140/90 quelque soit l'âge du patient, la plupart des médecins interrogés se basait sur des chiffres supérieurs à 150 voire 160, 170.

De même, pour la majorité des médecins, l'objectif tensionnel sous traitement était d'obtenir des chiffres inférieurs à 160 voire 170, tandis que les recommandations fixent un objectif inférieur à 150 mmhg en l'absence d'hypotension orthostatique.

Cette notion de «tolérance» est un élément important, effectivement décrit dans des études cliniques.

En 2000, Hyman a publié dans The Archives of Internal Medicine[46] une étude basée sur des questionnaires (26 questions) adressés par mail à 1200 médecins de soins primaires.

Les résultats de cette enquête ont indiqué que :

*pour des patients d'âge moyen(40-60ans) sans complications cardiovasculaires: 43% des médecins ne débutaient un traitement antihypertenseur qu'en cas de pression systolique supérieure à 160 mmhg et 33% des médecins ne débutaient un traitement qu'en cas de diastolique supérieure à 95mmhg.

*pour des patients âgés de plus de 70 ans: seulement 24 % des médecins débutaient un traitement en cas de systolique supérieure 160 mmhg.

De même, Oliveira publiait en 2002 dans Archives of Internal Medicine les résultats d'une étude évaluant la prise en charge médicale de patients hypertendus[48] :

-étude descriptive incluant 270 patients (de 25 à 96 ans, âge moyen=69ans, 13% ayant plus de 80 ans), suivi par 21 médecins pendant 3 semaines

-questionnaires soumis aux médecins

-Résultats:

*d'après la majorité des médecins, le traitement antihypertenseur ne devait être recommandé que pour une systolique dépassant 150mmhg et /ou une diastolique dépassant 91mmhg.

*dans 93% des consultations médicales, les patients présentaient une pression artérielle systolique supérieure à 140mmhg(supérieure à 150 mmhg pour 35% des consultations) mais

les médecins n'ont décider d'initier ou de modifier le traitement antihypertenseur que dans 38% des consultations médicales.

Toutefois, ces études reflètent les pratiques d'échantillons limités de médecins, dans un lieu donné (qui n'est pas la France) et à un moment précis (sans comparaison évolutive).

Nous n'avons pas –dans notre revue de littérature- trouvé des études cliniques qui évaluaient spécifiquement la prise en charge initiale des patients hypertendus très âgés par des médecins généralistes français, à grande échelle.

2.1.2 Evaluation du contrôle tensionnel

La majorité des médecins interrogés a estimé avoir un pourcentage de patients très âgés hypertendus bien contrôlés supérieur à 60 voire 70 %.

Ces chiffres sont supérieurs à ceux qu'indiquent les études nationales portant sur le contrôle tensionnel. Le contrôle tensionnel est-il meilleur –individuellement- dans la patientèle des médecins interrogés ou existe-il un phénomène de surestimation du contrôle tensionnel ?

En 2004, l'étude nationale FLASH a révélé que le mauvais contrôle de l'hypertension était plus fréquent chez les personnes âgées, touchant 52 % des plus de 75 ans.

L'étude nationale MONA LISA, réalisée de 2005 à 2007, a confirmé que la qualité du contrôle tensionnel se dégradait avec l'âge :

-le pourcentage de patients hommes bien contrôlés est de 29,4% chez les 35-44 ans et 19,7% chez les 65-74ans

-le pourcentage de patients femmes bien contrôlées est de 59,2% chez les 35-44 ans et 28,3% chez les 65-74 ans .

Enfin, l'étude nationale ENSS, menée entre 2006 et 2007, précisait que seuls 50,9 % des patients de 18 à 74 ans avaient un contrôle tensionnel satisfaisant[référence].

En 2005, dans JAMA, Loyd confirmait dans une étude américaine que le contrôle tensionnel des patients hypertendus sous traitement était moins satisfaisant chez les patients âgés[référence] :

*femmes contrôlées: 38% des moins de 60 ans, 28% des 60-79ans, 23% des plus de 80 ans(p inférieur à 0,001)

*hommes contrôlés :38% des moins de 60 ans, 36 % des 60-79ans, 38% des plus de 80ans(p=0,03)

Mais, à nouveau, il faut souligner qu'en France, les études nationales n'ont pas été menées spécifiquement chez des patients âgés de plus de 80 ans, mais plutôt chez des patients entre 65 ans à 80 ans. L'idée d'un contrôle tensionnel insuffisant chez les plus de 80 ans est une quasi-certitude - par extrapolation au vu des études précédentes – mais elle n'a pas été établie précisément pour cette classe d'âge dans notre pays.

2.1.3 Identification des obstacles au contrôle tensionnel

2.1.3.1 Les obstacles liés aux patients

Comme la majorité des études, les médecins interrogés ont souligné que l'observance du traitement dépendait de l'existence de troubles cognitifs/troubles mnésiques/démence, de déficit sensoriels et handicaps physiques, de comorbidités associés(polypathologie /polymédication), d'un isolement socio-familial, et d'une perception inappropriée de la maladie. Toutefois, la revue de la littérature avait mis en évidence d'autres facteurs de mauvais contrôle tensionnel, qui n'ont pas été cités par les médecins interrogés.

Les médecins interrogés n'ont pas identifié comme facteur limitant l'existence d'un syndrome dépressif, pourtant fréquent chez les sujets âgés. D'après le Professeur S. Legrain, le risque de mauvaise observance est multiplié par trois en cas de dépression, et ceci est valable aussi chez les patients âgés et très âgés.

De même, alors que les études montrent clairement que l'obésité et le diabète sont des comorbidités importantes majorant le mauvais contrôle tensionnel, un seul médecin a fait allusion au diabète.

Les médecins n'ont pas insisté sur les conséquences potentiellement néfastes du mode de vie(consommation excessive associée de tabac ou d'alcool, sédentarité excessive).

L'influence du niveau socio-culturel a été abordée par un médecin, précisant que l'incapacité de certains patients à lire les ordonnances ou la notices des traitements rendait plus difficile le contrôle tensionnel.

Enfin, alors que les études menées aux Etats-Unis ont indiqué que de faibles revenus retentissaient sur l'observance thérapeutique, cette idée n'a été évoquée que par un médecin. Ce dernier a insisté sur la nécessité de mettre en place rapidement une prise en charge à

100%(au titre d'une affection de longue durée) car les revenus faibles des personnes âgées pourraient limiter leur accès aux traitements. Pour les autres médecins, les revenus n'étaient pas un facteur limitant l'observance, sans doute parce que la prise en charge à 100% leur paraissait une évidence.

2.1.3.2 Obstacles liés aux règles hygiéno-diététiques

Les médecins ont indiqué que le régime pauvre en sel était difficile à proposer à ces patients et qu'il devait même être évité en raison des risques de déshydratation et de dénutrition. De plus, ils ont souligné que l'activité sportive était limitée chez ces patients -en raison des capacités fonctionnelles réduites- et se limitait plutôt à de la marche.

2.1.3.3 Obstacles liés au traitement

Les principaux obstacles identifiés par les médecins rejoignent ceux de la revue de la littérature:

***Les effets indésirables iatrogènes**

L'impact négatif des effets indésirables iatrogènes a été mis en avant par l'ensemble des médecins interrogés.

***Les schéma thérapeutiques complexes (notamment avec un nombre élevé de prise quotidienne)**

La plupart des médecins a insisté sur les effets délétères –sur l'observance- d'un nombre élevé de prise quotidienne médicamenteuse.

***La polypathologie/polymédication**

L'impact de la polypathologie, souligné par plusieurs médecins, a été mis en évidence lors d'études. En 1986, Darnell publia dans The Journal of the American Geriatrics Society une étude portant sur des patients âgés ambulatoires[80]. Dans cette étude, l'observance du traitement chez les personnes âgées dépendait directement du nombre de traitement pris.

Le taux d'observance était de 78 % pour 1 traitement, 54 % pour 3 traitements et seulement 21 % pour 6 traitements.

***Les conditionnements et/ou galéniques inadaptés**

***Les effets « négatifs » des médicaments génériques.**

Enfin, l'un des médecins interrogés a rejeté l'idée que le problème de contrôle tensionnel pouvait être lié une efficacité insuffisante des traitement prescrits, ce qui prouve la confiance accordée aux traitements antihypertenseurs.

«Est ce que les traitements en eux-mêmes ne sont pas assez efficaces ? Je ne pense pas, on a à notre disposition actuellement une panoplie de médicaments efficaces».(Dr O)

Pourtant, il semble que les traitement actuels soient surtout efficaces pour réduire la tension artérielle diastolique, alors que les sujets âgés sont le plus souvent porteurs d'une hypertension systolique(liée notamment à la rigidification artérielle).

2.1.3.4 Obstacles liés aux médecins

La grande majorité des médecins interrogés a décidé de ne pas majorer le traitement chez un patient très âgé même si les chiffres tensionnels étaient supérieurs aux objectifs «officiels», ce qui constitue un forme d'inertie thérapeutique d'après des études.

Pour motiver leur décision, les médecins ont évoqué des justifications prévisibles - antérieurement décrites dans des études cliniques- mais aussi des causes qui n'avaient pas été identifiées par notre revue de littérature.

2.1.3.4.1 L'inertie thérapeutique : un fait démontré

L'existence d'une inertie thérapeutique a été confirmée par plusieurs études.

Dans l'étude de Hyman en 2000[46], 35% des médecins n'augmentaient pas le traitement en cas de systolique persistante aux alentours de 158mmhg(p=0,049) chez des patients d'âge moyen (40-60 ans) sans facteurs de risque cardiovasculaires et 67 % des médecins n'intensifiaient pas le traitement en cas de systolique persistante à 158 mmhg(p inférieure à 0,001) chez des patients de plus de 70 ans.

En 2004, Andrade publiait dans the American Journal of Management Care [50] les résultats d'une enquête rétrospective de cohorte, incluant 681 patients hypertendus traités âgés de 45 à 84ans et ayant assisté à 3347 consultations médicales au total, en 1999.

Les résultats de cette étude montraient que :

*33% des patients traités étaient systématiquement au-dessus des objectifs tensionnels pendant l'ensemble des consultations

*les médecins n'ont intensifié le traitement que dans 45 % des consultations ou la pression systolique était supérieure à 180mmhg et dans 43% des consultations ou la pression artérielle diastolique dépassait 100 mmhg

L'étude internationale menée par Wang en 2007[53], portant sur 3800 patients hypertendus, a révélé que pour les consultations justifiant une intensification ou un changement du traitement, la modification par le médecin (cardiologue ou généraliste) n'était effectivement réalisée que dans 15 % des cas.

Enfin, dans son étude en 2006[52], Okonofua a apporté la preuve que l'un des principaux facteurs de risque de score d'inertie thérapeutique important était un âge élevé(des patients).

2.1.3.4.2 L'inertie thérapeutique: des causes pré-établies

Pour justifier cette décision de ne pas modifier le traitement, les médecins interrogés ont avancé plusieurs causes, dont la plupart ont effectivement été décrites dans la revue de littérature :

***La crainte des effets indésirables iatrogènes+++**

C'est la principale raison de l'inertie thérapeutique, mise en avant par les médecins interrogés et soulignée dans des études cliniques.

En 2002, Emeriau a publié dans la revue Angéiologie[55] les résultats d'une enquête transversale, basée sur un questionnaire soumis à 1921 médecins, assurant la prise en charge de patients hypertendus âgés de plus de 75 ans.

Les résultats de cette étude ont indiqué que :

*28,7% des médecins hésitaient à mettre en œuvre les recommandations de l'ANAES(nouvellement Haute Autorité de Santé) publiées en 2000, par crainte de la survenue

d'effets indésirables iatrogéniques comme une hypotension artérielle orthostatique et/ou une chute.

*les réticences à adapter le traitement -exprimées par les médecins- augmentaient avec l'âge des patients : 10,9% des médecins pour les patients de 65-75 ans, 26,6% des médecins pour les patients de 75 à 85 ans et 46,5% des médecins pour les patients de plus de 85 ans.

*ces réticences semblaient motivées plus souvent par la crainte des effets secondaires des traitements(63,7% des cas) que par la crainte des effets "néfastes" d'une normalisation tensionnelle(notamment , crainte de majorer des troubles cognitifs , 28,7% des cas).

***La satisfaction concernant les chiffres obtenus**

La grande majorité des médecins interrogés semblait satisfaite des chiffres tensionnels obtenus chez le patient de 91 ans sous traitement, d'où l'inutilité -d'après eux- d'une majoration du traitement.

En 2006, l'étude PRESCAP a effectivement révélé que la conviction d'avoir atteint un contrôle tensionnel satisfaisant était le principal facteur de non-modification thérapeutique chez des patients non contrôlés.

***Le non respect ou la méconnaissance des recommandations**

Aucun médecin n'a indiqué explicitement que la méconnaissance des recommandations officielles pouvait avoir un impact négatif sur la prise en charge des patients âgés hypertendu. Pourtant, dans une étude réalisée en Allemagne et publiée en 2001[57], Hagemester a démontré que la connaissance des recommandations concernant l'hypertension n'était satisfaisante que chez 18,8% des médecins généralistes.

Au cours de l'entretien du Dr B, médecin remplaçant, il nous a effectivement semblé que celui-ci n'était pas vraiment informé des recommandations concernant la prise en charge des patients très âgés hypertendus, alors qu'il en avait dans sa patientèle.

2.1.3.4.3 L'inertie thérapeutique: des causes innovantes

Avant tout, d'une manière très précise, les médecins nous ont indiqué les facteurs -liés aux patients-qui d'après eux détermineraient une majoration du traitement: l'âge du patient(moins élevé), un état général conservé, la présence d'autres facteurs de risque cardiovasculaires(diabète, dyslipidémie...), l'existence de symptômes et de signes fonctionnels liés à l'hypertension(céphalées, vertiges...), la préexistence de comorbidités et de complications cardiovasculaires(cardiopathie ischémique, arythmie cardiaque...).

On peut donc supposer que-a contrario- un âge très élevé, un état général altéré, l'absence de signes fonctionnels, l'absence d'autres facteurs de risques cardiovasculaires ou de complications cardiovasculaires sont des d'éléments qui inciteraient les médecins à ne pas majorer le traitement, même en cas de mauvais contrôle tensionnel.

D'autres part, grâce aux entretiens, nous avons découvert de nouvelles informations – précieuses- concernant les motivations qui guident les médecins et qui les incitent à ne pas modifier le traitement en cas de contrôle tensionnel insatisfaisant. Les justifications suivantes n'apparaissaient pas dans notre revue de littérature.

***Une priorité accordée à la qualité de vie**

Leur décision de ne pas modifier le traitement provenait aussi de la volonté absolue de privilégier la «qualité de vie des patients plutôt que la quantité de vie», en préservant l'autonomie des patients et en évitant de prescrire un traitement potentiellement source de contraintes et d'effets indésirables iatrogènes.

Les médecins interrogés semblaient attachés à préserver la qualité de vie de leurs patients très âgés, afin que ces derniers puissent profiter «au mieux» des années qui leur resteraient à vivre.

***Des doutes sur l'intérêt réel d'une modification thérapeutique**

Certains médecins ne majoraient pas le traitement antihypertenseur car ils disaient ne pas savoir si cette modification apportait réellement un gain pour les patients, en terme de morbidité cardiovasculaire.

***Un renouvellement des ordonnances parfois « automatisé »**

Deux des médecins interrogés ont souligné l'idée que –parfois- les consultations aboutissaient à des renouvellements d'ordonnances quasi-automatisés, ou les médecins pouvaient

reconduire machinalement et sans réfléchir le traitement préexistant, sans modification, même en cas de mauvais contrôle tensionnel.

2.1.3.5 Obstacles liés à la relation médecin-malade

Les médecins interrogés ont bien souligné que la relation médecin-malade influe directement sur la qualité du contrôle tensionnel, notamment via l'observance thérapeutique du patient. Ainsi, comme dans la revue de la littérature, les éléments mis en avant par les médecins étaient la conviction affichée du prescripteur/l'existence de doutes concernant les intérêts du traitement, les défauts de communication médecin-malade (manque de motivation du patient par le médecin), les relations de mauvaise qualité (manque de confiance accordée par le patient au médecin) et l'intervention d'autres prescripteurs comme les cardiologues.

Le caractère primordial de la relation médecin-malade est d'ailleurs souligné dans plusieurs textes officiels, comme par exemple les recommandations de l'HAS en 2005.

Un seul médecin a abordé l'impact d'un défaut de communication médecin-malade et de leur rôle d'information et d'éducation thérapeutique, alors qu'il s'agit d'un facteur essentiel, mis en avant dans les études cliniques.

Pour améliorer réellement l'observance du traitement, il nous semble vraiment indispensable d'agir aussi en amont, en prenant le temps d'informer les patients concernant l'hypertension artérielle. Peut-être faudrait-il enseigner aux patients qu'il s'agit bien d'une maladie (au-delà d'un simple facteur de risque), chronique, à risque de complications potentielles graves et invalidantes (accident vasculaire cérébral et handicap, insuffisance cardiaque...) et pour laquelle il existe –heureusement– des traitements efficaces dont les intérêts ont été démontrés mais dont les effets sont suspensifs. Une fois informés de ces éléments, il est possible que les patients limiteraient leurs «oublis volontaires» du traitement et prendraient celui-ci plus sérieusement.

2.1.4 Mesures correctives proposées

Pour améliorer la prise en charge des patients très âgés hypertendus, les médecins ont réalisé des propositions, propositions toutes citées dans la revue de la littérature.

Ces « solutions » consistaient à :

- adapter la prescription et moduler le schéma thérapeutique: choisir le médicament ayant le moins d'effets indésirables, limiter le nombre de traitements prescrits et le nombre de prises quotidiennes, adapter la galénique au capacité du patient.
- améliorer l'observance en proposant des système d'aide à la prise du traitement(intervention des familles, aides à domicile, infirmières à domicile, piluliers/semainiers)
- éviter les arrêts intempestifs de traitement, en informant d'emblée les patients des effets indésirables iatrogènes potentiels et en leur proposant des mesures pour prévenir ou limiter ces effets indésirables.

2.2 Apports de l'étude et hypothèses explicatives

Les réponses des médecins interrogées nous ont fait découvrir de nouveaux points de vue, de nouvelles pistes de réflexion sur la prise en charge des patients hypertendus très âgés. Il nous semblait important d'explorer -entre autre- la «tolérance aux chiffres tensionnels», la différence entre les traitements préconisés par les recommandations et ceux que prescrivent les médecins, et la validité des recommandations chez les patients très âgés.

2.2.1 Les fondements de la tolérance

Grace aux entretiens, nous avons pu établir que la majorité des médecins interrogés faisait preuve d'une certaine tolérance concernant les chiffres tensionnels des patients hypertendus âgés. La valeur-seuil pour le diagnostic d'hypertension était plus élevée que le traditionnel « 14/9 », le traitement était débuté en présence de chiffres plus élevés et était

majoré avec une extrême prudence, les objectifs tensionnels fixés étaient souvent au-delà du 15mmhg proposé par les recommandations.

Pour comprendre les raisons profondes de cette tolérance, nous avons recherché des hypothèses à ce phénomène.

Avant tout, le concept d'hypertension « normale avec l'âge » est-il encore ancré chez certains médecins français ? Des médecins considèrent-ils toujours que l'hypertension des sujets âgés est un processus physiologique et qu'elle doit absolument être respectée, au risque d'atteindre des chiffres très élevés avec des complications cardiovasculaires potentielles?

Par ailleurs, le fait d'utiliser des valeurs-seuils très élevées pour le diagnostic, allant jusqu'à 180 mmhg pour certains médecins, n'est-il pas un moyen d'éviter la mise en route d'un traitement dont chacun craint inconsciemment les potentiels effets indésirables ?

Car, si les chiffres tensionnels du patient ne dépassent pas le seuil « aléatoire » établi, le diagnostic d'hypertension n'est pas établi, et le traitement n'a donc pas besoin d'être institué....

Même s'ils reconnaissent les bienfaits du traitement, certains médecins fixent-ils un seuil élevé pour ne pas être confrontés à la difficulté de devoir débiter un traitement antihypertenseur, avec tous ses risques et contraintes? Les causes de cette tolérance seraient alors potentiellement les mêmes que l'inertie thérapeutique: la peur du traitement et de ses effets indésirables iatrogènes, la difficulté de traiter des patients très âgés et fragilisés ayant une espérance de vie limitée, la crainte d'altérer la qualité de vie des patients.....

2.2.2 A propos du traitement choisi

Les cinq classes d'antihypertenseurs ont toutes démontré leur efficacité pour corriger l'hypertension mais les diurétiques thiazidiques- depuis l'étude ALLHAT en 2002- sont considérés comme les antihypertenseurs les plus efficaces.

Une méta-analyse de la JAMA-incluant 192 472 patients- a confirmé en 2003 qu'aucune classe d'antihypertenseur(inhibiteurs calciques, B bloquants, IEC, ARA2, alpha bloquants) n'était supérieure aux diurétiques pour contrôler l'hypertension

Pour choisir un traitement antihypertenseur, les médecins ont pris en compte les effets indésirables iatrogènes potentiels et leurs expériences professionnelles, plutôt que les recommandations.

Alors que les recommandations proposent d'employer en première intention un traitement par diurétiques ou inhibiteurs calciques, la majorité de médecins interrogés se refusait à prescrire des diurétiques chez les sujets très âgés.

Dans cette classe d'âge, ce traitement semblait source de crainte voire d'inquiétude, notamment à cause des risques de déshydratation, d'hypotension avec chute et de troubles métaboliques qui lui sont reprochés. L'«épisode de la canicule » en 2003 était par ailleurs mis en avant par les médecins, pour souligner la nécessité d'être prudent dans la prescription des diurétiques. En cas de nouvelle canicule, un traitement par diurétique pourrait majorer la déshydratation, donc aggraver la morbi-mortalité liée aux conditions climatiques.

Plutôt que des diurétiques, les médecins interrogés ont indiqué prescrire des inhibiteurs calciques, des IEC, des ARA 2, des B-bloquants voire même de antihypertenseurs centraux (qui sont pourtant des traitements plutôt inusités, non recommandés car n'ayant pas montré d'efficacité sur la morbi-mortalité cardiovasculaire).

Ce «sous-emploi» des diurétiques chez les personnes âgées avait été mis en évidence par l'étude de Lloyd en 2005 : chez les plus de 80 ans, seuls 23% des hommes et 38% des femmes étaient traités par diurétiques, la majorité des patients étant traitée par B-bloquants ou par inhibiteurs calciques.

En évitant de se conformer aux recommandations et en choisissant de ne pas prescrire des diurétiques thiazidiques -choix qui nous semble basé sur un principe de prudence- les médecins provoquent-ils une perte de chance pour leurs patients, en terme de morbi-mortalité cardiovasculaire ?

Mais, en parallèle, les études servant de références n'ont pas été menés spécifiquement chez des patients de plus de 80 ans. Dans l'étude ALLHAT, le critère d'inclusion lié à l'âge était de plus de 55 ans, et 93,5% des patients inclus avaient moins de 80 ans.....

2.2.3 Validité et pertinence des études à l'origine des recommandations

La prise en charge «recommandée» des sujets très âgés hypertendus est fondée sur des études menées majoritairement chez des patients de moins de 80 ans.

Les études traitant spécifiquement des plus de 80 ans sont rares, et se résument quasiment à l'étude HYVET.

Ceci nous amène à nuancer un peu la validité des recommandations chez les patients très âgés.

Avant tout, il faut analyser les recommandations initiales concernant les patients très âgés.

Jusqu'à dernièrement, la prise en charge des patients hypertendus de plus de 80 ans n'était basée que sur les recommandations 2005 de l'HAS, ce qui aboutissait à réaliser -par extrapolation- la même prise en charge diagnostique et thérapeutique que chez les patients plus jeunes. Les seules spécificités soulignées étaient la nécessité d'une confirmation par MAPA ou automesure, et l'objectif tensionnel plus élevé à 15/9.

Concernant le traitement, l'HAS s'était basée sur les résultats d'études cliniques, et en particulier sur ALLHAT. Depuis l'étude ALLHAT, les diurétiques thiazidiques sont considérés comme le traitement de première intention, efficace et moins coûteux, dans toutes les classes d'âge.

Or, l'étude ALLHAT n'a pas été réalisée spécifiquement chez des patients de plus de 80 ans. Le critère d'inclusion lié à l'âge était «plus de 55 ans» et les patients de plus de 80 ans ne représentaient qu'une petite part de l'échantillon total : 19,1% des patients avaient entre 55 et 59 ans, 45,8% entre 60 et 69 ans, 28,6% entre 70 et 79 ans, et 6,5% des patients avaient plus de 80 ans.

HYVET était la seule étude de grande envergure incluant uniquement des patients de plus de 80 ans. Dans sa phase pilote, elle comparait un diurétique thiazidique et un inhibiteur de l'enzyme de conversion à un placebo, montrant qu'il y avait une diminution de pression artérielle sous diurétiques(tension moyenne=152/84) et sous inhibiteur de l'enzyme de conversion(tension moyenne=151/84)mais pas sous placebo(tension moyenne=174/95).

Mais, les auteurs de l'études n'ont pas vraiment juger utile de comparer les deux traitements efficaces entre eux, acceptant le principe que les diurétiques étaient le traitement de choix. De ce fait, dans la phase définitive, Hyvet ne faisait que comparer un diurétique au placebo.

Sachant que les diurétiques constituent le traitement le plus efficace dans des études incluant des patients plus jeunes, il est possible de faire une extrapolation et de considérer que c'est aussi le traitement le plus efficace chez les plus de 80 ans, mais sans en avoir une preuve établie avec certitude.

Depuis les résultats de l'études HYVET, aucune recommandation «officielle» émanant de l'HAS n'a été diffusée, concernant les patients très âgés hypertendus.

Pour adapter leur prise en charge, les médecins généralistes doivent se référer à des articles publiés par d'autres médecins(en particulier gériatres comme le Dr Hanon ou le Pr Girerd) et basés sur les résultats d'HYVET.

Or, concernant l'étude HYVET définitive, nous avons précédemment montré que ses auteurs avait basé leurs conclusions sur un critère de jugement secondaire(diminution de la mortalité toute cause de 21%) et moyennement significatif($p=0,02$ plutôt qu'idéalement inférieur à 0,01 pour un critère secondaire), alors même que le résultat du critère de jugement principal(réduction des AVC de 30%) n'était pas statistiquement significatif lors l'analyse en intention de traiter($p=0,06$). En analyse statistique, une conclusion d'étude basée sur des critères de jugement secondaires est par principe considérée comme ayant « moins de valeurs ».

Ces réserves sur les résultats d'HYVET ne nous semblent pas -bien sur- remettre en cause l'intérêt du traitement antihypertenseur chez les patients de plus de 80 ans.

Mais, pour améliorer encore la prise en charge, il nous paraît important que soient réalisées dans l'avenir -chez ces patients- d'autres études, statistiquement irréprochables, pour confirmer ou non les résultats d'HYVET.

Quelques études fiables et aux résultats concordants pourraient servir de base de travail pour la préparation de nouvelles recommandations de l'HAS, d'un niveau de preuve supérieur, traitant spécifiquement de la prise en charge de l'hypertension des patients très âgés.

2.2.4 A propos des risques d'une hypertension insuffisamment contrôlée

Certains médecins nous ont indiqué qu'ils ne souhaitaient pas modifier le traitement car il leur semblait primordial de préserver la qualité de vie des patients. Cette intention-qui paraît louable - doit être confrontée aux risques encourus par un patient présentant une hypertension imparfaitement contrôlée. Justement, sait-on précisément quels sont ces risques ?

Un des médecins interrogés nous a indiqué qu'il doutait des bénéfices réels d'une augmentation du traitement et qu'il lui semblait qu'aucune étude n'avait démontré un gain en terme de morbi-mortalité chez les patients mieux contrôlés. Il hésitait donc à modifier le traitement, en disant qu'il fallait être plutôt prudent à cause des effets indésirables. D'après

lui, en majorant le traitement, «on savait exactement ce que l'on faisait perdre aux patients (notamment de la qualité de vie, à cause de l'apparition d'effets iatrogènes comme une hypotension orthostatique)alors qu'on ne savait pas exactement ce qu'on allait leur faire gagner ».

Les études menées chez les patients de plus de 80 ans hypertendus-notamment HYVET en 2008 -ont indiqué qu'instituer un traitement chez ces patients permettait de réduire la morbidité voire la mortalité cardiovasculaire, en diminuant notamment la survenue d'accidents vasculaires cérébraux, de poussée d'insuffisance cardiaque, de cardiopathie ischémique et même de démence. Les bénéfices du traitement étant indéniables, la mise en route du traitement antihypertenseur chez les patients âgés hypertendus n'est donc plus à remettre en cause.

Mais une fois le traitement débuté, qu'en est-il de l'adaptation du traitement, lorsque le contrôle tensionnel n'est pas atteint ?

Dans toutes nos recherches, nous n'avons effectivement pas trouvé d'études qui portaient sur la survenue de complications cardiovasculaires chez des patients hypertendus très âgés traités, en comparant des patients équilibrés et des patients non équilibrés.

En tolérant chez ces patients des tensions artérielles à 16, 17 sous traitement, leur fait-on vraiment courir un risque en terme de morbimortalité cardiovasculaire ? Y a t-il une vraie perte de chance ? Ce risque cardiovasculaire -s'il existe - est-il plus « grave » que le risque d'effet indésirables iatrogènes en cas d'augmentation du traitement (hypotension artérielle, chute et complications traumatiques notamment) ? Quelle situation est la plus délétère pour les patients: «être sous-traité et risquer des complications cardiovasculaires» ou «être sur-traité et risquer des complications iatrogènes» ?

Nous n'avons malheureusement pas trouvé de réponses à ces questions, et c'est bien là le dilemme auquel sont confrontés quotidiennement les médecins généralistes qui prennent en charge ces patients très âgés hypertendus....

3. Propositions et pistes d'approfondissement

3.1 Quelques propositions

Nous avons constaté que la prise en charge optimale des patients âgés hypertendus se heurte à certains obstacles, liés aux patients, aux traitements et aux médecins prescripteurs. La plupart de ces obstacles sont surmontables grâce à quelques mesures correctives.

Parmi les facteurs limitants, on retrouve un principe de « tolérance » appliqué par certains médecins généralistes, pour le diagnostic d'hypertension, la mise en route du traitement, les objectifs tensionnels et les modifications thérapeutiques chez leurs patients hypertendus très âgés. Parfois, cette tolérance aboutit à une volonté ferme de ne pas majorer le traitement même en cas de mauvais contrôle tensionnel. Cette réserve à modifier le traitement est basée sur des craintes et motivations complexes, dont certaines sont justifiées par la prudence et d'autres paraissent plus incertaines.

Nous allons donc faire des propositions qui puissent confirmer ou infirmer la nécessité de « prudence et de réserve » mis en avant par certains médecins, afin d'améliorer la prise en charge des patients âgés hypertendus.

***Faire prendre conscience aux médecins prescripteurs de l'influence de leur ressenti**

Chaque médecin développe une opinion et un ressenti personnels, différents, concernant la réalité et la gravité ou non de l'hypertension chez les personnes très âgées.

Au-delà des recommandations et des textes officiels, ce ressenti influe probablement sur la manière dont les médecins gèrent leurs patients hypertendus, et explique l'existence de stratégies thérapeutiques diverses allant de la rigueur à la tolérance parfois très poussée.

Comme pour d'autres pathologies prévalentes, il serait utile de mettre en place des études visant à évaluer non seulement la gestion des médecins mais encore les motivations inconscientes, le ressenti sous-jacent, les représentations subjectives qui constituent les « tenants et aboutissants » de cette gestion.

C'est aussi –peut être- un moyen de faire prendre conscience aux médecins que certaines appréhensions -bien que compréhensibles- ne sont parfois pas médicalement justifiées.

***Faire prendre conscience aux médecins du problème de contrôle tensionnel**

Dans notre étude, la majorité des médecins interrogés avançait des chiffres de contrôle tensionnel élevés, nettement supérieurs à la moyenne nationale. Ces chiffres sont possiblement une réalité, mais il existe aussi un risque que les médecins surestiment le contrôle tensionnel de leurs patients et soient alors moins attentifs ou vigilants aux chiffres obtenus.

Une mesure intéressante consisterait à mener une étude auprès de médecins généralistes, en comparant le pourcentage de contrôle tensionnel déclaré au pourcentage de contrôle tensionnel réel (obtenu à partir des dossiers informatisés des patients très âgés hypertendus). Cette « preuve par les chiffres » serait sans doute un moyen efficace de marquer les esprits des médecins généralistes pour leur faire réaliser l'importance et l'enjeu du problème.

***Améliorer l'accès des médecins généralistes aux résultats des études cliniques récentes**

Pour lutter contre le concept d'hypertension «physiologique à respecter» adopté par certains médecins, il faudrait leur faire réaliser les conséquences réelles d'une hypertension non traitée, et les bénéfices concrets du traitement antihypertenseur. Le meilleur moyen serait certainement de diffuser -à plus large échelle- les résultats récents de quelques études cliniques ayant une validité scientifique certaine.

Ainsi en 2008, les résultats de l'étude HYVET -qui démontrait les bénéfices cardiovasculaires du traitement antihypertenseur chez des patients de plus de 80 ans- ont été publiés dans la revue de renommée internationale The Lancet, puis repris à l'échelon national dans La revue Prescrire. La diffusion de ce type d'étude pourrait permettre de modifier - progressivement - certaines croyances encore solidement ancrées.

***Améliorer l'accès des médecins aux recommandations et textes officiels**

Pour tenter d'améliorer la prise en charge des patients hypertendus –notamment très âgés- des études cliniques ont été menées depuis plusieurs années. A partir des résultats de ces études, des recommandations et des textes officiels ont été rédigés, pour servir de référentiels et aider les médecins parfois mis en difficulté par des situations complexes. La connaissance -même partielle- de ces recommandations pourrait être une aide appréciable, d'où l'intérêt de diffuser largement ces recommandations.

Dans ce but, des campagnes d'information sur le traitement des personnes âgées hypertendues sont actuellement organisées par l'Assurance Maladie auprès des médecins généralistes, sous formes d'entretiens confraternels menés par des médecins conseils.

L'un des autres techniques envisageable serait le développement de séances communes de Formation Médicale Continue accessibles aux médecins généralistes.

***Mettre en place des groupes de travail pluridisciplinaires**

Afin d'optimiser la prise en charge des patients, il serait utile d'organiser des groupes de travail pluridisciplinaires, constitués notamment de médecins généralistes, de cardiologues et de gériatres. L'objectif de ces réunions serait alors non seulement d'amener ces médecins à confrontés leur point de vue, leurs opinions, leurs gestions de ces patients mais encore de mettre en commun des connaissances riches et diverses pour aider chaque médecin qui serait mis en difficulté par une situation particulière(hypertension réfractaire....).

***Organiser des études cliniques portant sur la tolérance des différentes classes d'antihypertenseurs**

Beaucoup de médecins sont réticents à prescrire des diurétiques aux patients très âgés par crainte des effets indésirables, alors qu'il s'agit de la classe thérapeutique la plus efficace.

Il serait intéressant, pour confirmer ou infirmer ces craintes et pour modifier les habitudes de prescription, de réaliser des études cliniques claires comparant les effets iatrogènes des différents antihypertenseurs(fréquence et gravité des effets indésirables, retentissement concret sur la qualité de vie des patients...)

***Organiser des études cliniques portant sur les conséquences du contrôle tensionnel**

Au cours des entretiens, deux médecins ont soulevé une notion qui nous a interpellés et amenés à réfléchir. Existe t-il des preuves scientifiques qu'un patient présentant une hypertension traitée mais insuffisamment contrôlée (juste au-dessus de l'objectif officiel de 150mmhg) est exposé à des risques majorés de complications cardiovasculaires ?

Pour le diabète par exemple, nous connaissons depuis longtemps les conséquences microvasculaires et macrovasculaires d'un diabète insuffisamment équilibré pendant plusieurs années, mais qu'en est-il de l'hypertension artérielle ?

Nous pensons qu'il s'agit d'une question fondamentale, que se posent beaucoup de médecins généralistes avant de décider ou non de majorer le traitement en fonction du rapport bénéfice/risque.

Une réponse claire et scientifiquement valide à cette question pourrait peut-être amener un changement dans les pratiques quotidiennes.

Pour ce faire, il faudrait mettre en place des études cliniques quantitatives auprès de patients hypertendus très âgés tous traités, divisés en deux groupes: un groupe avec un contrôle tensionnel satisfaisant (grâce à une adaptation optimale du traitement) et un groupe laissé avec des chiffres au-delà des objectifs tensionnels. Le but serait alors de comparer, dans ces deux groupes, la survenue de complications liées à l'hypertension (AVC, insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique, atteintes oculaires, insuffisance rénale...), et d'évaluer la survenue d'effets indésirables iatrogènes dans le groupe à « traitement » optimal.

Connaitre -avec certitude- les bénéfices et les risques d'une modification thérapeutique pourrait aider les médecins dans leur prise de décision.

3.2 Application concrète des propositions

Les propositions précédemment exposées se heurtent à plusieurs obstacles.

La diffusion, dans des revues scientifiques, des résultats d'études récentes est une mesure réalisable sans grandes difficultés, et déjà en cours actuellement.

En revanche, les enquêtes auprès de médecins généralistes, les séances de formation médicale continue, les groupes de travail pluridisciplinaires sont des mesures potentiellement onéreuses, avec un coût probablement rédhibitoire pour les acteurs du système de santé.

Même si des efforts louables sont actuellement réalisés par l'Assurance Maladie, il faut garder à l'esprit que l'optimisation de la prise en charge des patients âgés hypertendus n'est peut-être pas une priorité pour les « décideurs » du système de santé. Le problème de contrôle tensionnel touchant toutes les classes d'âge de patients, lorsqu'il sera décidé de prendre des mesures concrètes, elles concerneront probablement en priorité les patients plus jeunes, productifs et membres actifs de la vie économique... Pour certains se pose encore le problème de l'intérêt de mieux traiter des personnes de plus de 80 ans, considérées comme ayant de toute façon une espérance de vie limitée...

Enfin, concernant la réalisation d'études cliniques sur les intérêts d'un contrôle tensionnel strict, l'espérance de vie limitée des patients de plus de 80 ans est sans doute l'un des principaux obstacles. Les années de suivi nécessaires à une étude fiable seraient probablement difficiles à obtenir

CONCLUSION

En France, les études indiquent que moins de 50% des patients hypertendus traités présentent des chiffres tensionnels correspondant aux objectifs recommandés, et ce constat s'applique particulièrement aux patients très âgés.

La prise en charge «optimale» de ces patients se heurte à divers obstacles, liés aux patients et aux traitements -par le biais d'une mauvaise observance thérapeutique- mais aussi aux médecins prescripteurs et à la qualité de la relation médecins-malades.

Des comorbidités comme les troubles cognitifs/démence, la polypathologie/polymédication, l'isolement socio-familial et une perception parfois inappropriée de l'hypertension sont les principaux facteurs de «mauvais contrôle tensionnel» liés aux patients très âgés.

Les effets indésirables iatrogènes, un nombre élevé de prises médicamenteuses quotidiennes et la délivrance de médicaments génériques sont les principaux obstacles liés aux traitements pharmacologiques.

La mise en place de systèmes d'aide à la prise du traitement(intervention de la famille/aides à domicile/infirmière à domicile, utilisation de piluliers et de semainiers) et le respect de règles de prescription améliorant l'observance (adaptation du schéma thérapeutique, prévention et traitement des effets indésirables iatrogènes) peuvent limiter l'impact de ces obstacles.

Dans leur prise en charge des patients hypertendus très âgés, les médecins prescripteurs appliquent souvent un principe de «tolérance», pour les chiffres-seuils et les objectifs tensionnels. Par ailleurs, la majoration du traitement antihypertenseur fait fréquemment l'objet d'une réticence, que des études assimilent à de l'inertie thérapeutique. L'inquiétude pour ces patients fragilisés, la crainte des effets indésirables iatrogènes, la volonté de privilégier la qualité de vie, les doutes sur l'intérêt de modifications thérapeutiques, et la satisfaction envers les chiffres tensionnels obtenus sont principalement à l'origine de cette réticence.

En présence de chiffres tensionnels encore élevés sous traitement, les médecins généralistes sont confrontés à des questions essentielles. Faut-il majorer ou non le traitement antihypertenseur chez les patients très âgés ? Quels sont les bénéfices attendus ? Quels sont les risques encourus ?

Pour aider les médecins dans cette difficile prise de décision, des études cliniques complémentaires sont nécessaires. Déterminer la fréquence et la gravité réelles des effets indésirables iatrogènes, identifier les risques concrets d'un contrôle tensionnel «sub-optimal», préciser les bénéfices d'un contrôle tensionnel strict(en terme de qualité de vie, de morbidité et de mortalité notamment cardiovasculaires) sont autant d'objectifs à atteindre pour améliorer encore la prise en charge des patients très âgés hypertendus.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Staessen JA, Gasowski J, Wang JG et al. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta analysis of outcome trials. Lancet 2000, 355(9207):865-872.
- [2] Girerd X, Murino M, Etudes FLASHs: un tableau de bord de l'épidémiologie de l'HTA en France. Numéro spécial HTA. Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle. Le Cardiologue n° 306, novembre 2007: 6-9.
- [3] Dannenberg A, Garrison R, Kannel W. Incidence of hypertension in the Framingham Study. Am J Public Health 1988, 78(6): 676-679.
- [4] Pla A, Division Enquêtes et Etudes démographiques, INSEE. Bilan démographique 2008: Plus d'enfants de plus en plus tard. INSEE première N°1220, janvier 2009.
- [5] Haute Autorité de Santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle -Actualisation 2005. Paris: HAS; 2005.
Accessible sur <http://www.has-sante.fr>.
- [6] Girerd X, Hypertension du sujet âgé. La Revue de Médecine Interne 2004, 25: S349-S350.
- [7] Rédaction Prescrire, Hypertension artérielle de l'adulte. Des repères pour réduire la morbidité et la mortalité cardiovasculaires. Revue Prescrire 2004, 24(253): 601-611.
- [8] Hanon O, Prise en charge de l'hypertension artérielle du sujet très âgé. La Presse Médicale 2006, 35(6): 1047-1053.
- [9] Hanon O, Traitement de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie 2007, 7(38): 30-37.
- [10] Rédaction Prescrire, Traiter l'hypertension artérielle des patients de plus de 80 ans. Revue Prescrire 2008, 28(301) : 851.

- [11] Beckett S, Peters R, Fletcher E et al, Treatment of hypertension in patients 80 years of age and older. *New England Journal of Medicine* 2008, 358 : 1887-1898.
- [12] Wagner A, Arveiler D, Ruidavets JB et al, Etat des lieux de l'hypertension artérielle en France en 2007: l'étude MONA LISA. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, Numéro Thématique 16 décembre 2008: Surveillance de l'hypertension artérielle en France , N° 49/50 : 484-487.
- [13] Kearney PM, Whelton M, Reynolds K et al. Global Burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005, 365(9455): 217-223.
- [14] FranklinS, Gustin W, Wong ND et al, Hemodynamics patterns of age related changes in blood pressure. The Framingham Heart Study. *Circulation* 1997, 96: 308-315.
- [15] Lewington S, Ckarke R, Qizilbash N et al, Age specific releveance of usual blood pressure to vascular mortality, an analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002, 360(9349): 1903-1913.
- [16] Benetos A, Thomas A, Bean et al, Role of modifiable risks factors in life expectancy in the elderly. *J Hypert* 2005, 23: 1803-1808.
- [17] SHEP Cooperative Research Group, Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Programm(SHEP), *JAMA* 1991 , 265 : 3255-3264.
- [18] Staessen JA, Fagerd R, Thijs L et al, Randomised double blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension: The Systolic Hypertension in Europe Trials(SYSTEUR). *Lancet* 1997, 350: 757-764.
- [19] Liu L, Wang JG, Gong L et al for the Systolic Hypertension in China(SYST CHINA) Collaborative group, Comparison of active treatmentand placebo for older patients with isolated systolic hypertension, *J Hypertens* 1998 , 16: 1823-1829.

- [20] Geyffier F, Bulpitt C, Boissel JP and INDANA group, Antihypertensive drugs in very old people: a subgroupe metanalysis of randomised controlled trial. *Lancet* 1999, 353(9155): 793-796.
- [21] Lithell H, Hanson L, Skoog I et al , The Study on COgnition and Prognosis in the Elderly (SCOPE): principal results of a randomized double blind intervention trial, *J Hypertens* 2003, 21(5) : 875-886.
- [22] Bulpitt CJ, Becket NS, Cook J et al, Results of the pilot study for the HYpertension in the Very Elderly Trial (HYVET PILOT), *J Hyperten* 2003, 21(12), 2409-2417.
- [23] Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration, Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta analysis of randomised trials. *BMJ* 2008, 336(7653): 1121-1123.
- [24] Pedelty L, Gorelick P, Management of hypertension and cerebrovascular disease in the elderly . *Am J Med* 2008, 121 : S23-S31.
- [25] Collins R, Peto R, MacMahon S et al, Blood pressure, stroke and coronary heart disease. *Lancet* 1990, 335, 827-838.
- [26] Dahlof B, Lindholm L, Hansson L et al, Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old Patients with hypertension(STOP hypertension), *Lancet* 1991, 338(8778), 1281-1285.
- [27] Lawes C, Bennet DA, Feizin V, Blood pressure and strokes: an overview of published reviewes, *Stroke* 2004, 35: 776-785.
- [28] Forette F, Seux ML, Staessen JA et al, The prevention of dementia with antihypertensive treatments: New evidence from the Systolic Hypertension in Europe Study (SYST EUR), *Arch Intern Med* 2002(162): 2046-2052.
- [29] The PROGRESS Collaborative group, Effects of blood pressure lowering with perindopril and indepamide therapy in dementia and cognitive decline in patients with cerebrovascular disease. *Arch Intern Med* 2003, 163: 1069-1075 .

[30] Peters R, Beckett NS, Forette F, Incident dementia and blood pressure lowering in the hypertension in the Very Elderly Trial Cognitive fonction assessment(HYVET COG), a double blind placebo controlled trial, the Lancet Neurology 2008, 7(8), 683-689.

[31] Whelton P, Appel J, Espeland M, et al for the TONE Collaboration group, Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension of older persons: a randomized controlled Trial Of Non pharmacological interventions in the Elderly (TONE), JAMA 1999, 279, 839-846.

[32] Appel LJ, The Verdict from ALLHAT: Thiazide diuretics are the preferred initial therapy for hypertension , JAMA 2002, 288(23), 3039-3042.

[33] Psaty B, Lemley J, Furberg CD et al, Health Outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first line agent: a network meta analysis, JAMA 2003, 289: 2534-2543.

[34] Registres français des cardiopathies ischémiques. Facteurs de risque et comportements de prévention dans la population des trois registres MONICA-France. Enquête de population 1994-1997. Monographie éditée par la Fédération Française de Cardiologie: Paris 1998.

[35] Chamontin B, Poggi L, Lang T et al, Prevalence, treatment and controle of hypertension in the French population in 1994, Am J Hypertens 1996, 11(6): 759-762.

[36] Rorive G, Clément D, Etude HELP, un tableau réaliste de la population hypertendue en Belgique. Arch Mal Coeur 1997, 90 (41) : p 62.

[37] Brindel P, Hanon O, Dartigues JF et al, Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the elderly.The tree cities Study, J Hypertens 2006, 24(1): S1-S8.

[38] Godet T, Vernay M, Noukokpe A et al, Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans: l'étude ENNS 2006-2007. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Numéro thématique 16 décembre 2008. Numéro thématique: surveillance de l'hypertension artérielle en France, N° 49/50: 479-484.

[39] Lloyd-Jones D, Evans J, Levy D, Hypertension in adults across the Age Spectrum. JAMA 2005, 294: 466-472.

[40] Lloyd-Jones D, Evans J, Larson M et al, Differential control of systolic and diastolic blood pressure: Factors associated with lack of blood pressure control in the community. Hypertension 2000, 36: 594-599.

[41] Hyman D, Pavlik N, Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in USA, New England Journal of Medicine 2001, 349: 476-486.

[42] Knight E, Bohn L, Wang P et al, Predictors of uncontrolled hypertension in ambulatory patients, Hypertension 2001,38:809-814

[43] Maziak W, Keil U, Doring A et al, Determinants of poor hypertension management in the community. J Hum Hypertens 2003, 17: 215-217.

[44] Oparil S, Calhoun D, Managing the patient with Hard-to-Control Hypertension, American Family Physician 1998, 57(5): 1007-1014,1019-1020.

[45] Dusing R, Overcoming barriers to effective blood pressure control in patients with hypertension. Current Medical Research and Opinion 2006, vol 22, N°8, 1545-1553.

[46] Berlowitz D, Ash A, Hickey E et al, Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population, The New England Journal of Medicine 1998, 339: 1957-1963.

[47] Hyman D, Pavlik V, Self reported hypertension treatment practices among primary care physicians: blood pressure threshold, drug choice, and the role of guidelines and evidence based-medicine. Arch Intern Med 200, 160: 2281-2286.

[48] Hyman D, Pavlik V, Vallbona C, Physician role in lack of awareness and control of hypertension, J Clin Hypert(Greenwich)2000, 2: 324-330.

- [49] Oliveira S, Lapuerta P, McCarthy D, Physicians related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *Arch Intern Med* 2002, 162(4): 413-420.
- [50] Ferrari P, Hess L, Pechere-Bertschi A, Reasons for not intensifying treatment (RIAT): a primary care antihypertensive intervention study. *J Hypertens* 2004,22(6):1221-1226.
- [51] Andrade S, Gurwitz J, Field T, Kelleher M et al, Hypertension management: the care gap between clinical guidelines and clinical practice. *Am J Manag Care* 2004; 10:471-472.
- [52] Banegas J, Segura J, Ruilope L et al, Blood Pressure Control and Physician Management of hypertension in Hospital Hypertension Units in Spain, *Hypertension* 2004; 43:1338.
- [53] Okonofua E, Simpson N, Jesri A et al, Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Helthy People 2010 Blood Pressure Control goals. *Hypertension* 2006, 47:345-351.
- [54] Wang Y, Alexander G, Stafford R at al, Outpatient hypertension treatment , treatment intensification and control in Western Europe and the United States. *Arch Inter Med* 2007,167: 141-147.
- [55] Ekpo E, Shah I, Fernando M et al, Isolated systolic hypertension in the elderly : survey of practicioners'attitude and management. *Gerontology* 1993 , vol 39, N°4:207-214.
- [56] Emeriau JP, Allaert F, Objectifs et limites de la prise en charge de l'hypertension artérielle chez les sujets âgés de 75 ans et plus suivis en médecine générale: enquête AGATHE, *Angéiologie* 2002, vol 54, N° 4: 37-44.
- [57] Alonso-Moreno F, Llisterri J, Rodriguez-Roca G et al, Conducta del medico de atencion Primaria ante el mal control de los pacientes hipertensos. Estudio PRESCAP 2006(Primary care physicians behaviour on hypertensive patients with poor blood pressure controle.The PRESCAP2006 study). *Revista Clinica Espanola* 2008(208):393-399.
- [58] Hagemeister J, Schneider C, Barabas S et al, Hypertension guidelines and their limitations -the impact of physicians'compliance as evaluated by guidelines awareness. *J Hypertens* 2001, 19(11): 2079-2086.

[59] Rost K, Roter D, Predictors of recall of medication regimens and recommendations for lifestyle changed in the elderly patients. *The Gerontologist* 1987, vol 27,n°4: 510-515.

[60] Kruse W, Koch Gurnner P, Nicolaus T et al, Measurement of drug compliance by continuous electronic monitoring: a pilot study in elderly patients discharged from hospital, *Journal of The American Geriatric Society* 1992, vol 40, n°11: 1151-1155.

[61] Isaac L, Tamblyn R ,Compliance and cognitive Fonction: a methodological approach to measurement unintentional errors in medication compliance in the elderly, *The Gerontologist* 1993 , vol 33, n°6: 772-786.

[62] Nikolaus T, Elderly patients' problems with medication: an in-hospital and follow up study. *European Journal of Clinical Pharmacology* 1996, 49(4): 255-259.

[63] Beckman A, Parker M, Thaslund M et al, Can elderly people take their medicine? *Patient Educ Cuns* 2005, 59: 186-191.

[64] Jeandel C, Barrat V, Pierson H et al : l'observance médicamenteuse et ses facteurs chez les personnes âgées: enquête portant sur 300 patients hospitalisés. *La Revue de Gériatrie* 1991,tome 16, N°7: 319-324.

[65] Svensson S, Medication adherence, side effects and patient-physician interaction in hypertension. Thèse de Doctorat en Médecine. Suède: Université de Goteborg, 2006, 65f.

[66] Legrain S, Lacaille S, Observance des traitements médicamenteux chez les patients âgés, Séminaire thérapeutique 2009[en ligne].

Disponible sur <http://www.longuevieetautonomie.com>.

[67] Bauer C, Tessier S, Observance thérapeutique chez les personnes âgées: synthèse documentaire, Colloque du 12 et 13 novembre 2001 [en ligne], Comité Régional d'Education pour la Santé en Ile de France.

Disponible sur <http://www.cresif.org>.

[68] Rorive G, Godon E, Le suivi du traitement : le tendon d'Achille de la thérapeutique antihypertensive. *Médecine et Hygiène* 1999, volume 57, N°2265: 1538-1540.

[69] Svensson S, Kjellgren K, Ahlner J et al, Reason for adherence with antihypertensive medication. *International Journal of Cardiology* 2000: 157-163.

[70] Wang P, Bohn R, Knight E et al, Non Compliance with antihypertensive medications. The impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *J Gen Intern Med* 2002 , vol 17 : 504-511.

[71] Fulmer T, Kim T, Montgomery K et al, What the literature tells us about the complexity of medication compliance in the elderly. *Generations* 2000, volume 24 (4) :43-48.

[72] Colhoun K, Hemingway H, Socioeconomic status and blood pressure: an overview analysis. *J Hum Hypertens* 1998 , 12(2): 91-110.

[73] Neter J, Stan B, Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 2003, 42: 878-884.

[74] Sarrandon E, Egrot M, Blanc M et al, Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle, *Pratique et Organisation des soins* 2008, vol 39, N°1: 3-12.

[75] Sarrandon A, Le sens de l'observance: ethnographie des pratiques médicamenteuses des personnes hypertendues, *Sciences sociales et Santé* 2007, 25(2): 5-36.

[76] Legrain S, Lacaille S, Prescription médicamenteuse du sujet âgé. *Encycl Med Chir AKOS* 2005: 127-136.

[77] Leger S, Bedouche P, Allenet B et al, Culture pharmaceutique, perception du traitement médicamenteux et difficultés de consommation des médicaments chez le sujet âgé. *Journal Pharmaceutique Clinique* 2001, vol 20: 110-113.

[78] Dusing R, Weisser B, Mengden T et al, Changes in antihypertensive therapy: the role of adverse effects and compliance. *Blood Pressure* 1998, 7 : 313-315.

[79] Schneider F, Locca O, Bugnon M et al, Adhésion thérapeutique du patient âgé ambulatoire: quels déterminants et quel soutien? *Revue médicale suisse* 2006, N°56[en ligne].

Disponible sur <http://www.revuemedhyg.ch>.

[80] Sermet C, Consommation et prescription de médicaments chez les personnes âgées. *Les Cahiers Albert le Grand* 1999, N°140: 4-7.

[81] Darnell J, Murray M, Martz B et al, Medication use by ambulatory elderly. An in-home survey. *Journal of The American Geriatrics Society* 1986, 34(1): 1-4.

[82] Eisen S, Miller D, Woodward R et al, The effect of prescribed daily dose frequency on patient medication compliance. *Arch Inter Med* 1990,150(9) : 1881-1884.

[83] Sarrandon A, Blanc M, Faure M, Des usagers septiques face aux médicaments génériques: une approche anthropologique. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2007, 55: 179-185.

[84] Querret G, Miget P, Aubry C, Contrôle de la pression artérielle par le traitement antihypertenseur chez les sujets âgés de plus de 60 ans. *Revue de Medecine Interne* 2006, 27 (4): 285-290.

[85] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé(ANAES), Information des patients: Recommandations destinées aux médecins, 2000[en ligne].

Disponible sur <http://www.has-santé.fr>.

[86] Figar S, Galarza C, Petrlik E, et al, Effect of Education on Blood Pressure Control in Elderly persons: a randomized controlled trial. *Am J Hypertens* 2006, 19(7): 737-743.

[87] Rollason V, Bonnaby P, Vogt N, Réduire la plurimédication chez la personne âgée: du vœu pieu à des solutions applicables, *Medecine et Hygiène* 2000, n°2296: 818-825.

[88] Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale, Recommandations et références médicales 1994: Prescription plurimédicamenteuse chez les personnes âgées de plus de 70 ans, Le Concours Médical 1997 :119-139.

[89] Dickson M, Plauschinat C, Compliance with antihypertensive therapy in the elderly: a comparison of fixed-dose combination amlodipine/benazepril versus component –based free combination therapy. *Am J Cardiovasc Drugs* 2008, 8(1): 45-50.

[90] Wuerzmer K, Hassler C, Burnier M, Difficult Blood Pressure control: watch out for non compliance. *Nephrology Dial Transpl* 2003, 8: 1969-1973.

[91] McKenney J, Munroe W, Wright J, Impact of an electronic medication compliance aid on long term blood pressure. *J Clin Pharmacol* 1992, 32(3): 277-83.

[92] Fulmer T, Feldman P, Kim T, An intervention study to enhance medication compliance in community dwelling elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing* 1999, 25(8): 6-14.

[93] Bertholet N, Favrat B, Fallab C, Why objective monitoring of compliance is important in the management of hypertension. *J Clin Hypertens(Greenwich)* 2000, 2(4):258-262.

[94] Modan M, Almog S, Fuchs Z et al, Obesity, glucose intolerance, hyperinsulinemia, and response to antihypertensive drugs, *Hypertension* 1991, 17: 565-573.

[95] Puddey I, Beilin L, Vandongen R, Regular alcohol use raises blood pressure in treated hypertensive subjects: a randomized controlled trial, *Lancet* 1987, 8334: 647-651.

[96] Siegel D, Barriers to and strategies for effective blood pressure control, *Vasc Health Risk Manag* 2005 1(1): 9-14.

[97] Blanchet A, Gotman A, L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Paris, Nathan 1992(2001), 127 pages.

[98] Mays N, Hope C, Qualitative research: rigour and qualitative research. *BMJ* 1995; 311: 109-112.

[99] Mays N, Hope C. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000; 320: 50-52.

ANNEXES

ANNEXE 1: Grille de lecture standardisée

L'information existe-elle pour chacune des huit questions ?	La façon d'aborder la question est-elle correcte ?	Si non, cela menace-t-il la validité de l'étude ?
<u>1. Objectif</u> .Pronostic, évolution .Test diagnostique .Impact d'une intervention .Etiologie, causalité	Y a t-il une hypothèse ?	
<u>2.Type d'étude</u> .Rapport de cas, série de cas .Etude transversale .Etude cas-témoins .Etude de cohorte .Essai contrôlé++	Le type d'étude est-il approprié à la question posée ?	Si non, les résultats de l'étude sont-ils totalement inutiles ?
<u>3. Facteur(s) étudié(s)</u> .Exposition .Intervention .Test diagnostique	Sont-ils bien décrits ? Sont-ils bien mesurés ? *même méthode de mesure pour tous? *mesure en aveugle ?++ *existence d'un standard de référence ? *reproductibilité ?++	Si non, ce biais de mesure menace-t-il la validité de L' étude ?
<u>4.Critères(s) de jugement</u>	Tous les critères de jugement pertinents sont-ils évalués ? Sont-ils bien mesurés ? Test diagnostique: sensibilité ? spécificité? valeur prédictive positive ?	Si non, ceux qui ont été oubliés sont-ils importants ? Si non, ce biais de mesure menace-t-il la validité de l'étude ?
<u>5.Population source et sujets étudiés</u>	La sélection est-elle correcte ? Y a t-il randomisation ?++ Les groupes diffèrent-ils par des caractéristiques autres que les facteurs étudiés ? Quelle est la proportion de sujets atteignant la fin du suivi ? Analyse en intention de traiter ?++ Y a t-il, pour le test, un large éventail de patients ?	Si non, ce biais menace t-il la validité externe ? Si non, ce biais menace t-il la validité interne ? Si elle n'est pas optimale, la validité interne est-elle menacée ? Si non, ce biais menace t-il la validité externe ?
<u>6.Facteurs de confusion et potentiels biais</u>	Sont-ils envisagés ? Sont-ils bien contrôlés ?	Si non, cela invalide t-il l'étude ?

<u>7. Analyses statistiques</u> .valeur de p ?++ .Intervalle de confiance ?++ .Test statistique ? .Force de l'association ?	La taille de l'échantillon est-elle suffisante? Est-ce cliniquement intéressant? Puissance du test et taille de l'échantillon?++	Si non, les résultats sont-ils inutiles ? Si non, l'étude est-elle utile ? Si insuffisantes, l'étude est-elle simplement non concluante ? néanmoins utile ?
<u>8. Conclusion des auteurs ?</u> .Réponses aux questions posées ? .Portant sur le critère de jugement principal ?++ .Vérification de l'hypothèse ? .Objectif atteint ?	Les conclusions répondent-elles à l'objectif ?	Les résultats sont-ils acceptables si appliqués à la population-source : validité ?++ Les résultats sont-ils acceptables pour votre pratique quotidienne : applicabilité ?++

Landrivon G, Méthode globale de lecture critique d'articles médicaux à l'usage de l'étudiant et du praticien. Frison-Roche, Paris, 2002.

ANNEXE 2 : Grades des recommandations

<u>Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature</u>	<u>Grade des recommandations</u>
<u>Niveau 1 :</u> -Essais comparatifs randomisés de forte puissance -Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés -Analyse de décision basée sur des études bien menée	<u>Grade A</u> : preuve scientifique établie
<u>Niveau 2 :</u> -Essais comparatifs randomisés de faible puissance -Etudes comparatives non randomisées bien menées -Etudes de cohorte	<u>Grade B</u> : présomption scientifique
<u>Niveau 3 :</u> -Etudes cas-témoins <u>Niveau 4 :</u> -Etudes comparatives comportant des biais importants -Etudes rétrospectives -Séries de cas -Etudes épidémiologiques descriptives (transversales, longitudinales)	<u>Grade C</u> : faible niveau de preuve scientifique

*Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé(ANAES)
 Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations, janvier 2000.*

ANNEXE 3 : Guide d'entretien

Prise en charge des patients hypertendus âgés de plus de 80 ans

Présentation des médecins interrogés

- Depuis combien de temps exercez-vous en médecine générale(y compris en remplacement) ?
- Quel est votre âge, sans indiscretion ?
- Travaillez-vous uniquement en cabinet ou avez vous d'autres lieux d'exercice ?(centre de santé , dispensaire, hôpital..)
- Dans votre pratique quotidienne, avez vous une spécialité prédominante : gériatrie, pédiatrie, gynécologie, rhumatologie, alcool et toxicomanie.. ?

Thème 1 : Votre opinion sur le traitement des personnes hypertendues très âgées(plus de 80 ans)

- Pensez-vous qu'il est utile de traiter l'hypertension artérielle chez les patients de plus de 80 ans ? Si oui, pour quels bénéfices ? Si non, pourquoi ?
- Que pensez-vous du rapport bénéfice-risque du traitement antihypertenseur dans cette classe d'âge ?

Thème 2 : Votre prise en charge des patients hypertendus très âgés

- Comment faites-vous le diagnostic positif ?
- D'après les recommandations, le diagnostic d'hypertension chez les personnes âgées doit être confirmé par MAPA ou automesure tensionnelle avant. Que pensez-vous de cette recommandation par rapport à votre pratique quotidienne ?
- Quel bilan cardiovasculaire et préthérapeutique réalisez-vous ?
- Proposez-vous des règles hygiéno-diététiques et si oui lesquelles?
- Quel traitement pharmacologique de première intention débutez-vous ?
- Quels objectifs tensionnels fixez-vous ?
- Sur quel délai évaluez-vous l'efficacité du traitement avant d'envisager une modification ?
- Combien de classes différentes d'antihypertenseurs prescrivez-vous au maximum ?
- Quelle surveillance réalisez-vous pour évaluer: l'efficacité du traitement ? la tolérance du traitement ?

Thème 3 : Votre estimation du contrôle tensionnel

- Parmi vos patients âgés hypertendus traités, à combien estimez-vous le pourcentage de patients avec un contrôle tensionnel satisfaisant(objectif tensionnel atteint) ?

-Des études françaises- réalisées notamment en médecine générale- ont montré moins de 30% des patients âgés hypertendus traités atteignent les objectifs tensionnels. Qu'en pensez-vous ?

Des études ont démontré que –chez les patients âgés- le mauvais contrôle tensionnel était dû à des facteurs impliquant à la fois les patients, les traitements et les médecins prescripteurs.

Nous allons donc tenter d'identifier ces différents facteurs.

Thème 4 : Les patients très âgés et l'observance thérapeutique

-D'après vous, chez les sujets très âgés, quelles comorbidités et pathologies peuvent empêcher une prise correcte du traitement ?

-Quel contexte social ou familial peut entraîner une mauvaise observance du traitement ?

-Dans ces situations, quels systèmes d'aide à la prise de traitement proposeriez-vous ?

Thème 5 : Impact du traitement sur l'observance thérapeutique

-Chez vos patients très âgés, pensez-vous que les effets indésirables avérés ou supposés des traitements modifient l'observance thérapeutique ?

-Chez les personnes très âgées, pensez-vous que l'observance dépend du schéma thérapeutique choisi ? Si oui, quels sont –d'après vous- les schémas thérapeutiques à risque de mauvaise observance ?

-Pour débuter un traitement chez ces patients, pensez-vous à sélectionner celui avec le moins d'effets indésirables, le moins de prises quotidiennes et avec une galénique adaptée aux capacités du patient ?

-En cas de mauvais contrôle tensionnel, pensez-vous à évaluer l'observance thérapeutique avant de conclure que le traitement n'est pas efficace ?

Thème 6 : Impact du médecin prescripteur

Je vous propose un cas clinique. Vous diagnostiquez une hypertension artérielle avec des chiffres à 170/90 chez un patient de 91 ans- sans autre facteur de risque ni antécédent- et débutez un traitement antihypertenseur après confirmation du diagnostic. Quatre semaines après le début du traitement, ses chiffres tensionnels sont aux alentours de 160/80. Vous décidez de ne pas modifier le traitement et de reconvoquer le patient. Un mois plus tard, ses chiffres sont à 160/80.

-Ces chiffres vous paraissent-ils satisfaisants ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?

-Modifiez-vous d'emblée le traitement ou attendez-vous de confirmer les chiffres tensionnels lors d'une troisième consultation ? Pourquoi ?

-Des études ont démontré que certains médecins tardent à majorer le traitement antihypertenseur chez leurs patients âgés et très âgés, notamment par crainte des effets indésirables iatrogènes. Ce phénomène, appelé « inertie thérapeutique », semble contribuer au mauvais contrôle tensionnel chez les patients très âgés.

Qu'en pensez-vous ?

En conclusion

Avez vous des remarques sur le sujet choisi, sur l'intérêt de ce travail ou sur la méthode employée ?

ANNEXE 4 : Les entretiens

ENTRETIEN A

-E: Cette thèse porte sur la prise en charge de l'hypertension artérielle chez les patients très âgés, c'est-à-dire de plus de 80 ans. Nous allons débiter par une courte présentation de votre activité. Depuis combien de temps exercez-vous en médecine générale, y compris en remplacement ?

-Dr A :Depuis 1987, donc on doit être à vingt-deux ans.

-E: Quel est votre âge, sans indiscretion ?

-Dr A: Je crois que j'ai cinquante-quatre ans. Non, plutôt cinquante-cinq ans(Rires).

-E: Travaillez-vous uniquement en cabinet ou avez-vous d'autres lieux d'exercice comme un centre de santé, un dispensaire, l'hôpital ou autre ?

-Dr A: J'ai un autre lieu d'activité, qui est l'Espace Jeune Santé ou je vais deux fois par semaine.

-E: Dans votre pratique quotidienne, avez-vous une spécialité de prédilection comme la gériatrie, la pédiatrie, la gynécologie, la rhumatologie... ?

-Dr A :Je fais de la pédiatrie, de la gynécologie. De la gériatrie aussi d'une certaine manière mais je n'ai pas fait d'études spécialisées dessus. Mais par contre, on fait partie d'un réseau de gériatrie. Ce n'est pas de la gériatrie directe mais cela s'appelle AGEKANONIX, avec pour objectif le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées. On a donc une formation régulièrement.

-E: Le premier thème concerne votre opinion sur le traitement des personnes hypertendues très âgées. Pensez-vous qu'il est utile de traiter l'hypertension artérielle chez les patients de plus de 80 ans ?Si oui, pour quels bénéfices ? Si non, pourquoi ?

-Dr A: Je pense que c'est utile. Ce n'est pas la peine qu'ils aient des chiffres trop élevés. Par

contre, je me rends bien compte de deux choses. Premièrement, les médicaments peuvent avoir des effets secondaires et deuxièmement c'est très ambigu car il y a quand même des gens qui paraissent bien sous des chiffres un petit peu plus élevés. Mais par contre, je pense profondément qu'il faut quand même les traiter.

-E: Et quels bénéfices vous attendez justement du traitement antihypertenseur ?

-Dr A: Les bénéfices sont cardiologiques, néphrologiques, ophtalmologiques.

-E: Effectivement, les études ont démontré qu'à cet âge, le traitement permettait de réduire notamment les accidents vasculaires cérébraux, les démences et les complications cardiaques comme l'ischémie et l'insuffisance cardiaque.

-Dr A: Ah oui, les démences aussi. C'est important à cet âge.

-E: Et que pensez-vous du rapport bénéfices /risque du traitement dans cette classe d'âge ?

-Dr A: Qu'il est en faveur des bénéfices.

-E: Je voudrais maintenant préciser la manière dont vous prenez en charge les patients âgés hypertendus. D'abord, comment faites-vous le diagnostic positif de l'hypertension ?

-Dr A: D'une part sur les chiffres. Alors qu'est-ce que je vais donner comme chiffres chez la personne âgée ?(Rires)Pour les personnes âgées, là je crois que je ne suis pas très capable de les donner. Disons que chez la personne âgée, j'accepte 14/9. Je trouve que la pression minima(la diastolique) m'apporte beaucoup, ce qui est peut-être subjectif. Si je vois un patient à 16/6, j'aurais tendance à recontrôler la tension avant de parler d'hypertension.

-E: Donc, le diagnostic positif, vous le faites en cabinet. En fait, d'après certaines recommandations, le diagnostic d'hypertension

chez les personnes âgées notamment doit être confirmé par MAPA ou automesure tensionnelle avant de débiter le traitement. Que pensez vous de cette recommandation par rapport à votre pratique quotidienne ?

-Dr A: Moi, cela dépend des personnes âgées et il y a plusieurs méthodes.

Par exemple, s'il y au domicile un appareil d'automesure, je tiens à ce que le patient l'utilise. Qu'il fasse trois fois trois mesures pendant trois jours, avec des chiffres écrits, ce qui est parfois difficile à obtenir. Pour la MAPA, je pense que je ne l'ai pas demandé souvent. Par contre, je demande un examen cardiaque.

-E: Justement, par rapport au bilan cardiovasculaire et préthérapeutique, que faites vous?

-Dr A: Un bilan cardiologique et ophtalmologique. Un examen clinique, biologique. En biologie, en général, je fais créatinine, urée-pas toujours l'urée d'ailleurs, la clairance dont je sais qu'elle n'est pas facilement interprétable chez la personne âgée puis, je fais toujours un dosage du potassium. Il m'arrive de doser la microalbuminurie et je fais aussi un bilan pour rechercher les autres facteurs de risque cardiovasculaires avec l'exploration d'une anomalie du bilan lipidique.

-E: Proposez vous des règles hygiéno-diététiques à ces patients et si oui, lesquelles ?

Dr A: Pour l'hypertension, je pense toujours au sel. Mais les gens sont assez méfiants par rapports aux règles hygiéno-diététiques. A part perdre du poids ou se méfier de l'alcool, on est assez limité.

E: C'est vrai que les recommandations conseillent une perte de poids, une activité physique régulière, une réduction de l'alcool. Mais le régime désodé strict n'est pas conseillé chez les personnes âgées car il entraîne souvent une anorexie.

Dr A: Je ne crois pas que je propose souvent un régime alimentaire à mes patients hypertendus. Je ne dois pas être très systématique. En tous cas, je le

suis moins qu'avec les patients diabétiques. Chez ces derniers, le régime alimentaire est essentiel et j'y consacre beaucoup de temps.

E: Et quel traitement pharmacologique prescrivez vous en première intention chez les patients de plus de 80 ans?

Dr A: Alors là, j'ai plutôt tendance à donner des IEC ou des ARA 2. Après, cela dépend aussi des pathologies associées. Je me méfie des diurétiques et du fait des effets indésirables je n'en prescris pas très souvent. Maintenant, j'ai aussi des patients avec une hypertension un peu réfractaire qui sont sous plusieurs classes thérapeutiques.

E: Quels objectifs tensionnels fixez-vous une fois le traitement débuté?

Dr A: Je reprends les même chiffres, 14/9.

E: En fait, d'après les recommandations, chez les patients de plus de 80 ans, l'objectif est d'obtenir une tension artérielle systolique inférieure à 150mmhg en l'absence d'hypotension orthostatique).

Dr A: Donc, c'est plutôt 15/9 chez les patients âgés? D'accord. Ah oui, et j'ai oublié de préciser que je recherchais aussi une hypotension orthostatique.

E: Et sur quel délai évaluez-vous l'efficacité du traitement avant de considérer que le traitement est insuffisant et de le majorer ?

Dr A: Moi, je me laisse toujours plusieurs contrôles de la tension artérielle avant de décider. En général, j'attends plus d'un mois voire trois mois. En général, je fais revenir les gens globalement tous les trois mois.

E: Et, au maximum, vous prescrivez combien de classes différentes d'antihypertenseurs chez un patient âgé de plus de 80 ans dont la tension est difficile à contrôler?

Dr A: J'assure le suivi de certains patients qui ont 4 classes différentes et qui n'en sont pas malheureux. Mais à chaque fois que je fais

l'ordonnance, je me dis que je ne suis pas du tout à l'aise par rapport à cela.

E: Globalement, chez ces patients, il faudrait en théorie ne pas dépasser plus de 3 classes d'antihypertenseurs- dont un thiazidique- et se contenter des chiffres tensionnels obtenus avec ce traitement. Et quelle surveillance réalisez-vous pour évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement ?

Dr A: Pour l'efficacité, je mesure la tension artérielle du patient à chaque consultation, et je leur fais même prendre la tension à la maison s'ils ont un appareil. Pour la tolérance, je fais surtout un bilan biologique pour surveiller la fonction rénale et le potassium.

E: Et, parmi vos patients âgés hypertendus traités, à combien estimez-vous le pourcentage de patients avec un contrôle tensionnel satisfaisant?

Dr A: C'est vrai que j'ai du mal à me prononcer sur cela. Je ne sais pas précisément. Il y a peut être 4 à 5 % d'hypertendus irréductibles même avec plein de classes d'antihypertenseurs. Ensuite, il y en a peut être 50% dans l'objectif tensionnel. Et puis 30% des patients au-dessus des objectifs tensionnels et chez lesquels je ne cherche pas à aller plus bas.

E: Des études françaises- réalisées notamment en médecine générale- ont montré que moins de 30% des patients âgés hypertendus traités atteignent les objectifs tensionnels. C'est déjà le cas chez les patients d'âge moyen, mais c'est encore plus vrai chez les personnes âgées.

Dr A: Mon logiciel informatique permet d'enregistrer les tensions artérielles pour chaque patient. Ce serait intéressant d'avoir un logiciel qui fasse en plus des statistiques pour chaque patient, en prenant en compte l'âge et le chiffre tensionnel. Le mien ne le fait pas.

E: Des études ont démontré que -chez les patients âgés- le mauvais contrôle tensionnel était du à des

facteurs impliquant à la fois les patients, les traitements et les médecins prescripteurs.

Nous allons donc tenter d'identifier ces différents facteurs.

Le quatrième thème concerne l'observance des personnes âgées. D'après vous, chez les sujets âgés, quelles comorbidités et pathologies peuvent empêcher une prise correcte du traitement ?

Dr A: Je pense qu'il s'agit de la démence et des pathologies psychiatriques. Il y a aussi certaines personnalités de patients qui-quoi qu'il arrive- ne prennent pas leur traitement et qui disent « Je ne prendrais pas de médicaments. Je ne veux pas de médicaments. » Ce qui est difficile, c'est d'arriver à les convaincre que le traitement est bénéfique.

E: Dans ces situations, quels systèmes d'aide à la prise de traitement proposeriez-vous ?

Dr A: Pour la démence, les choses peuvent être facilitées par le passage des infirmiers pour régler le problème.

E: Nous allons maintenant nous intéresser à l'impact du traitement sur l'observance thérapeutique. En fait, chez les personnes âgées, un traitement inadapté peut entraîner une mauvaise observance thérapeutique, volontaire ou involontaire. Chez vos patients âgés, pensez-vous que les effets indésirables avérés ou supposés des traitements modifient l'observance thérapeutique ?

Dr A: Oui je pense que cela a un effet direct. Il est très dur d'être objectif par rapport aux effets indésirables du traitement. Je ne parle pas des effets indésirables comme l'hypotension artérielle, qui là est cliniquement démontrée. On attend tout de même beaucoup de choses et c'est très dur d'être objectif. Mais je pense quand même qu'il y a des médicaments qui ont d'autres effets secondaires et que les gens ne prennent pas à cause de ça. Par exemple, la famille des diurétiques en fait partie. Comme les patients se plaignent d'effets indésirables, ils prennent les médicaments un peu

comme ils veulent. Il y a des inductions de vertiges, de nausées, de douleurs épigastriques. Après, l'objectivité n'est pas forcément présente...

E: Un autre paramètre à prendre en compte est le nombre de médicaments prescrits. Qu'en pensez vous ?

Dr A: Moi, après vingt ans d'exercice, je pense qu'on a quand même beaucoup diminué le nombre de médicaments pris. Je pense que c'est moins un facteur qu'il y a quelques années. Mais je me trompe peut-être et c'est peut-être subjectif

E: Que pensez vous de l'influence du nombre de prises quotidiennes ?

Dr A: Il faut absolument répartir au mieux le traitement. Une voire deux prises maximum par jour, c'est bien. Comme autre facteur, je pense qu'il faut rajouter l'influence du nom des médicaments et le développement des génériques. Les noms des médicaments en DCI et des génériques compte beaucoup. Je trouve que chez les personnes âgées, ce n'est pas facile du tout. J'imagine que les erreurs sont fréquentes. Entre les génériques, les couleurs et les boîtes changent. D'une part, les patients ne sont pas rassurés et c'est à nous et aux pharmaciens de les rassurer. Mais en pratique, je ne suis pas sûre que cela soit aussi simple. Surtout que nous avons une population plutôt d'origine étrangère, ce qui peut compliquer les choses pour la lecture.

E: Et pour débiter un traitement chez une personne âgée, pensez vous à sélectionner celui avec le moins d'effets indésirables, le moins de prises quotidiennes et avec une galénique adaptée aux capacités du patient ?

Dr A: En fait, j'essaie toujours de répartir les traitements de manière simple en limitant le nombre de prises quotidiennes.

E: En cas de mauvais contrôle tensionnel, pensez vous à évaluer l'observance thérapeutique avant de conclure que le traitement n'est pas efficace?

Dr A: Oui, j'évalue systématiquement l'observance chez ces patients car je pense vraiment qu'elle est beaucoup moins importante qu'on ne croit .

E: Nous allons nous pencher sur l'impact du médecin généraliste prescripteur. Je vous propose un petit cas clinique. Vous diagnostiquez une hypertension artérielle avec des chiffres à 170/90 chez un patient de 91 ans- sans autre facteur de risque ni antécédent- et débutez un traitement antihypertenseur après confirmation du diagnostic. Quatre semaines après le début du traitement, ses chiffres tensionnels sont aux alentours de 160/80. Vous décidez de ne pas modifier le traitement et de reconvoquer le patient. Un mois plus tard, ses chiffres sont à 160/80.

Ces chiffres vous paraissent-ils satisfaisants ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?

Dr A: Moi, ce qui me paraît important, c'est la diastolique à 80 mmhg mais peut-être que je me trompe. Là, on est dans l'objectif sur la diastolique mais on est pas dans l'objectif sur la systolique. 16/8 n'est pas un chiffre alarmant. Vous m'auriez dit 16/9, j'aurais peut être réfléchi différemment.

E: En fait, ces chiffres ne sont pas satisfaisants car la pression systolique a diminué de moins de 10% et reste supérieure à 150 mmhg. Pourquoi décidez vous de ne pas modifier le traitement ? Parce que vous considérez que 16/8 est une tension satisfaisante, parce que vous considérez que c'est peut être un pic tensionnel intercurrent à reconstrôler ou parce que vous craignez de majorer des effets indésirables en augmentant le traitement ?

Dr A : En baissant la tension diastolique de 9 à 8, je me dis qu'on a déjà atteint un certain objectif. Et puis, comme il a 91 ans, est ce que cela vaut le coup de lui risquer des effets secondaires ? En fait, je n'arrive pas à avoir une attitude vraiment tranchée.

E: C'est justement ce qui est intéressant en médecine générale, on est amené à se poser la question de majorer ou non le traitement chez un

patient dont la tension est presque dans les objectifs thérapeutiques mais pas tout à fait. Des études ont démontré que certains médecins tardent à majorer le traitement antihypertenseur chez leurs patients âgés ou ne la majorent pas alors qu'il le faudrait, notamment par crainte des effets indésirables iatrogènes. Ce phénomène, appelé « inertie thérapeutique », semble contribuer au mauvais contrôle tensionnel chez les patients âgés. Certaines études menées aux Etats Unis ont même démontré que certains médecins recontrolaient la tension 5 voire 6 fois avant de prendre une décision, en se disant « je verrais à la prochaine consultation ». En fait, c'est une situation dans laquelle -en tant que médecin- nous ne sommes pas « à l'aise ».

Dr A: C'est vrai que c'est intéressant, je pense qu'il y a effectivement une inertie. On a cette « peur du médicament ». En tous cas, moi personnellement je l'ai. J'ai discuté il y a peu avec une cardiologue de la nécessité de baisser les chiffres tensionnels chez la personne âgée, mais je garde cette peur du médicament.

E: Et le rapport bénéfice/risque peut être une notion un peu subjective et personnelle, différente en fonction des médecins. Une dernière question : avez vous des remarques sur le sujet choisi, sur l'intérêt de ce travail ou sur la méthode employée ?

Dr A: Et bien, je trouve que c'est un travail vraiment intéressant. En fait, c'est même étonnant. C'est vrai qu'il y a encore des efforts à faire pour améliorer la prise en charge de ces patients. Même quand on pense bien faire, le cas clinique montre qu'il y a en fait une différence entre ce qu'on pense faire et ce qu'on fait au quotidien.

C'est sûrement aussi parce -en médecine générale- on suit les patients pendant des années au quotidien. On connaît bien les patients et la manière dont ils vivent. Du coup, on essaie d'adapter le traitement au cas par cas. En plus, il y a aussi le facteur lié à nos propres peurs, et majorer le

traitement chez un patient âgé peut faire peur, à cause du risque d'augmenter les effets indésirables. Tout bien réfléchi, je pense que l'inertie thérapeutique est un des facteurs essentiels du problème de contrôle tensionnel.

Et puis, il y a aussi une chose que je ne sais pas bien faire, c'est diminuer le traitement une fois que l'objectif tensionnel est atteint.

E :Ah oui, selon le principe du traitement minimal efficace. Et bien cela, les recommandations n'en parlent pas. Une fois que l'objectif tensionnel est atteint, le traitement est maintenu tel quel, à moins d'un effet indésirable important comme une hypotension sévère. Mais c'est vrai qu'il serait intéressant de se poser la question pour les patients qui rapportent des effets indésirables autres. Peut être qu'en diminuant le traitement, on pourrait diminuer les effets indésirables, tout en maintenant une tension artérielle correcte.

ENTRETIEN B

E: Cette thèse porte sur la prise en charge de l'hypertension artérielle chez les patients très âgés, donc de plus de 80 ans. Nous allons commencer par une courte présentation de votre activité. Depuis combien de temps exercez-vous en médecine générale, y compris en remplacement?

Dr B: Depuis cinq ans, je crois.

E: Et quel est votre âge, sans indiscretion ?

Dr B: J'ai trente-six ans.

E: Et vous travaillez uniquement en cabinet ou vous avez d'autres lieux d'exercice comme un centre de santé, un dispensaire, un hôpital ?

Dr B: Je ne travaille qu'en cabinet.

E: Dans votre pratique quotidienne, avez-vous une spécialité prédominante comme la gériatrie, la pédiatrie, la gynécologie, la rhumatologie ou autre ?

Dr B: Je suis intéressé par la médecine du sport. Mais dans ma pratique, la médecine du sport ne

représente pas encore beaucoup. Donc j'ai une activité de médecine générale standard. Sinon, je ne fais pas plus de pédiatrie ou de gériatrie que d'autres.

E: Le premier thème concerne votre opinion concernant le traitement de l'hypertension chez les patients âgés. Pensez-vous qu'il est utile de traiter l'hypertension artérielle chez les patients de plus de 80 ans? Si oui, pour quels bénéfices? Si non, pourquoi?

Dr B: Et bien, c'est une bonne question. Si, je pense que c'est utile, ce d'autant que les tissus vieillissants ont une fragilité plus grande, au risque d'accidents vasculaires cérébraux hémorragiques d'une part. Ensuite, pour l'usure de la tuyauterie dans les autres organes, je sais un peu moins bien. Mais je suppose qu'à cet âge là, tous les autres vaisseaux sont plus fragiles. Une hypertension bien contrôlée doit permettre de ralentir le vieillissement des organes. Cela doit être un peu équivalent à un gain de chance.

E: Effectivement, les études semblent démontrer que le traitement antihypertenseur permet de réduire la survenue des accidents vasculaires et d'autres complications cardiovasculaires comme les insuffisances coronaires et l'insuffisance cardiaque.

Dr B: Et pour l'œil et le rein, est ce que l'on sait?

E: Et bien, il y a moins d'études à ce sujet dans cette classe d'âge mais les lésions oculaires et rénales sont probablement limitées si l'hypertension est contrôlée. Et puis, les accidents vasculaires cérébraux et l'insuffisance cardiaque sont pourvoyeurs de perte d'autonomie chez les personnes âgées, donc traiter l'hypertension peut représenter un gain en terme de qualité de vie. Par ailleurs, le traitement antihypertenseur semble diminuer le risque de démence.

Dr B: Ah oui, c'est vrai, j'avais même oublié l'intérêt par rapport aux démences.

E: Et que pensez-vous du rapport bénéfice-risque du traitement antihypertenseur dans cette classe d'âge?

Dr B: Je pense qu'il faut aussi savoir diminuer un traitement antihypertenseur pour diminuer la survenue des effets indésirables. En fait, je pense qu'à partir du moment où l'on est un peu systématique et qu'on évite le « renouvellement sans réfléchir », qu'on essaie de bien adapter le traitement choisi et la posologie, le rapport est plutôt en faveur du bénéfice du traitement.

E: Justement, le deuxième thème concerne votre prise en charge des patients hypertendus très âgés. D'abord, comment faites-vous le diagnostic positif?

Dr B: En fait, le diagnostic positif, je ne le fais pratiquement jamais. Le diagnostic a souvent déjà été établi. D'une part parce que j'ai longtemps été remplaçant occasionnel. Maintenant que je commence à m'installer à peu près, je ne me souviens pas avoir fait de diagnostic à cet âge mais de toute façon, je pense que cela ressemblerait aux autres patients, même si les chiffres tensionnels seuils sont peut être plus élevés chez les patients de plus de 60-70ans. Il faudrait donc faire 3 mesures à 2 mois d'intervalle au-delà de 14/9. J'en resterais là de base, mais je ne sais pas bien s'il y a des manières différentes de faire le diagnostic.

E: En fait, chez les personnes âgées, la particularité est que -d'après les recommandations- le diagnostic d'hypertension chez les personnes âgées doit en théorie être confirmé par MAPA ou automesure tensionnelle pour éliminer l'effet blouse blanche. Que pensez vous de cette recommandation par rapport à votre pratique quotidienne?

Dr B: Cela doit aussi permettre de confirmer le diagnostic, en évitant les risques inutiles du traitement si le patient n'est pas vraiment hypertendu.

E: Quel bilan cardiovasculaire et préthérapeutique de base feriez-vous dans ce cas là ?

Dr B: Moi, je crois qu'à plus de 80 ans, j'adresserais les patients à un cardiologue. En lui précisant que je viens de découvrir une hypertension chez un patient de plus de 80 ans, et qu'il faut faire un bilan des répercussions.

E: Et vous adresseriez le patient au cardiologue pour le bilan cardiologique ou pour instituer le traitement ?

Dr B: Pour la confirmation du diagnostic, pour le bilan cardiologique voire pour instituer le traitement en accord avec lui et pour réfléchir à ce qui correspond le mieux étant donné les antécédents du patient. Mais bon, voilà....Après, pour le bilan que je ferais, il y aurait un bilan ionique pour voir s'il n'y a pas des répercussions sur le rein. Il faudrait aussi une échographie cardiaque, et vérifier l'état vasculaire par un écho-doppler des troncs supra-aortiques. Peut être aussi un fond d'œil.

E: Et par rapport au traitement, est ce que vous proposeriez des règles hygiéno-diététiques aux patients de plus de 80ans et si oui lesquelles ?

Dr B: Et bien, s'ils mettent beaucoup de sel dans leur alimentation, oui. Après, ils ne sont en général pas très gros. Et le sport, évidemment c'est un peu compliqué à cet âge mais, on peut essayer d'agir sur les facteurs de risque associés comme le diabète ou le surpoids. Donc, il n'y a finalement pas grand chose à faire, à part le sel.

E: C'est vrai que -d'après les recommandations- il faut proposer les mêmes mesures que chez des patients plus jeunes. Sauf pour le sel ou l'on sait qu'il ne faut pas de régime désodé, car il peut entraîner anorexie et déshydratation à cet âge.

Dr B: Oui, en fait je ne parlais pas de régime désodé strict. Et par rapport au sport, il y a quand même la marche, la natation voire la danse pour certains patients.

E: Et pour le traitement pharmacologique, qu'est ce que vous proposeriez comme traitement à un patient qui n'a pas d'antécédents particuliers ?

Dr B: Je crois qu'on peut donner des inhibiteurs calciques comme l'amlor.

E: C'est bien cela. En première intention, c'est un diurétique thiazidique ou un inhibiteur calcique. Et vous fixeriez quels objectifs tensionnels chez un sujet âgé?

Dr B: Je ne sais pas très bien.

E: Et bien, chez les patients de plus de 80 ans, l'objectif est d'obtenir une tension artérielle systolique inférieure à 150mmhg mais à condition de ne pas avoir d'hypotension orthostatique. Et sur quel délai vous évaluez l'efficacité du traitement avant d'envisager une modification ?

Dr B: Je pense qu'avec le risque d'hypotension, il faut revoir le patient dans un délai de 15 jours, en le prévenant qu'il doit consulter en présence de signes cliniques d'hypotension. Sinon, un délai d'un mois me paraît bien.

E: Et par rapport au traitement, comment vous feriez pour évaluer son efficacité et sa tolérance ?

Dr B: Pour la tolérance, je pense surtout à l'hypotension orthostatique. Cela étant, cela dépend aussi de la classe thérapeutique que l'on donne. Pour l'efficacité, je recontrôlerais les tensions du patient. Je ne suis pas certain que cela nécessite de refaire la MAPA.

E: J'aimerais avoir une idée de votre estimation personnelle du contrôle tensionnel. Parmi vos patients très âgés hypertendus traités, à combien estimez-vous le pourcentage de patients avec un contrôle tensionnel satisfaisant?

Dr B: Euh ...Bien équilibrés je ne sais pas exactement. Je dirais environ 50%, ce qui n'est vraiment pas génial .

E: Et bien , c'est peut être encore moins bien sur le plan national. En fait, des études françaises-réalisées notamment en médecine générale- ont

montré que moins de 30% des patients âgés hypertendus traités atteignent les objectifs tensionnels et que la qualité du contrôle diminue avec l'âge des patients. 50 %, c'est même plutôt bien.

Dr B: Peut-être que je me trompe. En même temps, 30%, cela ne m'étonnerait pas non plus. C'est vrai qu'on est un peu parfois dans le renouvellement systématique du traitement et qu'il faudrait remettre parfois les choses à plat. Et puis, il y a aussi les patients qui disent «c'est ma tension habituelle».

Du coup, on n'a pas très envie de bouger le traitement.

E: Des études ont démontré que –chez les patients âgés- le mauvais contrôle tensionnel était du à des facteurs impliquant à la fois les patients, les traitements et un peu aussi les médecins prescripteurs. Nous allons donc tenter d'identifier ces différents facteurs. Commençons par les patients et leur observance thérapeutique. Quelles pathologies ou comorbidités peuvent -d'après vous- empêcher une prise correcte du traitement chez les personnes âgées?

Dr B: C'est surtout les pathologies qui retentissent sur l'observance, en particulier les démences ou les désorientations. Cela, ça peut se pallier avec une aide à domicile ou une infirmière qui vient contrôler la prise du traitement.

E: Et est ce qu'il vous arrive de proposer des piluliers ou des semainiers à vos patients en complément ?

Dr B: Le problème de ces outils, c'est qu'il faut quelqu'un pour les préparer. Si c'est le patient qui les prépare, on s'expose quand même à un risque d'erreur.

E: L'autre facteur qui intervient est le traitement lui-même. Chez vos patients âgés, pensez vous que les effets indésirables avérés ou supposés des traitements modifient l'observance thérapeutique ?

Dr B: Chez les patients de plus de 80 ans, je ne suis pas sur. Pour ceux à qui on découvre une hypertension, c'est pareil que pour tout le monde : si le traitement ne leur plaît pas, ils ne le prennent pas. L'autre aspect, c'est qu'à partir du moment où ils commencent à avoir une tension qui est bien, ils arrêtent le traitement en se disant «c'est bon, je suis guéri». Ils ont souvent du mal à concevoir l'hypertension comme une maladie. Pour les effets secondaires chez les plus de 80 ans, je ne pense pas vraiment qu'ils modifient l'observance du traitement. La plupart des patients sont d'anciens hypertendus qui ne remarquent même plus les effets indésirables du traitement. Et pour les patients nouvellement traités, ils ont des manifestations mais ne se disent pas qu'il s'agit d'effets indésirables du traitement. Le seul effet indésirable vraiment rapporté, c'est l'effet des diurétiques. Quand les patients passent leur vie à courir aux toilettes, cela peut les amener à lever le pied sur le traitement. Et j'ai été surpris par un traitement que je pensais très bien toléré, l'amlor. Finalement, avec ce traitement, il y a souvent des œdèmes des membres inférieurs qui peuvent être gênants chez certains patients de plus de 80 ans en forme qui gardent une activité physique.

E: Chez les personnes âgées, pensez vous que l'observance dépend du schéma thérapeutique choisi ? Si oui, quels sont –d'après vous- les schémas thérapeutiques à risque de mauvaise observance ?

Dr B : Oui, je pense que la prescription peut influencer sur l'observance, notamment par le nombre de médicaments prescrits et de prises quotidiennes. Il faut essayer au maximum de limiter les prises. Mais on peut imaginer aussi que c'est à double tranchant. Si le patient ne prend qu'un médicament par jour et oublie de le prendre, il n'est pas du tout traité. Alors que si on lui prescrit trois prises par jour et qu'il en oublie une, il sera au moins un peu traité. On peut

donc aussi se dire que le nombre de prises n'est pas forcément un élément défavorable.

E: Pour débiter un traitement chez une personne âgée, pensez-vous à sélectionner celui avec le moins d'effets indésirables, le moins de prises quotidiennes et avec une galénique adaptée aux capacités du patient ?

Dr B: Oui. C'est d'ailleurs pour cela que je prescris de l'amlor. J'en ai un peu l'expérience. C'est marrant parce que -au départ- c'est parce que j'ai discuté avec un médecin plus âgé maître de stage qui me disait que l'amlor est bien. Et comme on aime bien avoir des traitements rapidement efficaces et bien tolérés, j'ai commencé à prescrire de l'amlor et je m'y tiens. Du coup, je ne fais pas du tout attention aux pubs pour les nouveaux antihypertenseurs, notamment celles avec des antihypertenseurs centraux. Il y en a sûrement de très bien, mais je n'en ai pas l'expérience. Peut-être qu'avec la pratique et en voyant plus de patients, je finirais par me faire ma propre idée sur les traitements.

E: En cas de mauvais contrôle tensionnel, pensez-vous à évaluer l'observance thérapeutique avant de conclure que le traitement n'est pas efficace?

Dr B: Oui, systématiquement. J'essaie vraiment d'y faire attention. Et je pense qu'il faudrait y penser systématiquement avant de mettre nos patients âgés sous 2 voire 3 traitements différents. C'est souvent un simple problème d'observance qu'il faut régler.

E: Le dernier facteur à étudier, c'est l'impact du médecin généraliste prescripteur. Je vais donc vous exposer un petit cas clinique. Vous diagnostiquez une hypertension artérielle avec des chiffres à 170/90 chez un patient de 91 ans- sans autre facteur de risque ni antécédent- et débutez un traitement antihypertenseur après confirmation du diagnostic. Quatre semaines après le début du traitement, ses chiffres tensionnels sont aux alentours de 160/80. Vous décidez de ne pas modifier le traitement et de

reconvoquer le patient. Un mois plus tard, ses chiffres sont à 160/80.

Ces chiffres vous paraissent-ils satisfaisants ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ? Modifiez-vous d'emblée le traitement ou attendez-vous de confirmer les chiffres tensionnels lors d'une troisième consultation et pourquoi ?

Dr B: Hum, ces chiffres ne me paraissent pas satisfaisants. Mais on peut confirmer aussi le mauvais contrôle en demandant au patient de se faire prendre régulièrement la tension en pharmacie. S'il est à 160/80, j'aurais tendance à augmenter un peu la dose du traitement avant de penser à changer éventuellement de classe thérapeutique.

E: En fait, des études ont démontré que certains médecins tardent à majorer le traitement antihypertenseur chez leurs patients âgés, notamment par crainte des effets indésirables iatrogènes. Le traitement n'est parfois même modifié qu'au bout de la cinquième ou sixième prise de tension artérielle élevée. Ce phénomène, appelé «inertie thérapeutique», semble contribuer au mauvais contrôle tensionnel chez les patients âgés.

Qu'en pensez-vous ?

Dr B: Personnellement, j'aurais tendance à modifier rapidement le traitement mais je comprends que d'autres médecins hésitent.

E: En conclusion, avez-vous des remarques sur le sujet choisi, sur l'intérêt de ce travail ou sur la méthode employée ?

Dr B: Le sujet est vraiment intéressant et je trouve utile l'idée de «recadrer» un peu les choses. Notamment par rapport au traitement et à la surveillance, vous m'avez rappelé des choses. En plus, les entretiens qualitatifs sont une méthode conviviale.

ENTRETIEN C

E: Cette thèse concerne la prise en charge de l'hypertension artérielle chez les personnes de plus de 80 ans. Nous allons d'abord faire une courte présentation de votre activité.

Depuis combien d'années exercez-vous en médecine générale, remplacement compris ?

Dr C: Depuis 1977.

E: Quel est votre âge, sans indiscretion ?

Dr C : J'ai cinquante-six ans.

E: Exercez-vous uniquement en cabinet ou avez-vous d'autres lieux d'activité comme un dispensaire, l'hôpital ?

Dr C: Je suis salarié dans une maison de retraite deux heures par mois, ce qui est plutôt négligeable en fait.

E: Dans votre pratique quotidienne, avez-vous une spécialité de prédilection comme la gériatrie, la gynécologie, la pédiatrie, la rhumatologie ou autre ?

Dr C: J'aime bien la rhumatologie et l'endocrinologie.

E: Le premier thème concerne votre opinion sur le traitement de l'hypertension artérielle chez les personnes très âgées, c'est-à-dire de plus de 80 ans. Pensez-vous qu'il est utile de traiter l'hypertension artérielle chez les patients de plus de 80 ans ? Si oui, pour quels bénéfices ? Si non, pourquoi ?

Dr C: Ma réponse est oui, le traitement est utile. Et les bénéfices concernent les accidents vasculaires cérébraux. Je fais partie d'une génération de médecins qui avaient dans la clientèle- quand je suis arrivée en 1978- une vingtaine de patients hémiplegiques hypertensifs. Cela, on ne le voit plus actuellement. Ou ailleurs, peut être... (Rires)

E : Et sur le plan cardiovasculaire, est ce que vous y voyez d'autres intérêts ?

Dr C: Oui, après il y a tout ce que l'on ne voit pas. Les AVC c'est ce que l'on voyait. Mais il y a aussi

un intérêt pour les reins, les yeux et tout ce que l'on veut. Cela, c'est clair.

E: Et que pensez-vous du rapport bénéfice-risque du traitement antihypertenseur dans cette classe d'âge ?

Dr C: En raison des AVC, le traitement me paraît «tout bénéfice».

E: Donc, vous pensez plus aux bénéfices qu'aux risques lorsque vous débutez un traitement.

Dr C: Le problème d'un traitement, c'est bien sûr aussi son danger. Les effets iatrogènes etc, c'est nous que cela concerne. Après il reste le problème de l'observance et de la façon dont les patients le prennent. A cet âge, là, effectivement, il peut y avoir des débordements. Il faut réévaluer le problème..Mais il faut les traiter ces patients, bien sûr.

E: Je voudrais préciser la manière dont vous prenez en charge les patients hypertendus âgés de plus de 80 ans. D'abord, comment faites-vous le diagnostic positif ?

Dr C: Je leur prends la tension. S'ils ont une hypertension, je leur dis qu'ils sont hypertendus. Non, en fait, il y a une certaine tolérance...Des fois ils auront simplement 15 donc on recontrôle. Celui qui a 25, on ne se pose pas de questions. Dans les tensions moyennes ou juste un peu élevées, c'est rare que les patients acceptent dès la première prise le diagnostic et le traitement à vie. Donc, on prend la tension et on la reprend. Moi, je suis assez favorable à l'automesure.

E: Justement, d'après les recommandations, le diagnostic d'hypertension chez les personnes âgées doit être confirmé par MAPA ou automesure tensionnelle avant. Que pensez-vous de cette recommandation par rapport à votre pratique quotidienne ?

Dr C: Moi, je préconise beaucoup les appareils. Ils coutent vingt euros. Il y a des pharmaciens qui les

font pas chers dont je connais les adresses, donc je le fais savoir aux patients.

E: Ensuite, quel bilan cardiovasculaire et préthérapeutique réalisez-vous ?

Dr C: Je fais systématiquement un bilan sanguin. Et, quand j'y pense (rires), j'envoie les patients aux cardiologues. C'est vrai que je n'ai pas systématiquement la démarche de faire un électrocardiogramme, d'autant plus qu'il n'y en a pas dans mon cabinet. Donc, il faudrait en théorie envoyer au cardiologue. Ceci dit, je m'interroge sur l'intérêt de médicaliser à outrance la population par des bilans systématiques. Mais le bilan sanguin minimum, oui c'est sur. Avec le cardiologue en supplément, si j'y pense et surtout si les gens me le demandent, ce qui arrive souvent.

E: Et vous proposez des règles hygiéno-diététiques à cet âge ? Si oui, lesquelles ?

Dr C: Pas beaucoup. D'abord parce que je n'aime pas que l'on rentre dans ma vie, donc je n'aime pas rentrer dans la vie des autres... (Rires) Je veux dire par là que dire aux gens que « Il ne faut pas manger trop salé, bougez-vous, marchez, faites du sport, buvez », ça oui, bien sur. Après, être plus incisif, ce n'est pas dans ma façon de voir la vie. Je trouve que les gens, s'ils ont envie de manger du gras, ils mangent du gras. Après on décide de traiter ou pas. Mais est ce que la vie vaut d'être vécue dans la privation, point d'interrogation ?

E: Surtout à cet âge là.

Dr C: Oui, voilà. Je trouve qu'à un moment, il faut laisser les gens manger, vivre. Pas dans la folie non plus. Pour le tabac, je fais un peu la guerre. Le tabac, je fais la guerre parce que je trouve que c'est aussi gênant pour les autres.

E: En fait, pour les règles hygiéno-diététiques à cet âge, il ne faut surtout pas faire de régime désodé car cela entraîne souvent une anorexie chez les personnes âgées, avec un risque de dénutrition.

Dr C: Et en plus, il faut qu'ils adhèrent. A mon avis, c'est plus simple de donner un petit médicament. Petit, pas forcément d'ailleurs... (Rires). En leur disant qu'il ne faut pas l'arrêter et en les gardant un petit peu à l'œil.

E: Et comme traitement pharmacologique de première intention, qu'est ce que vous prescrivez à cet âge là ?

Dr C: C'est une bonne question. Cela dépend du contexte, on va dire. S'il y a une insuffisance rénale, ce sera plutôt des produits qui ne sont pas à élimination rénale. Parfois des antihypertenseurs centraux.

E: Et chez un patient qui n'a aucun antécédent ?

Dr C: Chez un patient sans antécédent, ce sera un IEC ou un ARA, genre préterax.

E: Et c'est de part votre expérience personnelle ?

Dr C: De part le peu d'inconvénient que cela a. Pas comme les grands diurétiques type hydrochlorothiazides.

E: Pourtant les recommandations proposent d'utiliser en première intention les thiazidiques ou les inhibiteurs calciques.

Dr C: Je sais bien. Sauf que pour les patients, ce n'est pas facile à vivre. Les inhibiteurs calciques donnent des œdèmes et les thiazidiques font uriner, en particulier les patients ayant des problèmes de prostate. Je suis d'accord sur le principe des recommandations, mais avoir des œdèmes, ce n'est pas agréable. Par ailleurs, si je dois prescrire une autre classe comme les B-bloquants, je passe automatiquement par un cardiologue. Quand le patient doit être polymédiqué, là je fais automatiquement faire un électrocardiogramme.

E: Et quels objectifs tensionnels fixez-vous ?

Dr C: Grosso modo, une systolique autour de 14, sauf insuffisance rénale ou diabète. Et encore..

E: En fait, on peut même être encore plus laxistes à cet âge. D'après les recommandations, chez les patients de plus de 80 ans, l'objectif est d'obtenir

une tension artérielle systolique inférieure à 150mmhg en l'absence d'hypotension orthostatique. Et sur quel délai évaluez-vous l'efficacité du traitement avant d'envisager une modification ?

Dr C: Et bien, on ne fait jamais d'ordonnance de moins de trois mois, de toute façon. On fait toujours des ordonnances de trois mois ou un mois renouvelable deux fois. Donc l'évaluation se fait sur trois mois. S'ils ont acheté un tensiomètre, c'est plus facile. S'ils vont chez le cardiologue, on sait qu'il y aura une prise de tension de manière intermédiaire. Sinon, c'est rare que je dise aux gens « je vous renvoie dans 15 jours pour reprendre la tension ». Sauf s'ils ont 19 ou 20 de tension ou des signes fonctionnels ou une raison particulière, auxquels cas on attaque différemment. Mais dans la majorité des cas, ce n'est pas pressé. Cela fait déjà cinq ans qu'ils ont ces chiffres tensionnels....

E: Et chez un patient de plus de 80 ans dont vous n'arrivez pas à contrôler la tension, est ce qu'il y a un nombre maximum d'antihypertenseurs prescrits au-delà duquel vous n'allez pas?

Dr C: S'ils ont 50 de tension il faut que cela baisse. Ceci dit, on angoisse un peu en voyant les ordonnances des personnes âgées. Mais on en a moins qu'avant de ces grandes ordonnances ou il fallait deux feuillets pour tout mettre. Dans les petites hypertensions comme 16 17 18, les patients ont rarement plus de deux médicaments. Mais ce n'est pas forcément un problème. Il y a un âge où l'on aime bien que les autres prennent soin de soi. Les patients en prendraient bien douze si on leur disait d'en prendre douze. Après, c'est dans la prescription. Je pense que les patients ne prennent vraiment que les traitements dans lesquels nous, nous croyons. On soulève des montagnes, quand on veut.

E: Effectivement, je pense que la conviction du médecin influe sur la manière dont les patients prennent leur traitement ou ne le prennent pas.

Dr C: Et c'est valable pour tout en médecine. Il y a une différence entre «Allez faire une IRM si vous avez encore mal »et « Je veux que vous fassiez une IRM et que vous la rameniez la semaine prochaine». Après, encore faut-il que, soi-même, on ait cette condition. Moi, je n'ai pas la psychologie de penser que j'ai inventé l'eau chaude, que je suis le génie des Carpates et qu'il faut m'obéir au doigt et à l'œil parce que sinon la Terre va s'écrouler. Du coup, on a la clientèle en conséquence et mes patients sont gentils en conséquence.(Rires)

E: Et quelle surveillance réalisez-vous pour évaluer l'efficacité du traitement et la tolérance du traitement ?

Dr C : La tolérance, c'est une surveillance personnelle et biochimique. Cela va être le potassium et la créatinine, grosso modo. Après, c'est aussi le ressenti des gens et s'ils se sentent bien. C'est d'ailleurs plutôt rare au début du traitement qu'ils se sentent bien. D'ailleurs, je viens de recevoir un patient qui avait simplement arrêté son traitement au bout de deux mois parce qu'il n'en avait plus.....(rires). Pourtant il est cortiqué , mais bon, cela n'a pas d'influence. Pour le suivi, si les gens sont disciplinés et s'automesurent, on pourrait faire des ordonnances de six mois. Les cardiologues le font bien. On pourrait même faire des ordonnances d'un an, pourquoi pas, en disant aux patients de revenir s'il y a quelque chose de nouveau. S'ils sont complètement indisciplinés, un suivi à trois mois cela permet de les garder à l'œil et de les remotiver de temps en temps. Bien sur, sauf médicament particulier ou patient ayant tendance à faire une hypokaliémie ou patient insuffisant rénal ou autre.

E: Et parmi vos patients âgés hypertendus traités, à combien estimez –vous le pourcentage de patients

avec un contrôle tensionnel satisfaisant, donc en-dessous des objectifs tensionnels?

Dr C: Ceux que je me fixe ou ceux que fixe l'HAS ?(Rires). Je pense qu'il y en a 70 % qui sont bien contrôlés. Je pense qu'il y a des patients mal contrôlés parce qu'ils n'ont pas bien compris le traitement et qu'on ne leur a pas fait bien comprendre. Et comme moi-même je ne suis pas convaincu qu'il faille drastiquement les embêter, c'est possible que l'on soit un peu moins efficaces.

E: En fait, des études françaises- réalisées notamment en médecine générale- ont montré que moins de 30% des patients âgés hypertendus traités atteignent réellement les objectifs tensionnels. Qu'en pensez-vous ?

Dr C: Sûrement parce qu'il y a pas mal d'erreurs. Déjà, moi je prends systématiquement la tension à tous mes patients. Cela fait partie des actes du cabinet et c'est indispensable. Mais il y a des patients qui ont une tension élevée mais non diagnostiquée. Je connais beaucoup de copains médecins qui ne prennent pas la tension si les gens viennent pour mal aux pieds. Je vérifie à chaque fois et une tension qui dépasse les 16, je ne laisserai pas passer. Ou alors, je laisserai passer une fois parce qu'ils m'ont dit «Je n'ai pas pris le traitement depuis deux jours » ou «Ce matin, j'ai eu un stress terrible». Mais il y a un moment où il faut agir.

Embêter, c'est une chose mais le danger est une autre. Je pense que mes patients sont mieux suivis que cela, quand même. Mieux que 30%. Ils sont tous au moins mesurés. Et dès qu'ils arrivent à des chiffres à risque d'accidents, je pense qu'on les récupère. On ne laisse pas passer cela. Par contre, c'est le 16 qu'on laisse passer souvent, parce qu'il y a toujours une bonne raison d'avoir 16.

E: Oui, et on se dit qu'on vérifiera la prochaine fois.

Dr C: Et puis, on n'a pas le dossier sous les yeux, ou on n'y pense pas, ou on fait autre chose pendant la consultation .

E: En fait, des études ont démontré que –chez les patients âgés- le mauvais contrôle tensionnel était dû à des facteurs impliquant à la fois les patients, les traitements et les médecins prescripteurs. Nous allons donc tenter d'identifier ces différents facteurs. Commençons par les patients âgés et leur observance thérapeutique. D'après vous, à cet âge, quelles comorbidités et pathologies peuvent empêcher une prise correcte du traitement ?

Dr C: C'est la tête sans aucun doute, et le mauvais caractère. Donc, la tête involontaire et volontaire. Il y a des patients qui négligent volontairement de prendre le traitement. Un autre élément important est notre conviction à nous, en tant que médecins. Mais pour cela, on a des dossiers et des stagiaires vigilants. A partir du moment où l'on est tous d'accord qu'il faut traiter à partir d'un certain chiffre, les choses sont plus simples. Un autre facteur, c'est le problème majeur que posent les génériques. Je ne prescris pas en générique ou alors rarement, quand cela me prend. Mais cela ne me dérange pas que les pharmaciens substituent les traitements et je trouve cela très bien. Simplement, je pense que ce n'est pas le rôle du médecin de prescrire des génériques. Nous, on devrait prescrire en DCI et point. Cela devrait être comme cela. Sauf que si les pouvoirs publics n'imposent pas la même couleur et la même description pour la même molécule, il n'y a pas de solution. C'est vrai qu'il y a un certain nombre de gens qui ne prennent pas du tout le traitement ou qui prennent deux fois le même traitement sous des noms différents. Et cela, c'est un vrai problème chez les gens âgés. Et un problème mal pris en compte.

E: Toujours par rapport aux patients, quel contexte social ou familial est associé à une mauvaise observance du traitement, selon vous ?

Dr C: Peut être la voisine qui dit «Ne prends pas ce cachet là. Le rouge n'est pas bon. Le bleu est meilleur.». Mais j'ai passé l'âge de ça. Cela arrive

quand on est jeune médecin et cela vous arrivera à vous. C'est typiquement la personne qui va voir son vieux médecin en disant «Ma voisine prend des comprimés bleus» et le médecin –avec de la bouteille- répond qu'elle a tort et qu'elle devrait prendre les verts. En fait, quand on est un vieux médecin, les patients écoutent ce que l'on dit. Ils ont peut être moins confiance quand on est un jeune médecin. On voit aussi souvent des gens qui viennent nous demander ce que l'on pense de ce qu'a dit le spécialiste. C'est une question de confiance et de maturité. C'est un problème de relation médecin-malade qui se pose moins quand le médecin vieillit. C'est une question d'autorité ou non. D'ailleurs, cette autorité, vous l'avez quand vous êtes en milieu hospitalier. Par définition, l'hôpital, c'est la référence, alors si l'hôpital l'a dit... J'ai encore vu des gens ce matin sortir l'ordonnance de l'hôpitalPourquoi pas Enfin, quand on a 25 ou 30 ans d'habitude et de confiance, le problème ne se pose pas et l'environnement n'a plus beaucoup d'influence.

E: Et chez des personnes âgées démentes ou isolées, quels systèmes d'aide à la prise de traitement proposeriez-vous ?

Dr C: Si elles sont « démentes-démentes», elle sont en institution et le problème ne se pose pas, car il y a du personnel pour donner le traitement. Pour les patients vivent seuls, si les enfants sont cohérents il faut les impliquer. Et si les enfants ne sont pas cohérents et qu'il faut vraiment un traitement, il y a des systèmes de soins avec des infirmières. A Gennevilliers, on n'est pas malheureux. Il y a notamment le réseau Agekanonix et les infirmières libérales.

E: Et il vous arrive de proposer des piluliers ou des semainiers à vos patients ?

Dr C: Rarement. Plus souvent quand on va à domicile, car ce n'est pas la même clientèle. Les patients qui viennent ici ont deux bras, deux

jambes, leur tête et ont su prendre le bus pour arriver ici. Là, à mon avis, il n'y a pas de problème de prise. Les gens que l'on voit à domicile, soit ils appellent par convenance soit ils ne sont pas capables de gérer leur venue au cabinet. Pour ces patients là, les pharmaciens proposent des piluliers et ils en ont tous, ce qui est bien. Et cela doit être rentable financièrement. La plupart des gens ont des piluliers, mais ce n'est pas moi qui les ai prescrits. Cela m'arrive de les proposer quand les gens me disent « je mélange les médicaments ». Là, je percute. Mais je ne pense pas à le proposer le premier jour lors de la première prescription du traitement. J'y pense quand ils me disent que ça ne va pas bien ou que je m'en aperçois. Je n'ai pas cette capacité automatique de gestion là

E: Et bien, c'est honnête de le dire.

Dr C: (Rires). C'est normal, je n'ai pas besoin d'avoir une note pour l'entretien...

E: Maintenant, nous allons aborder l'impact du traitement lui-même sur l'observance. Chez vos patients âgés, pensez vous que les effets indésirables avérés ou supposés des traitement modifient l'observance thérapeutique ?

Dr C: Bien sur que oui. L'amlor fait gonfler les jambes donc ils arrêtent l'amlor. Des fois ils demandent la permission d'arrêter mais des fois ils arrêtent seuls, tout simplement.

E: Et l'influence du nombre de médicaments prescrits ou de prises quotidiennes ?

Dr C: Je pense que cela joue un rôle chez peu de gens. Il y a des produits combinants en plus, si on veut. Je trouve que ce n'est pas un argument pour une mauvaise prise du traitement. Une fois que les gens ont accepté l'idée de se traiter, un, deux ou trois comprimés ne changent pas grand chose. Pour le nombre de prises quotidiennes, cela peut être important chez quelques personnes âgées actives, mais pas chez celles en institution. A partir du moment où on explique aux patients les raisons du

traitement, ils l'acceptent. C'est comme les cardiologues qui disent aux patients de prendre l'aspirine le soir car cela a une meilleure biodisponibilité. Et bien, les patients le font. C'est aussi une question de volonté. Quand on veut, on peut. Le problème est de vouloir vraiment convaincre les patients. Cela peut être consommateur d'énergie, la volonté, donc on laisse les choses couler... En plus, il y a aussi le respect de la liberté des patients.

E: Et pour débiter un traitement chez une personne âgée, pensez-vous à sélectionner celui avec le moins d'effets indésirables, le moins de prises quotidiennes et avec une galénique adaptée aux capacités du patient ?

Dr C: Les critères, c'est un traitement efficace et qui pourra être bien suivi. Parce que l'efficacité sans le suivi ne sert à rien. Donc, on pense aux œdèmes de jambes pour les inhibiteurs calciques, la toux pour les IEC, les diurétiques chez les hommes avec pathologies prostatiques ou un peu actifs et qui sortent. Leur coller du lasilix peut être compliqué mais on module le traitement et ils peuvent le prendre plutôt le midi. Tout se négocie. Effectivement, on prend tout cela en compte mais plus en filigrane. Mais tout dépend de l'importance du traitement. Si vraiment le traitement est indispensable et qu'ils n'ont pas le choix, ils le font. C'est un peu comme l'insuline. S'il le faut pour survivre, ils prennent l'insuline. S'ils ont le choix, ils préfèrent des cachets que de l'insuline.

E: Et en cas de mauvais contrôle tensionnel, pensez-vous à évaluer l'observance thérapeutique avant de conclure que le traitement n'est pas efficace ou pas suffisant et de majorer le traitement ?

Dr C: Il y a un péché d'orgueil de ma part. Je vais répondre oui et non. C'est à dire que oui, j'y pense mais là où je fais un gros péché d'orgueil, c'est que j'ai la présomption de penser qu'intuitivement je

connais les malades qui prennent ou qui ne prennent pas leur traitement. Donc j'y pense. En fait, je poserais certainement la question aux patients dont je ne suis pas certain qu'ils prennent, ou dont une petite phrase va me mettre la puce à l'oreille. Ceux dont je suis convaincu -peut être à tort- qu'ils prennent leur traitement, j'ai tendance à leur coller des molécules en plus.

E: C'accord. Et bien justement, je pense que vous pourriez avoir des surprises. Les études montrent que l'estimation par les médecins de l'observance de leurs patients est plutôt incorrecte, avec une tendance à la surestimation...

Dr C: Oui, je suis persuadé que j'aurai des surprises. Mais je pense que -à un moment- je me poserai des questions quand même. Mais l'autorité tue l'autorité. Quand on est trop autoritaire avec les gens, au bout d'un moment, les gens trichent. Moi, je ne suis pas autoritaire du tout et je ne fais pas partie des médecins qui disent «Comment ?! Vous n'avez pas suivi mon traitement ? Mais vous allez mourir ! ». Je leur dis juste que ce n'est pas grave d'avoir oublié de prendre le traitement mais d'y faire plus attention. Donc, ils n'ont pas tellement de raisons de mentir. Et au moins, ils peuvent me dire qu'ils ne l'ont pas pris. Alors qu'il y a d'autres médecins auxquels on ne peut pas le dire. Moi, ils peuvent me dire «ça ne va pas, les comprimés sont trop gros ou pas bons.». J'ai toujours l'impression que c'est de ma faute quand cela ne va pas, et cela leur permet de décharger la culpabilité sur le médecin.

E: Justement, nous allons aborder l'impact du médecin généraliste prescripteur. Je vais vous présenter un petit cas clinique. Vous diagnostiquez une hypertension artérielle avec des chiffres à 170/90 chez un patient de 91 ans - sans autre facteur de risque ni antécédent - et débutez un traitement antihypertenseur après confirmation du diagnostic. Quatre semaines après le début du traitement, ses

chiffres tensionnels sont aux alentours de 160/80. Vous décidez de ne pas modifier le traitement et de reconvoquer le patient. Un mois plus tard, ses chiffres sont à 160/80.

Ces chiffres vous paraissent-ils satisfaisants ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?

Modifiez-vous d'emblée le traitement ou attendez-vous de confirmer les chiffres tensionnels lors d'une troisième consultation et pourquoi ?

Dr C: Je suppose que le chiffre est volontairement choisi Je pense que j'attendrais. On n'est pas pressés. A 160, il n'est pas en danger. Après, il y a d'autres facteurs qui interviennent.

Est-ce qu'il a un petit peu d'œdèmes des jambes, une petite insuffisance cardiaque S'il y a ces signes en plus, je majorerais mon IEC, la fois d'après ou la suivante. On n'est plus dans l'urgence du tout. En plus, il a accepté l'idée de se traiter. J'aurais tendance à attendre un peu, voir s'il n'a pas une hypotension orthostatique, la tête qui tourne...

E: Donc, vous craignez d'augmenter les effets iatrogènes en augmentant le traitement ?

Dr C: Oui. En fait, je trouve qu'on a écarté le danger immédiat. Et à 91 ans..... Je pense que la vie doit être vécue belle quand elle est belle. Au delà, je m'interroge.

E: Et bien, des études ont démontré que certains médecins tardent à majorer le traitement antihypertenseur chez leurs patients âgés, notamment par crainte des effets indésirables iatrogènes. Ce phénomène, appelé «inertie thérapeutique», semble contribuer au mauvais contrôle tensionnel chez les patients âgés. Et patients sont vus cinq ou six fois avec des chiffres tensionnels élevés, avant que le traitement soit modifié. Qu'en pensez-vous ?

Dr C: Tout dépend de l'objectif qu'on s'est fixé. Et à mon avis, cet objectif est qu'il ne meure pas de son hypertension et le deuxième objectif est que les gens ne soient pas gênés de leur hypertension. S'ils

n'étaient pas gênés avant le diagnostic, pourquoi les gênerait-on maintenant ? En plus, c'est une raison pour qu'ils arrêtent s'ils sont gênés. Et puis, on est dans le respect de la vie de l'autre.

E: Et bien, cela a le mérite d'être clair. En conclusion, avez-vous des remarques sur le sujet choisi, sur l'intérêt de ce travail ou sur la méthode employée ?

Dr C: C'est toujours intéressant et dérangeant, les gens qui mettent le doigt sur les insuffisances. On se trouve plein de raisons à nos insuffisances. Je trouve cela vraiment très bien. Ma conclusion personnelle c'est «quand on veut on peut». Quand on veut imposer un traitement, on peut. Quand on veut se tenir au courant des recommandations, on peut s'en donner les moyens. Mais les gens âgés, il ne faut peut-être pas les embêter trop.....

ENTRETIEN D

E: Cette thèse concerne la prise en charge de l'hypertension artérielle chez les patients très âgés, de plus de 80 ans. Nous allons donc commencer par une courte présentation de votre activité. Depuis combien d'années exercez-vous en médecine générale, remplacement compris ?

Dr D: Alors, remplacement compris, depuis trente et un ou trente-deux ans.

E: Ah oui, quand même....

Dr D: Et je ne fais pas mon âge...(Rires)

E:(Rires)C'est ce que j'allais dire. C'est d'ailleurs la question suivante. Quel est votre âge, justement, sans indiscretion ?

Dr D: J'aurai cinquante-huit ans à la rentrée.

E: D'accord. Et vous travaillez uniquement en cabinet ou dans d'autres lieux comme un centre de santé, dispensaire, hôpital ?

Dr D: J'exerce uniquement en cabinet.

E: Dans votre pratique quotidienne, avez-vous une spécialité de prédilection comme la gériatrie, la

pédiatrie, la gynécologie, la rhumatologie ou autre ?

Dr D: J'ai un CES de médecine du sport, mais qui me sert essentiellement à faire des certificats de plongée. Je vois beaucoup d'enfants, et de plus en plus d'ailleurs. Et puis, la proximité de plusieurs foyers-logements et maisons de retraite et le fait que j'exerce depuis trente ans font que j'ai une proportion de patients âgés importante.

E: Le premier thème concerne votre opinion sur le traitement de l'hypertension chez les sujets très âgés. Pensez vous qu'il est utile de traiter l'hypertension artérielle chez les patients de plus de 80 ans ? Si oui, pour quels bénéfices ? Si non, pourquoi ?

Dr D: Moi, je suis de la génération ou on disait qu'il ne fallait pas trop traiter et que- en gros- à 80 ans on peut avoir 18 de tension, à 70 ans on peut avoir 17 et à 60 ans on peut avoir 16. On pensait en plus que les artères scléreuses nécessitaient une pression supérieure. Il semble que les derniers travaux montrent quand même qu'on a intérêt- en terme de morbidimortalité- à traiter l'hypertension des sujets âgés comme pour celle des sujets jeunes. Si j'ai bien lu les textes, on est censé avoir les mêmes objectifs tensionnels. Disons que, instinctivement, j'aurais tendance à être plus laxé, en fonction aussi des autres facteurs de risque. Bien entendu, si je sais que c'est quelqu'un qui a déjà des antécédents cardiovasculaires ou des antécédents neurologiques, je vais avoir des exigences de chiffres plus proches des canons des sujets jeunes. Sinon, c'est vrai que je vais assez facilement laisser les personnes âgées à 16 à partir du moment où c'est bien toléré et où il ne semble pas qu'il y ait d'autres facteurs de risque.

E: Et par rapport au traitement antihypertenseur, quels bénéfices notamment cardiovasculaires vous en attendez pour vos patients ?

Dr D: Eviter l'insuffisance cardiaque et puis essayer au maximum de limiter les risques d'accidents vasculaires sur les poussées hypertensives.

E: D'accord. Pour les objectifs tensionnels, puisque vous en parliez, les recommandations sont un peu moins strictes que chez les sujets jeunes. Sous traitement, l'objectif est d'obtenir une tension artérielle systolique inférieure à 150mmhg en l'absence d'hypotension orthostatique.

Dr D: C'est à peu près cela.

E: Je voudrais préciser un peu votre prise en charge des patients âgés hypertendus. Comment faites vous le diagnostic d'hypertension à cet âge ?

Dr D: Comme les autres classes d'âge. Sur les chiffres de pression artérielle élevée à différentes reprises. Cela peut être à l'occasion d'un incident type épistaxis ou autre. Parmi mes patients âgés, il y a des gens que je connais depuis longtemps et avec le système des foyers-logement, il y a beaucoup de gens que je prends en charge avec un diagnostic d'hypertension déjà établi, et des traitements en cours.

E: En fait, d'après les recommandations, le diagnostic d'hypertension chez les personnes âgées doit être confirmé par MAPA ou automesure tensionnelle avant de débiter le traitement, notamment en raison de l'effet blouse blanche et des risques d'un traitement non indiqué. Que pensez-vous de cette recommandation par rapport à votre pratique quotidienne ?

Dr D: Chaque fois que j'ai un doute, je fais pratiquer l'automesure, en tous cas quand je suis à peu près sûr que cela va suivre sur le plan cognitif. J'ai plusieurs tensiomètres depuis plusieurs années, que je prête volontiers aux patients et cela avant même que je sache que l'automesure existait.

E: Pour ces patients, quel bilan cardiovasculaire et préthérapeutique réalisez-vous ?

Dr D: Déjà à 80 ans s'il n'y a pas d'antécédent bien clair d'hypercholestérolémie, je ne vais pas forcément me mettre à aller rechercher une hypercholestérolémie. Je rechercherais plutôt un diabète, je ferais un bilan rénal, un ionogramme sanguin et éventuellement, quand j'y pense, une protéinurie mais je n'y pense pas toujours. Et puis après, le bilan cardio cela dépend. Eventuellement, je vais faire un électrocardiogramme moi-même. Mais je ne vais pas forcément faire un bilan cardio d'emblée. Et puis, si vraiment j'ai l'impression que l'hypertension est d'apparition très précoce, à ce moment-là je demanderais un doppler des artères rénales.

E: Est-ce-que vous proposez des règles hygiénodietétiques à ces patients et si oui lesquelles?

Dr D: Oui, euh...On insiste toujours sur le sel, de toute façon. Et puisEnfin bon, le sel de façon simple. J'essaie de ne pas parler de régime sans sel. D'une part cela fait peur, d'autre part c'est délétère. J'essaie d'éviter la bouteille d'hépar ou la bouteille de quezac systématique, car c'est quasiment de l'eau de mer. Donc, essayer de diminuer les apports en sel inutiles par les charcuteries, par les fromages, par les conserves. Essayer d'inciter-le cas échéant-à passer plus aux surgelés qu'aux conserves pour limiter l'apport de sel. Et surtout ne pas prononcer le mot «régime sans sel» car j'ai peur de l'excès. Et pour le reste, déjà s'assurer que les gens mangent correctement, qu'ils ne sautent pas de repas, qu'ils ont une alimentation équilibrée, suffisante pour leur âge et pour le niveau d'exercice qu'ils ont.

E: Et quel traitement pharmacologique de première intention proposez vous chez les plus de 80 ans?

Dr D: Honnêtement, j'ai du mal à avoir un plan très très précis et un arbre décisionnel très strict. Euh...

E: Chez un patient qui n'aurait pas d'antécédent et notamment pas d'insuffisance rénale ?

Dr D: Le problème des diurétiques, c'est qu'ils ne sont pas toujours bien tolérés et qu'on a toujours peur de la prochaine canicule. Ensuite, en terme de confort, ce n'est pas idéal et dans une tranche d'âge ou les problèmes de continence urinaire ne sont pas toujours bien contrôlés, cela peut être empoisonnant. Euh....Mais j'aurais tendance à donner des calcium bloqueurs en première intention . Je me méfie des IEC et des ARA dans cette tranche d'âge, même si j'ai vérifié la fonction rénale avant. Et avec les calcium bloqueurs, je sais que je vais déclencher des maux de tête et surtout des œdèmes des membres inférieurs qui les inquiètent beaucoup, mais ça me semble quand même la classe qui paraît la plus sécurisante chez un patient que je ne connais pas forcément très bien.

E: Donc en fait, vous prenez en compte les effets indésirables potentiels avant d'instituer le traitement.

Dr D: Ben oui. Parce qu'à partir du moment où on débute un traitement, il faut mettre le maximum de chances pour qu'il soit suivi.

E: Et sur quel délai évaluez-vous l'efficacité du traitement avant d'envisager une modification éventuelle ?

Dr D: Cela va dépendre des chiffres. Si c'est 22, je vais être pressé. Si c'est 18 bien toléré, c'est euh... En fait, c'est mon angoisse à moi, pas celle du patient(Rires) !En général, je ne prends pas de décision avant trois mois.

E: Et en terme de nombre de médicaments prescrits, chez un patient dont vous ne parvenez pas à contrôler l'hypertension, combien de classes différentes prescrivez-vous au maximum ?

Dr D: n théorie c'est en dessous de trois. En fait, jusqu'à trois, je n'ai pas de souci majeur. Ce n'est jamais moi qui vais mettre la quatrième classe. Il y a l'intervention d'un cardiologue à ce moment là.

E: C'est ce que préconisent les recommandations. En fait, c'est au maximum trois antihypertenseurs différents dont un thiazidique, et il faut se contenter de la tension obtenue avec ces traitements. Au-delà de trois traitements, on est sûrement plutôt délétères.

Dr D: Et il faut aussi rajouter qu'il y a en plus des problèmes de gestion d'anti-inflammatoires ou de choses comme cela, qui font que- là aussi- pour le diurétique, cela pose problème.

E: Comment est-ce-que vous organisez votre surveillance, notamment comment est-ce que vous évaluez l'efficacité et la tolérance du traitement ?

Dr D: Pour l'efficacité, c'est la disparition d'éventuels signes fonctionnels comme des céphalées, des sensations vertigineuses ou autres. Et pour la tolérance, euhQuand ce n'est pas toléré, on l'a en direct en règle générale. Quand je prescris des calcium bloqueurs, je préviens de la survenue probable d'œdèmes pour couper court et éviter que les gens n'arrêtent le traitement. C'est « J'ai les chevilles qui ont gonflé, j'ai regardé le paquet et j'ai lu que c'était sûrement à cause de ça. Du coup, j'ai arrêté le traitement ». Du coup, les patients ont toujours 19 de tension. Mais ce n'est pas comme cela qu'il fallait faire. C'est pour cela que je préfère leur dire avant qu'il y a trois choses qui peuvent se produire: « Vous pouvez avoir un peu mal à la tête, vous pouvez avoir des bouffées de chaleur et ça vous rappellera votre ménopause (Rires) et vous pouvez avoir les chevilles qui enflent. Ce n'est pas grave. Quelque fois cela s'arrange à terme. Pour l'instant, ce qui est important c'est de faire baisser vos chiffres de tension. Si vous ne supportez pas le traitement ou s'il y a un problème, vous me passez un petit coup de fil pour qu'on en reparle mais n'interrompez pas le traitement comme ça ». Pour les calcium bloqueurs, je préviens aussi du risque d'hypotension orthostatique : « Si vous vous levez la nuit pour faire pipi, levez-vous doucement.

Asseyez-vous sur le bord de votre lit avant de partir. »

E: Et parmi vos patients âgés hypertendus traités, à combien estimez –vous le pourcentage de patients avec un contrôle tensionnel satisfaisant, c'est à dire qui sont en dessous de l' objectif tensionnel ?

Dr D: Je ne sais franchement pas. J'espère que c'est supérieur à 50% (rires) sinon je me plante complètement dans ma façon de travailler. Mais (souplesse), je ne sais pas... Les différents audits qu'on a fait montrent qu'en matière d'hypertension, le problème est déjà vrai chez les sujets jeunes. Je pense que c'est encore plus vrai chez les personnes âgées, on est vachement laxistes. Les audits faits dans un groupe d'enseignants qui bossent depuis des années sur le risque cardiovasculaire montrent des résultats catastrophiques, alors que l'on est censés être plus informés que la moyenne. On a de très mauvais résultats en matière de contrôle des chiffres, c'est effrayant.

E: Et c'est même valable à l'échelon national. Des études françaises- réalisées notamment en médecine générale- ont montré que moins de 30% des patients âgés hypertendus traités atteignent les objectifs tensionnels. Et le contrôle tensionnel décroît même avec l'âge du patient.

Dr D: Cela m'attriste mais je suis prêt à le croire. Cela me ferait plaisir si on me disait 50%...

E: Des études ont indiqué que –chez les patients âgés- le mauvais contrôle tensionnel était dû à des facteurs impliquant à la fois les patients, les traitements et les médecins prescripteurs. Nous allons essayer d'identifier ces facteurs un par un. Commençons par les facteurs liés aux patients. D'après vous, chez les sujets âgés, quelles comorbidités et pathologies peuvent empêcher une prise correcte du traitement ?

Dr D: Bien évidemment, tout ce qui est trouble cognitif. Et puis aussi, je pense, très probablement, les pathologies douloureuses qui font qu'on se

retrouve avec plein de médicaments sur la table et qu'on va donner la priorité à ce qui permet de partir faire son marché ou de partir jouer au scrabble sans avoir mal partout. Et s'il faut choisir entre l'antihypertenseur-dont on ne ressent pas forcément l'action comme ça- et l'antalgique qui va permettre de quitter son appart, on va choisir l'antalgique.

E: Et dans le contexte social ou familial, quels éléments peuvent entraîner une mauvaise observance du traitement ?

Dr D: Tout ce qui est isolement, bien sur, ou les familles délétères(rires). Des fois c'est pire d'avoir la famille sur le dos(rires). C'est sur que c'est mieux chez les gens qui ne sont pas seuls, qui sont surveillés avec quelqu'un qui vient faire l'armoire à pharmacie. Même les aides ménagères. Il y a des aides ménagères qui font un travail absolument remarquable, y compris dans la prise de médicaments. Elles les distribuent alors que ce n'est absolument pas dans leurs attributions. S'il y avait un pépin, ni elles ni l'institution qui les emploie ne pourraient s'en sortir sur le plan juridique. Si elles n'étaient pas là, ce serait une catastrophe. Il y a des gens qui ne sont maintenus à domicile que grâce aux dévouement de leurs aides ménagères, qui passent plus souvent gratuitement, parce qu'elles s'attachent aux gens et qu'elles veulent faire correctement leur boulot.

E: En dehors de l'aide à domicile ou de la famille, est-ce que vous proposez à vos patients l'aide de piluliers ou de semainiers ?

Dr D: Pour le semainier, il faut qu'il y ait quelqu'un qui le prépare. On peut éventuellement demander au pharmacien. Mais c'est toujours pareil, j'ai vu des semainiers ou il restait tout le traitement du mardi alors que celui du mercredi était déjà entamé...Si les gens piochent sur n'importe quel jour au hasard, cela ne sert à rien. Il faut le semainier plus quelqu'un qui s'assure de la bonne prise du traitement. Le semainier est très bien pour

les patients qui ont une polyarthrite ou quelque chose comme cela, et qui ont du mal à couper les médicaments ou à les sortir du blister. On leur prépare et ils vont sortir leur petite tirette du lundi . Cela, ils peuvent le faire parce qu'ils ont leur tête, qu'ils savent quel jour on est, qu'ils savent très bien ce qu'ils doivent prendre comme médicament.

E: Je voudrais revenir un peu sur l'impact du traitement lui-même sur l'observance thérapeutique. On sait que chez les personnes âgées , un traitement inadapté peut retentir sur l'observance. Chez vos patients âgés, pensez vous que les effets indésirables avérés ou supposés des traitement modifient l'observance thérapeutique ?

Dr D: Bien sur.

E: Et le nombre de traitements prescrits, pensez vous que cela modifie l'observance ?

Dr D: Cela dépend des patients. Il y en a qui sont contents d'avoir plein de médicaments.

En théorie, oui. C'est « Oh là là, docteur, vous allez me donner tout cela, ce n'est pas possible.» « Bon, et bien je vais vous supprimez ce traitement là.» «Ah, mais non, celui-là ce n'est pas possible, docteur. Je l'avais déjà. » «Celui là, cela fait 20 ans que vous le prenez et on sait que cela ne sert à rien. De toute façon, ce n'est même plus remboursable. » «Ah, mais j'y tiens, docteur .»

Il y a donc des patients chez qui vraiment c'est quelque chose d'important. Et il y en a d'autres qui s'en foutent : plus ils en ont et plus ils sont contents, car ils ont l'impression qu'on s'occupe d'eux.

E: Et quand vous débutez un traitement antihypertenseur, est-ce-que vous pensez à sélectionner celui avec le moins d'effets indésirables, le moins de prises quotidiennes et avec une galénique adaptée aux capacités du patient ?

Dr D: Je crois. A froid, je dirais oui. J'essaie au maximum la prise unique car cela me paraît

important. Et puis sinon, la galénique, est ce que j'y pense d'emblée euh.... ?

E: Par exemple, est-ce-que vous évitez les comprimés sécables chez les patients avec des problèmes rhumatologiques ?

Dr D: Oui , oui, j'y pense. Et je demande souvent aux gens s'ils arrivent à avaler facilement les comprimés ou les gélules.

E: Et en cas de mauvais contrôle tensionnel, pensez vous à évaluer l'observance thérapeutique avant de conclure que le traitement n'est pas efficace?

Dr D: Oui, je le fais systématiquement. J'aurais même tendance à penser que –comme je n'ai pas pu me tromper- c'est forcément le patient qui ne prend pas ses médicaments. Cela sert d'avoir la grosse tête(rires). Non mais, quand c'est vraiment complètement discordant, j'y pense. Mais je ne vais pas insister lourdement : « Vous êtes vraiment sûr que vous le prenez le traitement ??? ». Il ne faut pas non plus traiter les gens de menteurs.

E: Maintenant, je voudrai discuter un peu de l'impact du médecin prescripteur. Je vous propose donc un petit cas clinique. Vous diagnostiquez une hypertension artérielle avec des chiffres à 170/90 chez un patient de 91 ans- sans autre facteur de risque ni antécédent- et débutez un traitement antihypertenseur après confirmation du diagnostic. Quatre semaines après le début du traitement, ses chiffres tensionnels sont aux alentours de 160/80. Vous décidez de ne pas modifier le traitement et de reconvoquer le patient. Un mois plus tard, ses chiffres sont à 160/80.

Ces chiffres vous paraissent-ils satisfaisants ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ? Modifiez-vous d'emblée le traitement ou attendez-vous de confirmer les chiffres tensionnels lors d'une troisième consultation? Et pourquoi ?

Dr D: S'il a 91 ans et qu'il va bien par ailleurs, je lui fous la paix. Déjà, on est passé de 90 à 80 donc je suis très fier de moi. Passer de 90 à 80 de

diastolique est plus difficile et plus significatif que de passer de 170 à 160 de systolique. Je suis plus satisfait d'être passé à 160/80 que je le serai d'être passé à 140 /90.

E: Mais, en fait, si on considère que l'objectif tensionnel est d'être inférieur à 150/90, ce patient n'est pas contrôlé après 1 mois de traitement. Qu'est ce que vous craigniez à l'idée de modifier le traitement ? Les effets indésirables ?

Dr D: Au bout d'un mois, je me dis qu'après tout, si on a commencé à baisser un petit peu, il y a des chances pour que cela continue. On va essayer de voir par ailleurs si on arrive pas à le faire marcher un peu, s'il ne passe pas son temps avec le nez dans des boîtes de conserves, et quelques petites bêtises comme cela qu'on peut corriger et qui nous aideraient. S'il est vraiment bien à 160/80, je n'ai pas envie non plus de le faire passer à 120 et qu'il se casse la gueule chaque fois qu'il se lève pour aller manger.

E: Et bien c'est l'un des facteurs impliquant le médecin. Des études ont démontré que certains médecins tardent à majorer le traitement antihypertenseur chez leurs patients âgés, notamment par crainte des effets indésirables iatrogéniques. On a parfois tendance à recontrôlés plusieurs fois les tensions artérielles des patients alors qu'ils sont au-dessus des objectifs tensionnels. Et y a comme cela des patients qui sont vus 5 ou 6 fois avec des tensions élevées à 16, 17 et on se dit «on verra la prochaine fois». Et ce phénomène, appelé « inertie thérapeutique », contribue au problème du contrôle tensionnel chez les patients âgés.

Dr D: Oui, oui. J'accepte l'idée. J'assume.

E: D'accord(rires).Bon. Très bien.

Dr D: J'assume, je reconnais, j'avoue !!Je ne sais pas ce qu'il faut dire. Non, j'assume mais je n'assume pas bien, puisque ce n'est pas bien et que ce n'est pas comme cela qu'il faudrait faire. Et puis

euh, encore une fois, c'est chez un patient quand même très âgé. Parce que 80 ans j'ai du mal à considérer comme très âgé, mais 91 ans cela commence à m'impressionner un peu....

E: Et si je vous avais dit qu'il avait 83 ans, cela aurait changé quelque chose ?

Dr D : A 83 ans, je serais peut être un peu plus interventionniste. Je chercherais probablement...83 ans maintenant, ce n'est pas grand chose. Quand on apprend que quelqu'un est mort à 80 ans, ce n'est plus «oh ben, il avait fait son temps. » J'ai un tas de patients qui à 80 ans qui ont des projets, qui ont plein de trucs, qui sont capables lors d'activités de battre leurs enfants et petits-enfants. Non, et puis, vieux et âgés ce n'est pas pareil. Il y a des vieux cons de 33 ans(Rires).

E: C'est clair....

Dr D: C'est vrai qu'à 83 ans je serais plus interventionniste qu'à 91. Mais finalement, on ne sait pas trop ce que l'on fait

E: Une dernière question. Avez-vous des remarques sur le sujet que j'ai choisi, sur l'intérêt du thème ou sur la méthodologie ?

Dr D : Sur un truc comme cela, je ne sais jamais trop ou cela va mener. Là, apparemment la prise en charge ne marche pas très bien puisque l'on s'aperçoit, d'un audit à l'autre, qu'on est toujours aussi mauvais pour l'hypertension. Là, sur du qualitatif, on est un peu dans le flou.

E : Mais c'est aussi ce qui est intéressant. Parvenir à identifier les origines du problème...

Dr D: Et pourtant, je pense faire partie des gens qui ont mis un peu de rigueur dans leur pratique. Parce que je suis à la fac, parce que je m'occupe un peu du risque cardiovasculaire en troisième cycle(rires). Du coup, cela m'a obligé à être un peu plus rigoureux, à regarder un peu les objectifs et les recommandations. Donc c'est un peu moins « pifométrique ». Mais finalement, on s'aperçoit encore que c'est un peu du pifomètre.

«Ces chiffres ont baissé, par rapport à la dernière fois, il n'a plus de vertiges. Donc on va le laisser comme ça et on ne va pas prendre le risque qu'il ait les gros effets secondaires, qu'il arrête son traitement. Et du coup, qu'il fasse une grosse poussée hypertensive et qu'il fasse un accident. »

C'est aussi lié à une différence de génération. Je fais partie d'une génération où certaines choses se sont faites au feeling. Vous, les médecins plus jeunes, vous vous basez plus sur le côté scientifique des choses. (Rires)Les prises en charge sont plus « protocolisées » notamment de part vos expériences en milieu hospitalier ou le chef de service « dit de faire comme cela, donc il faut faire comme cela ! » et parfois même en allant jusqu'à l'excès(Rires).

Avec l'âge et l'expérience, on apprend aussi à se détacher de ce système. Et puis, il faut aussi prendre en compte le fait qu'on apprend à bien connaître les patients et qu'on apprend à adapter le traitement à chaque situation, en prenant en compte le risque des effets indésirables.

ENTRETIEN E

E: Ce travail concerne la prise en charge de l'hypertension artérielle chez les sujets très âgés, c'est-à-dire de plus de 80 ans. Nous allons commencer par une courte présentation de votre activité. Depuis combien de temps exercez-vous en médecine générale, remplacement compris ?

Dr E: Ah, remplacement compris ?Depuis 1983 ou 1984.

E: Quel est votre âge, sans indiscretion ?

Dr E : J'ai cinquante et un ans.

E: Exercez-vous votre activité uniquement en cabinet ou avez vous d'autres lieux d'exercice comme un centre de santé, un dispensaire, l'hôpital ou autre ?

Dr E: J'exerce aussi au centre d'IVG et de contraception de l'hôpital de Colombes et dans le réseau ARES 92 ou je fais une consultation à la Maison de la Solidarité.

E: Dans votre pratique quotidienne au cabinet, avez vous une spécialité de prédilection comme la gériatrie, la pédiatrie, la gynécologie, rhumatologie ou autre ?

Dr E: Plutôt la gynécologie, l'infection VIH, les toxicomanies. J'aime bien le diabète aussi, mais enfin tous les généralistes en font.

E: Le premier thème concerne votre opinion sur le traitement de l'hypertension chez les patients de plus de 80 ans. Pensez-vous qu'il est utile de traiter l'hypertension artérielle chez ces patients? Si oui, pour quels bénéfices? Si non, pourquoi ?

Dr E: Ah, carrément, une question générale comme ça ? Et bien, s'il n'est pas dangereux, le traitement peut être utile, on va dire ça comme cela. (Rires). C'est pour prévenir les AVC évidemment, peut-être les infarctus, peut-être la démence d'origine vasculaire. Et voilà, je crois que c'est tout. Et l'insuffisance rénale aussi, quand même.

E: Et que pensez-vous du rapport bénéfice-risque du traitement antihypertenseur dans cette classe d'âge ?

Dr E: C'est difficile de dire cela de manière générale. (Rires) C'est-à-dire que, il me semble...C'est peut-être un peu subjectif mais je crois que c'est réel...D'après ce que j'ai lu, il y a quand même beaucoup moins d'hémiplégie qu'avant chez nos patients, et beaucoup moins de patients lourdement handicapés par un accident vasculaire cérébral et qui n'ont pas réussi à récupérer. Cela dit, j'ai des patients qui en font de temps en temps mais c'est plutôt des moins de 80 ans. C'est plutôt entre 60 et 70 ans que les femmes diabétiques hypertendues et mal équilibrées font des hémiplégies, et c'est vrai qu'à chaque fois, je suis embêtée en me disant qu'on aurait peut-être pu

mieux régler le traitement pour ne pas en arriver là. En plus, la plupart récupère pas mal parce qu'ils sont vachement bien pris en charge. Mais après, les risques c'est les chutes, c'est la déshydratation. Après, quel produit utiliser, c'est très compliqué. Quand on fait trop baisser la tension, ce n'est pas très bon non plus.

E: Je voudrais préciser un peu la manière dont vous prenez en charge ces patients hypertendus. Comment faites-vous le diagnostic positif d'hypertension dans cette classe d'âge?

Dr E: En général, le diagnostic est ancien et déjà fait depuis longtemps. Je crois n'avoir jamais découvert une hypertension chez un patient de plus de 80 ans. En général, les patients sont déjà hypertendus depuis longtemps, le traitement est débuté et je le renouvelle. Ah si, par contre il y a des gens qui ont des chiffres de tension un peu élevés un peu limites et je prends quand même beaucoup de temps avant de décider de mettre un traitement, en tous cas plus que chez quelqu'un de jeune. Quelqu'un qui prend de l'âge et qui a 16 17 de tension systolique par exemple-évidemment s'il n'est pas à 12 de diastolique-je me dis « Ouais, c'est son âge, n'est peut être pas la peine d'en rajouter et de créer un risque iatrogène alors que cela ne me paraît pas très anormal. ». Mais la tranche d'âge de mes patients est plutôt 15-40 ans.

E: Et la majorité de vos patients âgés hypertendus, vous savez sous quelle classe thérapeutique ils sont ?

Dr E: A vue de nez, il y a quand même encore beaucoup de diurétiques. Il y en a qui ont de sacrés traitements, mais est-ce-qu'ils ont plus de 80 ans ceux-là ? Il y en a qui ont tout : les IEC, les B-bloquants, les diurétiques, les inhibiteurs calciques. Je trouve qu'on prescrit plus d'inhibiteurs calciques. Avant ce n'était pas prouvé que cela avait un intérêt. Maintenant ça l'est. Le problème, c'est quand cela fait gonfler les jambes donc ce

n'est pas toujours bien supporté. Les IEC, ça m'ennuie toujours avec les débuts d'insuffisance rénale mais j'en ai qui sont sous IEC à très petites doses. Et aussi parce que c'est bon en cas d'insuffisance cardiaque. J'aime bien aussi les diurétiques, mais c'est vrai qu'on est emmerdé avec la canicule et avec les fonctions rénales qui se dégradent aussi. Moi, je continue de prescrire facilement des diurétiques.

E: Est-ce qu'il y a des situations où vous êtes amenée à majorer le traitement antihypertenseur chez vos patients âgés ?

Dr E: Oui, bien sûr, cela arrive.

E: Et dans ces cas là, quel délai vous utilisez pour évaluer l'efficacité du traitement, avant éventuellement de le majorer ?

Dr E: C'est difficile à dire. Je ne sais pas bien. J'attends un peu (rires). Un mois, deux mois. C'est –à-dire, euh, trois ou quatre prises. Moi, je ne m'excite jamais très vite.

E: Et est-ce qu'il y a un nombre maximum d'antihypertenseurs différents que vous prescrivez pour un même patient et au-delà duquel vous n'allez pas ?

Dr E: Alors là, quand même... Je pense que les autres l'ont dit aussi. On est super influencés et parasités par les cardiologues. (Rires) Parce que les gens voient des cardiologues et que les cardiologues eux, ils y vont largua manu. En plus avec des nouvelles classes, enfin des nouveaux médicaments super chers, ce qui me met terriblement en colère. C'est très difficile de changer quand on repasse derrière et qu'ils ont soit conseillé soit déjà mis le traitement. Donc, on se bagarre un peu avec eux en leur disant «Vous nous donnez les indications mais c'est nous qui décidons». Mais ça ne marche pas. Donc, les gens sortent de chez le cardiologue avec des énormes ordonnances et nous, on n'ose pas trop bouger. S'ils sont équilibrés, on ne change rien parce qu'on se

dit qu'on ne peut pas jouer avec ça. En plus, ils ont souvent une insuffisance cardiaque.

E: Alors qu'en fait, finalement, les recommandations préconisent –chez les plus de 80 ans– de prescrire au maximum 3 classes d'antihypertenseurs différents dont un thiazidique – et de se contenter des tensions que l'on obtient avec.

Dr E: Bien sûr. Moins il y a de médicaments et mieux c'est. Sauf que souvent ça fait dix ans qu'ils ont je ne sais pas combien de médicaments et qu'en général on a plutôt tendance à leur en rajouter. Quand ils passent à l'hôpital, en général il y a un petit ménage qui est fait. Ils ressortent avec moins. Mais pas toujours. Moi, j'en vois quelques-uns et je vois très bien leurs ordonnances. C'est dramatique. Enfin, dramatique non, mais c'est très chargé. En même temps, ils survivent et ils vivent normalement. On ne peut pas non plus dire que le cardiologue a tort.

E: Mais le risque après, c'est aussi que si l'ordonnance est trop longue, ils peuvent avoir tendance à piocher dans leurs traitements pour prendre celui-là et pas l'autre.

Dr E: Oh non. Ceux à qui je pense, ils sont plutôt très obéissants mais c'est vrai que chaque médicament ajoute de son danger. Et puis en plus, ce n'est pas très marrant de vivre avec, dépendant de tellement de médicaments, notamment qui coutent cher.

E: Et dans cette classe d'âge, vous fixez quel objectif tensionnel, par rapport à un sujet plus jeune ou l'objectif est 140/90?

Dr E: Moi, mon objectif, c'est 15/9. Mais euh, voilà.... Cela ne veut pas dire que je l'obtiens. (Rires) C'est l'objectif qui est gravé dans ma tête, oui.

E: C'est ça. Dans l'idéal, c'est 15/9 en l'absence d'hypotension orthostatique en fait. Et qu'est-ce-

que vous établissez comme surveillance, pour évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement ?

Dr E: L'efficacité, c'est la tension. Mais la tolérance, c'est la créat, la créat, la créat !!! J'ai très très peur de l'insuffisance rénale et de la majorer. La créat et le iono sang, surtout. Bon après, le reste, souvent je fais une glycémie etc à cause de cet âge-là. Pas grand chose d'autre.

E: D'accord. Et parmi vos patients âgés hypertendus traités, à combien estimez-vous le pourcentage de patients avec un contrôle tensionnel satisfaisant, qui sont dans les objectifs tensionnels ?

Dr E: Là, c'est compliqué à dire. Vous ne pensez pas qu'on se trompe en disant comme cela un chiffre à la louche ?

E: Surement, mais j'ai eu des réponses plutôt cohérentes. C'est pour avoir une idée et c'est surtout pour voir votre appréciation du contrôle tensionnel.

Dr E: Disons 70%. Entre 50 et 70% qui sont bien contrôlés. Dont certains moyennant la grosse artillerie.(Rires)

E: C'est vrai que c'est un chiffre complètement aléatoire mais c'est pour le mettre en relation avec les chiffres donnés par les études françaises. Elles montrent que moins de 30% des patients âgés hypertendus traités atteignent les objectifs tensionnels.

Dr E: Mon dieu, quelle horreur !!!(Rires)En fait, il faudrait voir....Il faudrait voir dans mes dossiers. Ce serait même intéressante. Qu'est ce qu'ont dit mes collègues ?

E: C'est plutôt variable. J'ai vu plutôt du 40 à 50 % .

Dr E: Ah, donc je suis optimiste(Rires)...

E: 50 % c'est le bon chiffre. Les médecins se disent qu'ils sont dans la moyenne..

Dr E: Ce serait vraiment intéressant et marrant que quelqu'un fasse une étude complémentaire pour aller voir dans les dossiers. Cela serait vraiment

rigolo, sur le même échantillon de médecins. (Rires)Et cela dirait en plus la façon dont on se trompe. C'est toujours rigolo.

E: Il semble que -chez les patients âgés- le mauvais contrôle tensionnel est dû à des facteurs impliquant à la fois les patients, les traitements et les médecins prescripteurs. Nous allons donc tenter d'identifier ces différents facteurs. Commençons par les patients et leur observance thérapeutique. D'après vous, chez les sujets âgés, quelles comorbidités et pathologies peuvent empêcher une prise correcte du traitement ?

Dr E: Non, moi j'ai l'impression que chez les personnes très âgées...Evidemment, il y a les problèmes de mémoire. Mais, les personnes très âgées, elles sont comme les plus jeunes. C'est-à-dire qu'il y en a, ça les gonfle de prendre un traitement donc elles prennent ce qu'elles ont envie quand elles ont envie. Mais ce n'est pas la majorité. J'ai l'impression qu'ils sont plutôt obéissants. Mais, je peux me tromper. Je sais que les études d'observance disent que c'est catastrophique et que c'est 50% qui n'est pas pris. Alors ça doit être la réalité. Et puis, à chaque fois que moi je dois prendre un médicament, je vois bien que je l'oublie une fois sur deux. Enfin, bon, c'est compliqué ces histoires d'observance. Mais, les personnes de plus de 80 ans, souvent elles sont vachement encadrées. Soit elles sont dans une famille qui leur donne le traitement, soit elles sont avec des gens qui sont hyper-obsessionnels dans l'entourage, c'est vrai que cela existe. Il y a des fois des infirmiers qui passent pour donner le traitement. Et puis, il y a les maisons de retraite qui les donnent. Moi, j'ai la moitié de mes patients qui sont dans ce cas de figure, au moins. Ils sont tellement encadrés que je pense qu'ils prennent leur traitement. Les autres, cela peut être plus aléatoire.

E: Donc, vous pensez que grâce à ces systèmes, leur observance n'est pas si mauvaise que cela finalement ?

Dr E: Je ne sais pas. Moi, c'est l'hypothèse que je fais. Je pense que dans ces cadres-là, l'observance doit être meilleure que quand ils sont seuls. Et peut-être que quand ils sont seuls, c'est pire qu'aux âges précédents mais ce n'est pas sur. Parce que de toute façon, elle est mauvaise l'observance en général chez les patients qui prennent eux-mêmes leurs traitements. Et cela se comprend vraiment.

E: Et pour améliorer l'observance chez des patients pour lesquels vous pensez qu'il y a un problème, est-ce qu'il vous arrive de proposer des systèmes d'infirmière à domicile, des piluliers ou autres ?

Dr E: Oui, bien sûr. Mais le plus souvent, c'est de faire intervenir la famille et l'entourage. Après oui, l'infirmière à domicile, oui on le fait parfois. Et puis il y a des enfants qui remplissent les piluliers, cela se fait beaucoup. Mais cela ne veut pas dire qu'ils prennent le traitement. A mon avis, ceux qui prennent vraiment bien le traitement, c'est ceux qui ont quelqu'un à côté d'eux qui leur donne vraiment chaque jour.

E: Parlons un peu de l'impact du traitement. On sait que –chez les patients âgés– un traitement mal adapté entraîne une mauvaise observance. Chez vos patients âgés, pensez-vous que les effets indésirables avérés ou supposés du traitement modifient l'observance ?

Dr E: Oui, évidemment. Mais j'espère qu'à un moment ils en parlent, soit à moi soit au cardiologue. Mais c'est évident. L'anticalcique qui fait gonfler les jambes, forcément ça ne donne pas envie de le prendre. Des fois, on se fait avoir, par exemple dans les histoires de toux sous IEC: on met du temps à comprendre que cela vient de là.

E: Et le nombre de médicaments prescrits ou de prises quotidiennes ?

Dr E: Bien sûr qu'avec trop de prises quotidiennes, les patients prennent moins bien leur traitement.

E: Je sais que vous n'instituiez pas souvent des traitements chez ces patients. Mais pour les traitements en place, est-ce que vous vérifiez que c'est celui avec le moins d'effets indésirables, le moins de prises quotidiennes et avec une galénique adaptée aux capacités du patient ?

Dr E: Alors moi, pour la galénique, je suis nulle. En plus il y a les génériques. La plupart du temps, ces patients-là demandent qu'on écrive « ne pas substituer ». C'est vraiment ceux qui résistent le plus aux génériques, ce que je comprends un peu. Parce que vu l'âge etc, ils sont habitués à leurs pilules donc on ne bouge rien. Et pour les effets indésirables et le nombre de prises, ce n'est pas moi qui suis maître de la première prescription. En général, c'est le cardiologue. Ni de la deuxième. Souvent, quand même, on les fait suivre par un cardiologue et le cardiologue change. J'ai très peu d'autorité pour dire qu'il ne faut pas. Si, je le fais un petit peu. Je joue un petit peu sur les doses chez certaines personnes. Par exemple, quand elles ont les pieds qui gonflent, j'augmente un peu le lasilix. Je suis tributaire des prescriptions des cardiologues. Je ne peux pas dire que j'ai beaucoup de pouvoir là dedans. Mais, bien sûr, cela m'intéresserait de donner les moins chers, les moins dangereux (rires). Alors, les plus faciles à prendre, cela je n'en sais rien. Je ne connais rien à la taille des comprimés. Je n'ai jamais vraiment réussi à m'intéresser à ça. Je trouve cela trop compliqué. Si je peux, c'est les moins chers, les moins dangereux et les plus anciens. A priori, ce sont mes critères à moi (Rires). Je n'aime pas du tout les nouveaux médicaments ultra chers, les sartans, les machins... Je me dis quel intérêt ? J'ai déjà eu du mal à adopter les IEC alors on ne va pas nous vendre maintenant les sartans et machin. Bon, enfin bref.

E: D'autant plus que les études n'ont pas démontré qu'ils étaient plus efficaces que les anciens traitements. C'est plus cher et pas plus efficace.

Dr E: Par contre, les cardiologues, ils aiment hein...(Rires)

E: Il y a aussi un lobbying des laboratoires.

Dr E: C'est évident dans le milieu de la cardiologie. C'est impressionnant. Alors, là, pour changer ça, dites donc...Et même quand on en discute, il faut avoir des arguments-massue pour modifier le traitement.

E: Et pensez-vous à évaluer l'observance thérapeutique avant de conclure que le traitement n'est pas efficace et de majorer les doses?

Dr E: Oui, je pense. Finalement, cela se pose peu. Ils ont des traitements au long cours donc c'est possible qu'ils ne les prennent pas très bien. Non, moi ceux que je vois qui sont mal équilibrés, je pense qu'on a pas majoré le traitement. Mais j'hésite à majorer le traitement parce que je me dis « Est-ce que ça vaut le coup d'en rajouter ? ». Les autres sont plutôt équilibrés mais je ne sais pas ce qu'ils prennent de leur traitement. Ils sont peut être bien équilibrés avec moins de médicaments que ce que je leur donne. S'ils étaient déséquilibrés, je pense que j'essaierais de discuter pour savoir s'ils prennent leurs médicaments et pour savoir lesquels sont les plus intéressants pour eux. Oui, ça à priori...Mais cela ne se pose pas tellement en pratique. En pratique, il y en a qui sont très bien équilibrés avec énormément de médicaments, je ne sais pas s'ils les prennent tous et je n'ose pas les changer. Et d'autres mal équilibrés pour lesquels je me dis que je ne vais pas rajouter un traitement quand même.

E: Le troisième acteur qui intervient est le médecin généraliste prescripteur. Je vais donc vous présenter un petit cas clinique. Vous diagnostiquez une hypertension artérielle avec des chiffres à 170/90 chez un patient de 91 ans- sans autre facteur

de risque ni antécédent- et débutez un traitement antihypertenseur après confirmation du diagnostic. Quatre semaines après le début du traitement, ses chiffres tensionnels sont aux alentours de 160/80. Vous décidez de ne pas modifier le traitement et de reconvoquer le patient. Un mois plus tard, ses chiffres sont à 160/80.

Ces chiffres vous paraissent-ils satisfaisants ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?

Modifiez-vous d'emblée le traitement ou attendez-vous de confirmer les chiffres tensionnels lors d'une troisième consultation et pourquoi ?

Dr E: Non, moi je ne changerais pas. 16/8, cela me va. Le 8, ça me va, et le 16 ça ne m'impressionne pas. Donc j'attends.

E: Et vous le reconvoquez à nouveau ?

Dr E: Enfin, pas plus vite. Je n'en sais rien. C'est marrant mais dans nos études on ne nous a pas appris-enfin moi- tout les combien il fallait voir les gens en fonction de la pathologie. Cela c'est vraiment un truc..Je ne sais même pas si c'est discuté dans l'enseignement de médecine générale.

E: En général, quand on institue le traitement antihypertenseur, c'est d'abord de mois en mois.

Dr E: Oui, au début. Mais là, je le reverrais dans trois mois.

E: Ce sur quoi je voulais vous amener, c'est le rôle du médecin. Des études ont démontré que certains médecins tardent à majorer le traitement antihypertenseur chez leurs patients âgés, notamment par crainte des effets indésirables iatrogènes. On a tendance à reconvoquer les patients et à les voir 5 fois ou 6 fois avec des chiffres tensionnels élevés avant de majorer le traitement. Ce phénomène, appelé « inertie thérapeutique », semble contribuer au mauvais contrôle tensionnel chez les patients âgés.

Dr E: Mais moi, si je dis que l'idéal c'est 15/9, 16/8 cela me va. Ca fait partie de ce que je trouve

tolérable. Ce que je ne trouve, franchement, pas très dangereux à partir de 80 ans.

E: Et vous ne le majorez pas car vous considérez que 16/8, ce n'est pas si mal ou parce que vous craignez les effets iatrogènes d'une augmentation du traitement ?

Dr E: Oui, en plus. Je me dis qu'en augmentant le traitement, je vais créer d'autres risques alors que finalement ce n'est pas si mal. Peut-être que finalement, la prochaine fois, il sera à 15/9. Ou plutôt 15/8 parce que je préfère 15/8 que 15/9. Voilà, donc je me dis ça. Et il y a une dame que j'ai vu ici. Alors celle là, je l'ai vu âgée déjà et elle avait 16/8 16/8 16/8.... Pendant deux ans, elle avait ce que je pense être une tension blouse-blanche. Et, au bout d'un moment, elle est redescendue, sans rien faire. Et elle était déjà très âgée. Donc, je me dis qu'on ne va peut être pas s'acharner non plus et leur fichier la paix. Peut-être qu'ils risquent un peu plus de faire un AVC. Un peu plus mais voilà....A 80 ans, on peut faire un AVC.

E: Justement, en parlant de l'effet blouse blanche, c'est aussi pour cela que –en théorie-il est recommandé de confirmer l'hypertension par un MAPA ou une automesure avant de débiter le traitement chez les sujets âgés.

Dr E: Oh, non. Pas la MAPA. D'abord, ce n'est pas remboursé. Ensuite, cela les met entre les mains du cardiologue qui va donner un traitement. Hou là là ...Non, pas de MAPA !!(Rires).

E: Ou une automesure tensionnelle dans ces cas-là ?

Dr E: Oui, mais c'est un peu compliqué. Il faut bien voir...On peut leur en prêter. Sinon c'est vrai qu'au dispensaire ou avec certains pharmaciens...Mais moi, je préfère faire attention. Je préfère les voir plus souvent tranquillement que de leur faire faire ça.

E: Et en conclusion, est-ce que vous avez des remarques sur le sujet choisi, sur l'intérêt de ce travail ou sur la méthode employée ?

Dr E: Bon, moi je trouve que le sujet est évidemment intéressant. Euh, parce qu'il y a plein de domaines qui sont abordés. L'observance, la démarche thérapeutique, la relation avec les spécialistes, le choix des médicaments. La santé des personnes âgées, la prévention ou le traitement jusqu'ou ça va. C'est intéressant de faire de la prévention, et quand est-ce qu'on commence à être plus dangereux qu'autre chose. La liberté des gens, tout ça. Bon bref, il y a plein de choses à traiter. La méthode, c'est plutôt sympathique mais je me pose des questions car ce sont des informations qui sont complètement déclaratives. Cela a un intérêt mais, à mon avis, cela a des limites aussi. Quoique.... Je pense que les gens sont sincères et ne racontent pas n'importe quoi. En plus, on ne triche pas en général dans ce genre d'entretien et on a aucune raison de tricher. Au contraire, cela permet de se poser des questions....

ENTRETIEN F

E: Cette thèse concerne la prise en charge de l'hypertension artérielle chez les personnes très âgées, c'est-à-dire de plus de 80 ans. Nous allons commencer par une courte présentation de votre activité. Depuis combien de temps exercez-vous en médecine générale, y compris en remplacement ?

Dr F: Je fais des remplacements depuis cinq mois.

E: Et quel est votre âge, sans indiscretion ?

Dr F: Trente ans.

E: Et vous travaillez uniquement en cabinet ou vous avez d'autres lieux d'exercice comme un centre de santé, un dispensaire, l'hôpital ou autre ?

Dr F: Non, non. Uniquement en cabinet.

E: Et les médecins que vous remplacez, est-ce qu'ils ont des patientèles ou des spécialités de

prédilection comme la gériatrie, la pédiatrie, la gynécologie, la rhumatologie ou autre ?

Dr F: Pour l'instant, il y a un peu de tout.

E: Le premier thème concerne votre opinion sur le traitement de l'hypertension chez les sujets très âgés. Pensez-vous qu'il est utile de traiter l'hypertension artérielle chez les patients de plus de 80 ans ? Si oui, pour quels bénéfices ? Si non, pourquoi ?

Dr F: Et bien oui, car c'est là qu'on observe les meilleurs résultats, le plus rapidement possible. C'est surtout une meilleure prévention des accidents vasculaires cérébraux.

E: Je voudrais préciser votre prise en charge pour ces patients. D'abord, comment faites-vous le diagnostic d'hypertension dans cette classe d'âge ?

Dr F: D'abord au cabinet, avec la mesure de la tension artérielle couchée après quelques minutes de repos, à deux reprises. Si c'est une hypertension artérielle élevée, dans ce cas là il vaut peut-être mieux traiter tout de suite. Et si c'est une hypertension artérielle modérée, on peut se permettre de recontrôler à un mois ou lors de consultations suivantes. Et si on retrouve toujours la même hypertension, ou on met en place une automesure à la maison, ou une MAPA suivant les capacités cognitives du patient.

E: Et dans quel objectif ?

Dr F: Pour confirmer le diagnostic. Chez des patients aux fonctions cognitives bien conservées, l'automesure donne en général de bons résultats. Et sinon la MAPA, je ne l'utilise pas trop.

E: Et à partir de quelle valeur-seuil vous confirmez l'hypertension à cet âge ?

Dr F: Bah, au-dessus de 14.

E: Une fois que le diagnostic est posé, est-ce que vous faites un bilan cardiovasculaire et préthérapeutique ?

Dr F: Oui, un bilan biologique avec la protéinurie, la fonction rénale et le bilan des autres facteurs de risque, donc le cholestérol et la glycémie.

E: Et la recherche d'hypotension orthostatique ?

Dr F: Je ne la fais pas systématiquement.

E: Et est-ce que vous proposez des règles hygiénodietétiques à cet âge ? Si oui lesquelles ?

Dr F: J'essaie de leur demander de manger le moins salé possible, de ne pas saler les plats... Mais quand c'est une personne âgée, c'est difficile de lui dire d'éviter les boîtes de conserve ou les plats préparés. Mais bon, déjà, arrêter de saler en plus la cuisine. Essayer de faire un peu d'activité physique. Si elle sort, essayer de la faire marcher un peu une demi-heure plusieurs fois par semaine. Et voilà...

E: Et par rapport au traitement pharmacologique, qu'est-ce que vous prescririez en première intention ?

Dr F: Plutôt un diurétique thiazidique en première intention, et après on voit suivant ses autres pathologies.

E: Et qu'est-ce que vous fixez comme objectif tensionnel ?

Dr F: En dessous de 140/90.

E: C'est même au-delà d'après les recommandations. Les patients devraient être en dessous de 150 mais en l'absence d'hypotension orthostatique. Et quel suivi vous instaurez pour évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement ? A quoi vous seriez attentive ?

Dr F: Pour l'efficacité du traitement, on va recontrôler la tension après un mois. Pour voir si cela marche ou pas du tout. Et un contrôle biologique de la tolérance, si on a mis un diurétique, on va contrôler la fonction rénale, le potassium. Et....

E: D'accord. Et sur quel délai évaluez-vous l'efficacité du traitement avant d'envisager une modification ?

Dr F: Un délai de trois à quatre semaines.

E: En fait, des études ont démontré que –chez les patients âgés- le mauvais contrôle tensionnel était dû à des facteurs impliquant à la fois les patients, les traitements et les médecins prescripteurs. Nous allons donc tenter d'identifier ces différents facteurs.

On va débiter par les patients et leur observance thérapeutique. D'après vous, chez les sujets âgés, quelles comorbidités et pathologies peuvent empêcher une prise correcte du traitement ?

Dr F : Tous les troubles cognitifs, démence etc. Les démences vasculaires, les troubles visuels les troubles du goût....Mais aussi les effets secondaires des traitements. Ce n'est pas forcément mentionné, mais les patients peuvent s'automédiquer en enlevant des traitements auquel ils imputent des effets secondaires.

E : Et quelles mesures vous proposeriez pour résoudre ces problèmes ?

Dr F: Et bien si on se rend compte qu'il y a des oublis, on peut mettre en place un pilulier qui est préparé toutes les semaines, au besoin avec l'aide de la famille ou d'une infirmière. En fixant des heures précises de prise et en diminuant au maximum le nombre de prises.

E: On va maintenant s'intéresser à l'impact du traitement lui-même chez les personnes âgées, pensez-vous que l'observance dépend du schéma thérapeutique choisi ? Si oui, quels sont –d'après vous- les schémas thérapeutiques à risque de mauvaise observance ?

Dr F: Oui, clairement. C'est par exemple le problème de la polymédication, ou les patients trient dans les traitements qu'ils doivent prendre.

E: Et quelles règles de prescription ou quelle précaution vous prendriez pour favoriser l'observance ?

Dr F: De faire prendre les traitements le soir, plutôt, pour éviter les vertiges. De leur parler des effets

secondaires. Je fais attention aussi à limiter le nombre de prises.

E: Et la galénique ?

Dr F: Alors là, pour les cachets, je ne sais pas du tout s'ils sont énormes ou pas.

E: Et quand vous constatez que le contrôle tensionnel n'est pas satisfaisant, est-ce que vous pensez à évaluer l'observance avant de conclure que le traitement est insuffisant et de l'augmenter ?

Dr F: En général, oui, j'y pense. Si on pose la question, il y en a qui disent qu'effectivement ils ne l'ont pas bien pris. « J'ai oublié, j'étais en vacances.. ». Mais si on ne pose pas la question, je pense qu'ils ne le diront pas spontanément.

E: Nous allons aborder maintenant l'impact du médecin prescripteur. Je vous propose un petit cas clinique. Vous diagnostiquez une hypertension artérielle avec des chiffres à 170/90 chez un patient de 91 ans- sans autre facteur de risque ni antécédent- et débutez un traitement antihypertenseur après confirmation du diagnostic. Quatre semaines après le début du traitement, ses chiffres tensionnels sont aux alentours de 160/80. Vous décidez de ne pas modifier le traitement et de reconvoquer le patient. Un mois plus tard, ses chiffres sont à 160/80.

Ces chiffres vous paraissent-ils satisfaisants ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?

Modifiez-vous d'emblée le traitement ou attendez-vous de confirmer les chiffres tensionnels lors d'une troisième consultation et pourquoi ?

Dr F: Si cela fait deux consultations, on renforce tout de suite. J'augmenterais le traitement ou je mettrais une deuxième classe.

E: En fait, des études ont démontré que certains médecins tardent à majorer le traitement antihypertenseur chez leurs patients âgés, notamment par crainte des effets indésirables iatrogéniques. Il faut parfois attendre cinq ou six prises de tension élevées pour que le traitement soit

modifié. Ce phénomène, appelé « inertie thérapeutique », semble contribuer au mauvais contrôle tensionnel chez les patients âgés.

Dr F : Ah oui, quand même. Moi, j'aurais tendance à agir plus vite.

ENTRETIEN G

E: Cette thèse concerne la prise en charge de l'hypertension artérielle chez les personnes très âgées, c'est-à-dire de plus de 80 ans. Nous allons commencer par une courte présentation de votre activité. Depuis combien de temps exercez-vous en médecine générale, remplacement compris ?

Dr G: Depuis deux ans.

E: Et quel est votre âge, sans indiscretion ?

Dr G: J'ai vingt-huit ans.

E: Et vous travaillez-vous uniquement en cabinet ou dans d'autres structures comme un centre de santé, un dispensaire, l'hôpital ou autre ?

Dr G: En tant que médecin généraliste qui fait du soin, j'exerce uniquement dans un centre de santé. Je suis par ailleurs coordonnatrice du Réseau AGEKANONIX, qui est un réseau ambulatoire de prise en charge des personnes âgées et/ou handicapées.

E: Et dans votre pratique quotidienne, avez-vous une spécialité prédominante comme la gériatrie, la pédiatrie, la gynécologie, la rhumatologie ou autre ?

Dr G: Je fais un peu de tout.

E: Le premier thème concerne votre opinion concernant le traitement de l'hypertension artérielle chez les patients très âgés. Pensez-vous qu'il est utile de traiter l'hypertension artérielle chez les patients de plus de 80 ans ? Si oui, pour quels bénéfices ? Si non, pourquoi ?

Dr G: Oui, c'est utile. Principalement pour le problème des accidents vasculaires cérébraux et des œdèmes pulmonaires, qui sont favorisés par des crises hypertensives. Voilà, euh... Il me semble que

les études ont montré qu'il y a un intérêt à traiter la tension quel que soit l'âge....(Rires).

E: C'est vrai. Et chez les sujets âgés, le traitement permet de réduire les accidents vasculaires cérébraux, les décompensations cardiaques, mais il semble aussi réduire la démence et l'ischémie myocardique. Autant d'éléments qui entraînent une perte d'autonomie. Et que pensez-vous du rapport bénéfice-risque du traitement antihypertenseur dans cette classe d'âge ?

Dr G: Le problème du traitement des personnes âgées de plus de 80 ans, c'est euh.... A mon avis, avant que ce soit lié à une classe thérapeutique, c'est plutôt un problème de nombre de médicaments prescrits. C'est pareil pour les antihypertenseurs comme pour tous les médicaments. Je pense que le rapport bénéfice-risque de traiter la tension est indéniable. Euh.... Qu'il faut surveiller parce que, à mon avis, le problème c'est de trop traiter et d'avoir une hypotension ou une déshydratation. C'est à ça que je fais attention, surtout à la déshydratation chez les personnes âgées. Oui, parce que je traite par diurétiques, même si je ne sais pas bien quelles sont les recommandations chez les patients de plus de 80 ans...(Rires)

E: Et bien, ce sont les questions suivantes....(Rires) Maintenant, je voudrais préciser la manière dont vous prenez en charge vos patients âgés hypertendus. D'abord, comment faites-vous le diagnostic d'hypertension à cet âge ?

Dr G: Oh là là, je n'ai pas révisé le sujet (Rires).

E: Pas de problème. Justement, je veux des réponses spontanées sur ce que vous faites concrètement.

Dr G: Et bien, au bout de trois prises de tension supérieures à 14/9 au cours de trois consultations différentes sur une période de trois mois. Si j'ai 3 fois cela, dans tous les cas je traite les patients,

après un bilan. Sauf s'ils ont 20 de tension (Rires), ou là je les traite d'emblée.

E: D'accord. En fait, les recommandations préconisent de réaliser une MAPA ou une automesure tensionnelle systématiquement chez les personnes âgées pour confirmer le diagnostic d'hypertension et éliminer un effet blouse blanche, avant de débiter le traitement. Que pensez-vous de cette recommandation par rapport à votre pratique quotidienne ?

Dr G: Moi je ne fais pas la MAPA parce que c'est compliqué. Enfin, la MAPA je la réalise plutôt chez les personnes plus jeunes. Pour l'automesure, je dis effectivement aux patients d'acheter un tensiomètre mais, en pratique, ils ne le font pas.

E: En parlant du bilan, quel bilan cardiovasculaire et préthérapeutique réalisez-vous ?

Dr G: Euh.....Je fais un bilan rénal, une radiographie pulmonaire, un ionogramme sanguin, une créatinine, une protéinurie. Euh...Et puis un électrocardiogramme s'il n'y en a pas de récent ou si la personne.....Enfin, je le programme....Cela ne m'empêche pas de traiter. Parce que je ne peux pas faire d'électrocardiogramme au dispensaire.

E: Et vous proposez des règles hygiéno-diététiques aux personnes âgées ? Si oui, lesquelles ?

Dr G: Oui, et bien, une alimentation moins salée, voilà....Donc, de diminuer le sel de l'alimentation. Pour la tension exclusivement ?

E: Par rapport à la tension et à d'éventuels autres facteurs de risque cardiovasculaires.

Dr G: Euh....Ah oui, j'ai oublié de dire dans le bilan que je dépiste toujours un diabète et le cholestérol. Non, le cholestérol à plus de 80 ans, je ne le dépiste pas, parce qu'il ne faut pas le traiter. Je ne sais pas si c'est vrai d'ailleurs.....(Rires) Par rapport au diabète, je donne des conseils s'il y en a un. Mais s'il n'y en a pas, je trouve que le principal problème des personnes âgées, c'est qu'elles perdent trop de poids plutôt qu'elles n'en prennent. Donc, je ne

donne pas trop de conseils quand elles ne sont pas diabétiques.

E: Effectivement, il est recommandé qu'elles aient une alimentation équilibrée et une activité physique régulière. Mais surtout pas de régime désodé strict car il entraîne une anorexie, une dénutrition et peut majorer une déshydratation.

Dr G: Oui, le régime sans sel strict, ça je ne le prescris pas du tout.

E: Et par rapport au traitement pharmacologique, qu'est ce que vous prescrivez en première intention à un patient de plus de 80 ans, sans antécédent, sans autre facteur de risque et avec une fonction rénale normale ?

Dr G: Un patient qui n'a pas d'antécédent à part l'hypertension, je vais lui proposer un diurétique thiazidique en première intention. Ou éventuellement un inhibiteur de l'enzyme de conversion. Si j'ai peur qu'il se déshydrate trop...(Rires)

E: Et bien, les diurétiques thiazidiques, c'est aussi ce que proposent les recommandations en première intention. Et à défaut, un inhibiteur calcique. Et dans ces cas-là quels objectifs tensionnels fixez-vous ?

Dr G: 14/9.

E: Et vous prenez en compte un autre facteur comme objectif tensionnel ?

Dr G: Je regarde si le patient est diabétique. Euh...C'est tout je crois.

E: En fait, les recommandations sont un peu moins strictes chez les plus de 80 ans. L'objectif est d'avoir une tension artérielle systolique inférieure à 150, mais en s'assurant de ne pas avoir d'hypotension orthostatique. Il faudrait donc penser systématiquement, lors des consultations, à rechercher une hypotension orthostatique sous traitement.

Et, sur quel délai vous évaluez l'efficacité initiale du traitement avant d'envisager une modification ?

Dr G: Après un mois. Je revois le patient à un mois pour recontrôler sa tension et faire le renouvellement. Et si c'est bon, après c'est tous les trois mois.

E: Combien de classes différentes d'antihypertenseurs prescrivez-vous au maximum chez un patient âgé dont vous n'arrivez pas à contrôler l'hypertension ? Est-ce que vous vous fixez une limite ?

Dr G: Ah ben moi, si je n'y arrive pas, je l'envoie chez le cardiologue pour avoir un conseil sur les associations médicamenteuses. Euh...Je prescris peu de trithérapie. Après deux médicaments à pleine dose, j'ai tendance à demander l'avis du cardiologue parce que j'ai peur de faire n'importe quoi avec les autres traitements, ou que les traitements que j'ai choisis ne sont pas forcément les mieux. Il y en a peut-être un autre. Plutôt que de rajouter un autre médicament, il y en a peut-être un autre qui va être plus efficace. Quand j'ai essayé et que je ne m'en sors pas, je préfère envoyer chez le cardiologue que de me dire «tant pis» et que de mettre quatre médicaments. (Rires)

E: Et quelle surveillance réalisez-vous pour évaluer l'efficacité du traitement et la tolérance du traitement ?

Dr G: Alors, ça va être clinique déjà sur les symptômes et sur la présence ou non d'effets indésirables. Euh.. Ca va être sur la prise de la tension et l'examen cardiovasculaire. Et ensuite, je vais instaurer une surveillance de la créatinine et de la protéinurie une fois par an. Particulièrement s'il est sous diurétiques. Et du potassium s'il est sous quelque chose qui peut faire monter le potassium.

E: C'est bien ça. Maintenant, je voudrais avoir une idée de votre estimation du contrôle tensionnel. Parmi vos patients âgés hypertendus traités, à combien estimez-vous le pourcentage de patients

avec un contrôle tensionnel satisfaisant et qui sont en dessous des objectifs tensionnels ?

Dr G: C'est compliqué. Actuellement, au centre de santé, je vois assez peu de personnes âgées. Et quand je remplaçais, le problème c'était que cela dépendait des médecins que je remplaçais en fait. Les médecins n'ont pas du tout, tous, la même tolérance à l'hypertension que d'autres. Il y a des médecins qui ont tous leurs patients à 16 et d'autres dont tous les patients sont en-dessous de 14. Donc, je ne peux pas trop donner de chiffres.

E: D'accord. Parce que, en fait, des études françaises ont clairement montré que nous ne sommes pas très bons en terme de contrôle tensionnel et que le contrôle empire même avec l'âge du patient. Moins de 30% des patients âgés hypertendus traités atteignent les objectifs tensionnels.

Dr G: Ah oui...(silence)

E: Des études ont démontré que –chez les patients âgés- le mauvais contrôle tensionnel était dû à des facteurs impliquant à la fois les patients, les traitements et les médecins prescripteurs.

Nous allons donc tenter d'identifier ces différents facteurs un à un.

On va commencer par les patients, donc les sujets âgés et leur observance thérapeutique. D'après vous, chez les sujets âgés, quelles comorbidités et pathologies peuvent empêcher une prise correcte du traitement ?

Dr G: Les problèmes de démence en premier lieu. La polymédication. Euh...Et puis changer les traitements. Je suis pour les génériques... (Rires) Mais pas chez les personnes de plus de 80 ans. Parce que ...Ou alors, il faut que le pharmacien soit sensibilisé à donner toujours la même présentation. Je trouve que c'est un facteur de mauvaise observance. Voilà...Sinon, je crois que c'est tout, enfin..Comme comorbidités, c'est tout.

E: Et dans le contexte social ou familial, est-ce que vous voyez des situations qui font qu'ils sont moins à même de prendre correctement le traitement ?

Dr G: Ah oui, bien sur. C'est pour ça qu'il est important, le problème des génériques. Il y a des patients qui ne savent pas lire mais qui connaissent la forme de leur cachet. On a une population particulière. Les patients qui ne savent pas lire, ils ont besoin d'avoir toujours le même médicament. Ils ont besoin d'avoir la même présentation, donc tant pis si c'est une marque(Rires)...

E: Et chez les patients qui ont par exemple une démence ou qui sont isolés, est-ce que vous proposez des systèmes d'aides à la prise du traitement comme les infirmières à domicile, les aides à domicile ou les piluliers ? Est-ce que vous vous appuyez sur ces techniques pour essayer d'améliorer l'observance du traitement ?

Dr G: Oui, des piluliers et des prescriptions de distribution des médicaments par infirmière. Cela dépend du degré de démence et de l'acceptation. Cela peut être aussi la famille ou le conjoint qui gère le traitement. Il faut juste être sûr que le conjoint n'est pas dément, ce qui peut être un problème. u une infirmière.

E :Donc vous y pensez ?

Dr G: Oui, et c'est mon boulot ici, donc c'est facile à dire...(Rires)

E: Forcément, ça simplifie les choses. Donc, c'est ce que vous faites ici en coordonnant le réseau.

Dr G: Et oui !(Rires)

E: L'autre facteur à prendre en compte est l'impact du traitement lui-même sur l'observance. Chez vos patients âgés, pensez vous que les effets indésirables avérés ou supposés des traitements modifient l'observance thérapeutique ?

Dr G: Et j'ai oublié de le dire tout à l'heure. C'est sur que les effets indésirables sont un facteur de mauvaise observance et qu'il faut les rechercher. Les calciques qui font gonfler les pieds. Je n'ai

jamais eu ça mais des patients qui toussent sous IEC, il faut le rechercher.

E: D'accord. Et est-ce que vous pensez que l'observance dépend du schéma thérapeutique choisi ? Si oui, quels sont –d'après vous–les schémas thérapeutiques à risque de mauvaise observance ?

Dr G : Oui, plusieurs doses à différents moments de la journée. Je pense que le schéma thérapeutique qui marche, c'est une prise par jour le matin. Pour la tension, c'est en général possible. Et puis privilégier les médicaments en association.

E: Et quand vous constatez qu'un patient n'est pas contrôlé avec le traitement, est-ce que vous pensez à évaluer l'observance thérapeutique avant de conclure que le traitement n'est pas efficace et de majorer les doses?

Dr G: Euh...Je pense que cela dépend des patients. Il y a des patients pour lesquels on ne pense pas qu'il peut y avoir un problème d'observance. La chose que je regarde, c'est si le patient vient me voir tous les trois mois, si c'est très régulier la date à laquelle il vient pour son renouvellement d'ordonnance. J'ai plus tendance à penser que dès qu'il y a un décalage , je vais le voir et vérifier. Par contre, je ne suis pas sûre de vérifier correctement l'observance du traitement à chaque fois quand j'ai un mauvais contrôle.

E: Et vous leur posez directement la question ?

Dr G: Oui, dès que j'ai une tension anormale, je demande: « Est ce que vous avez pris votre traitement ce matin et les jours d'avant ? ». Mais c'est tout ce que je fais, et ils peuvent très bien me répondre oui à tort..

E: Le troisième facteur est l'impact du médecin généraliste prescripteur. Je vous propose donc un cas clinique. Vous diagnostiquez une hypertension artérielle avec des chiffres à 170/90 chez un patient de 91 ans- sans autre facteur de risque ni antécédent- et débutez un traitement

antihypertenseur après confirmation du diagnostic. Quatre semaines après le début du traitement, ses chiffres tensionnels sont aux alentours de 160/80. Vous décidez de ne pas modifier le traitement et de reconvoquer le patient. Un mois plus tard, ses chiffres sont à 160/80.

Ces chiffres vous paraissent-ils satisfaisants ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?

Dr G: Ben non, puisque l'objectif est 150 de systolique.

E: Modifiez-vous d'emblée le traitement ou attendez-vous de confirmer les chiffres tensionnels lors d'une troisième consultation ?

Dr G: Donc, c'est la deuxième fois que je contrôle ? Et je l'ai bien fait s'allonger pendant dix minutes ? Donc, je modifie le traitement en augmentant la dose. Si j'ai commencé à 12,5mg, je passe à 25.

E: D'accord. En fait, des études ont démontré que certains médecins tardent à majorer le traitement antihypertenseur chez leurs patients âgés, notamment par crainte des effets indésirables iatrogènes. Ce phénomène, appelé « inertie thérapeutique », semble contribuer au mauvais contrôle tensionnel chez les patients âgés. Et il y a des patients qui sont vus cinq ou six fois avec des tensions élevées avant que le traitement soit modifié.

Dr G: Oui, l'inertie des médecins, je pense qu'elle intervient dans le contrôle tensionnel. Moi, je prescris peu à des patients âgés donc je ne peux pas dire quel va être mon mode d'action réel en situation quand j'aurais beaucoup de patients âgés et que je serai en cabinet. Par contre, en remplacement, j'ai vu que cela arrivait et cela ne m'étonne pas du tout. Encore une fois, cela dépend vraiment des médecins. Il y a des médecins qui tolèrent enfin... Il y en a qui ont de bons chiffres et d'autres qui n'ont pas de bons chiffres. Là, je ne peux pas dire comment je serais. Mais il faut dire

aussi que certains médecins ont peur des médicaments chez les personnes âgées. On a peur des traitements anticoagulants à cause du risque de surdosage et d'hémorragies, on a peur du traitement antihypertenseur à cause du risque d'hypotension et de chutes....

E: En conclusion, est-ce que vous avez des remarques sur le sujet choisi ou sur la méthode employée ?

Dr G: Je trouve cela intéressant. Est-ce que vous vous basez sur les recommandations de l'HAS ?

E: Oui, sur celles de l'HAS, mais elle date déjà de 2005. En fait, il n'y a pas de recommandations qui traitent spécifiquement de l'hypertension chez les plus de 80 ans. Je me suis basées sur les recommandations de l'HAS, sur des études de 2008 menées chez des patients de plus de 80 ans- comme l'étude HYVET- et sur des textes publiés récemment par des gériatres.

Dr G: Et est-ce que vous pourriez m'envoyer votre bibliographie par mail ? Parce que je voudrais bien votre biblio, en fait (Rires)...

E: D'accord, aucun problème.

ENTRETIEN H

E: Cette thèse concerne la prise en charge de l'hypertension artérielle chez les personnes très âgées, c'est-à-dire de plus de 80 ans. Nous allons commencer par une courte présentation de votre activité. Depuis combien de temps exercez-vous en médecine générale, remplacement compris ?

Dr H: Depuis 1980 ans.

E: Et quel est votre âge, sans indiscretion ?

Dr H: J'ai cinquante-neuf ans.

E: Et vous travaillez-vous uniquement en cabinet ou dans d'autres lieux comme un centre de santé, un dispensaire, l'hôpital ou autre ?

Dr H: Actuellement, j'exerce uniquement en cabinet.

E: Et dans votre pratique quotidienne, avez vous une spécialité de prédilection comme la gériatrie, la pédiatrie, la gynécologie, la rhumatologie ou autre ?

Dr H: Je fais de tout, mais de la gynécologie volontiers.

E: D'accord. Alors, je voudrais préciser un petit peu votre opinion concernant le traitement de l'hypertension artérielle chez les patients très âgés. Pensez-vous qu'il est utile de traiter l'hypertension artérielle chez les patients de plus de 80 ans ? Si oui, pour quels bénéfices ? Si non, pourquoi ?

Dr H: Oui, c'est utile pour la protection contre les accidents vasculaires cérébraux, pour la prévention des poussées d'insuffisance cardiaque de type diastolique et pour aussi... Enfin, marginalement...Je ne sais pas vraiment mais on dit que cela améliore les performances cognitives pour des patients chez lesquels ce serait le facteur essentiel.

E: D'accord. Et que pensez-vous du rapport bénéfice-risque du traitement antihypertenseur justement dans cette classe d'âge ?

Dr H: Je pense que c'est un bon rapport. On a mis très longtemps à traiter l'hypertension artérielle chez ces patients par crainte de l'hypotension orthostatique mais je pense que les hypotensions sont dues à la polymédication, à des épisodes de déshydratation, et que ce n'est pas seulement l'effet des médicaments. Cela peut être aussi un du à un sur-traitement, ce qui arrive quelques fois.

E: Maintenant, je voudrais préciser la manière dont vous prenez en charge vos patients âgés hypertendus. D'abord, comment faites-vous le diagnostic d'hypertension dans cette classe d'âge ?

Dr H: Bah....Après 80 ans, en général, le diagnostic est déjà posé avant. Sinon, c'est quand un patient a une systolique supérieure à 150mmhg et une diastolique supérieure à 8,5. Après, c'est vrai que si c'est un patient qui a une cardiopathie, je vais être

plus exigeante sur les chiffres. Comme pour tout patient, je vais essayer d'obtenir moins de 140, voire moins de 135 s'il est diabétique.

E: Donc, pour poser le diagnostic, vous mettez le seuil un peu plus haut que chez quelqu'un de jeune, ou on parle d'hypertension au-dessus de 14/9 ?

Dr H: Et bien euh...Oui, il y a une petite tolérance...

E: D'accord. Pour le diagnostic, les recommandations proposent de faire systématiquement dans cette classe d'âge une MAPA ou une automesure tensionnelle pour confirmer le diagnostic et éliminer un effet blouse-blanche avant de débiter le traitement. Que pensez-vous de cette recommandation par rapport à votre pratique quotidienne ?

Dr H: L'automesure tensionnelle, je trouve que c'est très piégeant. C'est très anxigène, cela débouche rarement sur quelque chose et il faut qu'ils comprennent les consignes. Donc, si on peut faire une MAPA, c'est bien. Mais la MAPA n'est pas toujours facile à organiser, elle nécessite un passage par des cardiologues-ce qui est trop coûteux- et l'organiser à l'hôpital ce n'est pas toujours évident. Donc, en général, je fais des mesures itératives moi-même, en demandant aux patients de passer régulièrement au cabinet ou en me rendant à leur domicile. Je ne prends pas une décision rapide, je me fixe sur mes chiffres à moi....

E: Et une fois que le diagnostic est posé, quel bilan cardiovasculaire et préthérapeutique réalisez-vous ?

Dr H: Souvent, ils ont déjà été bilantés. Mais bon, je vérifie toujours la créatinine, le ionogramme sanguin. Et puis, selon les cas, s'il y a des poussées d'insuffisance cardiaque et selon les antécédents, je vais essayer d'avoir une échographie cardiaque. Et un ECG, bien sur, que je peux faire moi-même.

E: Et vous proposez des règles hygiéno-diététiques aux personnes âgées ? Si oui, lesquelles ?

Dr H: Pas spécifiquement. Sauf en cas d'insuffisance cardiaque ou il faut toujours faire

attention au sel ou si les patients ont tendance à renverser la salière. Mais sinon, je ne propose pas de mesure spécifiques.

E: Et par rapport au traitement pharmacologique, qu'est ce que vous prescrivez en première intention à un patient de plus de 80 ans ?

Dr H: Chez les plus de 80 ans c'est toujours très délicat. Cela dépend des autres facteurs de risque. S'il a une insuffisance cardiaque, je vais quand même essayer un IEC en surveillant la créatinine.

E: Et chez quelqu'un qui n'aurait aucun antécédent notamment pas d'insuffisance rénale, aucun autre facteurs de risque ni complication cardiovasculaire ?

Dr H: J'évite les diurétiques car cela favorise la déshydratation et les troubles ioniques. Un inhibiteur calcique type nifédipine ou amlor ou loxénol qui est bien toléré- ou un IEC comme le ramipril en commençant à toutes petites doses. Avec, l'IEC, c'est intéressant d'avoir l'effet protecteur cardiaque. Parfois des B-bloquants chez des patients avec une cardiopathie ischémique ou des troubles du rythme, mais toujours après avis cardiologique.

E: Et, sur quel délai vous évaluez l'efficacité initiale du traitement avant d'envisager une modification ?

Dr H: Plutôt trois mois, mais en pratique les patients accourent au bout de quinze jours. C'est très anxiogène, les histoires de tension. Mais je modifie les traitements lentement sauf s'il y a une hypertension artérielle sévère. Quelqu'un qui se ballade à 18/10 tout le temps, je ne vais pas attendre trois mois et je le revois au bout d'un mois.

E: Et chez des patients qui ont une hypertension très difficile à maîtriser, combien de classes différentes d'antihypertenseurs prescrivez-vous au maximum ? Est ce qu'il y a une limite que vous ne dépassez pas ?

Dr H: Il n'y a pas de limites. Cela dépend de la fonction rénale et de l'état cardiovasculaire..Je demande l'avis cardio.

E: Beaucoup de médecins ont recours aux cardiologues dans ce cas. En fait, les recommandations proposent de prescrire au maximum trois classes différentes d'antihypertenseurs -dont un diurétique thiazidique- et de se contenter de la tension artérielle obtenue avec ce traitement.

Dr H: Oui, je vais rarement au-delà de trois. Effectivement..Ou, à ce moment là, je vais essayer d'avoir une MAPA pour confirmer la réalité de l'hypertension et éliminer un effet blouse blanche. Mais dernièrement, j'ai rajouté..Enfin, ce n'était pas moi d'ailleurs, mais des urgentistes. Ils ont rajouté un hyperium chez un patient à 190 mmhg qui avait déjà plein de traitements. De fait, il est maintenant plutôt à 15/8. Donc l'hyperium était bienvenu.

E: Hum...Et quel objectif tensionnel sous traitement vous fixez chez vos patients très âgés ?

Dr H: L'objectif, c'est le plus bas possible et le mieux supporté possible. (Rires...)Je n'ai pas vraiment de chiffres en tête mais chez quelqu'un avec une insuffisance cardiaque ou des gros facteurs de risque cardiovasculaires, je préfère qu'il ait 13/8 que 14,5/9.

E: Ok...Et quelle surveillance réalisez-vous pour évaluer l'efficacité du traitement et la tolérance du traitement ?

Dr H: S'il y a un passage infirmier-ce qui est très bien- la prise de tension est un bon moyen de voir ou on en est.

E: Et pour la tolérance, est-ce que vous faites des bilans biologiques ?

Dr H: Je surveille le iono et la créatinine, c'est tout.

E: Bien. Et chez vos patients de plus de 80 ans hypertendus traités, à combien estimez vous le pourcentage de patients bien contrôlés, c'est à dire en-dessous de l'objectif tensionnel de 150 mmhg ?

Dr H: Je ne sais pas, 70 % à 80 % environ. Il y en a toujours qui traînent des mois durant avec des tensions plus élevées et on ose pas modifier le traitement puis on se décide. Il faut aussi prendre en compte les questions d'observance, d'adhésion au traitement, l'angoisse que génère un nouveau médicament. Les perturbations des polymédiqués. Si on a une infirmière avec un pilulier, on peut faire ce que l'on veut. Sinon, il faut être très prudent.

E: En fait, sur le plan national, des études ont démontré que le contrôle tensionnel est plutôt mauvais et qu'il s'aggrave même avec l'âge des patients. Chez les plus de 80 ans traités, moins de 30% ont un contrôle tensionnel satisfaisant. Qu'en pensez-vous ?

Dr H: Je pense que c'est possible. Voilà...Bon, moi je vois les patients que je vois..Mais, je pense que c'est comme ça. Mais pour des raisons qui ne sont pas que liées à la pratique médicale. C'est aussi du à la difficulté spécifique de l'observance dans ces classes d'âge.

E: Justement, des études ont démontré que –chez les patients âgés- le mauvais contrôle tensionnel était du à des facteurs impliquant à la fois les patients, les traitements et les médecins prescripteurs. Nous allons donc tenter d'identifier ces différents facteurs un à un.

On va commencer par les patients, donc les sujets âgés et leur observance thérapeutique. D'après vous, chez les sujets âgés, quelles comorbidités et pathologies peuvent empêcher une prise correcte du traitement ?

Dr H: Et bien, toutes les pathologies cognitives. Et puis, aussi les pathologies intercurrentes graves comme un cancer. A ce moment là, l'introduction d'un nouveau traitement par un spécialiste amène l'abandon d'autres traitements, ce qui n'est pas compatible. Et ce n'est pas forcément dit, on s'en rend compte après. Et puis, il y a au premier plan des choses un peu plus urgentes. Et puis, quelques

fois, on a un pronostic vital engagé à moyen ou court terme donc on lève le pied.

E: Et dans le contexte social ou familial, est-ce que vous voyez des situations qui font que le traitement n'est pas pris correctement ?

Dr H: Il y a d'abord la question du renouvellement du traitement. Les galéniques. Les gens qui sont dépendants d'une aide ménagère pour acheter leurs médicaments, ce n'est pas toujours évident. Voilà. Sur le plan de l'argent, alors effectivement... Chez les patients hypertendus âgés, il faut demander un 100% car c'est vrai que les médicaments coutent cher. Le cout est un facteur qui peut déterminer la prise du traitement. Il y a une tranche d'âge où les gens sont extrêmement angoissés avec l'argent....

E: Et chez les patients déments ou qui sont isolés, est-ce que vous proposez des systèmes d'aides à la prise du traitement comme les infirmières à domicile, les aides à domicile ou les piluliers et le semainier ?

Dr H: Il faut savoir que les aides à domiciles n'ont pas le droit de préparer les piluliers. Il ne faut pas leur demander, c'est inutile. Leur service va leur dire de ne pas le faire. Si on arrive à avoir de la famille, la famille peut le faire et c'est toujours bien. Sinon, c'est bien d'arriver à avoir un service de soins avec des infirmières qui font les piluliers, la surveillance..

E: D'accord. L'autre facteur à intervenir est l'impact du traitement lui-même sur l'observance. Chez vos patients âgés, pensez-vous que les effets indésirables avérés ou supposés -par le patient- des traitements vont entraîner une mauvaise observance du traitement ?

Dr H: Absolument. Une nausée le matin quand on vient de prendre son traitement, le traitement est accusé et est arrêté. Une gastralgie, un mal de tête ...Tous les troubles intercurrents génèrent des défauts d'observance. Après il y a les effets indésirables réels. C'est vrai que les inhibiteurs

calciques donnent des œdèmes des membres inférieurs et que cela fait arrêter les traitements. Maintenant, on peut aussi expliquer aux patients que ce n'est pas grave et prescrire des bas de contention. Si on explique bien...Il faut expliquer les effets secondaires et anticiper un peu la réaction des patients. Bon, cela dépend un peu des patients.

E: Et est-ce que vous pensez que l'observance dépend du schéma thérapeutique choisi ? Si oui, quels sont-d'après vous-les schémas thérapeutiques à risque de mauvaise observance ?

Dr H: Oui, je pense qu'il faut éviter les prises multiples matin et soir. Mais, par contre, les associations de médicaments dans la même gélule, je n'aime pas du tout.

E: Ah bon ?Et pourquoi ?

Dr H: Parce que je pense que -quand il y a un effet secondaire gênant -comme par exemple un diurétique caché, on ne va pas arrêter seulement le diurétique incriminé mais tout le traitement. On ne peut pas moduler facilement le traitement et c'est source de confusion. Je préfère que les traitements soient bien identifiés et qu'on puisse les moduler facilement. Même pour nous médecins, les noms sont parfois compliqués. Moi, je préfère avoir un nom de DCI bien établi.

E: Et quand vous instituez un traitement dans cette classe d'âge, pensez-vous à sélectionner le traitement avec le moins d'effets indésirables, le moins de prises quotidiennes et avec une galénique adaptée aux capacités du patient ?

Dr H: Bien sur, oui. Mais bon, je n'ai pas d'idée précise en tête là. Et puis, il y a aussi le problème des génériques. Il faut voir ...C'est vrai que -souvent- quand on est passé chez le cardiologue, on sort avec une bithérapie toute prête avec un nom ...On ne sait même pas ce qu'il y a dedans...(Rires). Bon, bien, j'essaie de prescrire d'emblée en DCI. Comme cela, le patient apprend qu'il prend de

l'amlodipine, du ramipril ou du furosémide. Ou la famille connaît le traitement que le patient prend.

E: C'est vrai que cela permet d'éviter d'avoir des traitements prescrits en doublon par deux médecins différents. Et pour les patients dont le contrôle tensionnel n'est pas satisfaisant, pensez-vous systématiquement à évaluer avec eux leur observance du traitement, avant de modifier le traitement éventuellement?

Dr H : Bien sur. Mais en fait, évaluer l'observance du traitement, cela se fait rarement avec le patient. Cela se fait indirectement avec la famille, les aides à domicile... A l'occasion de telles ou telles choses, on découvre que, on comprend que... Sinon, ils nous disent qu'ils prennent leur traitement, toujours, toujours et toujours...

E: Le troisième intervenant est le médecin généraliste prescripteur. Je vous propose donc un cas clinique. Vous diagnostiquez une hypertension artérielle avec des chiffres à 170/90 chez un patient de 91 ans- sans autre facteur de risque ni antécédent- et débutez un traitement antihypertenseur après confirmation du diagnostic. Quatre semaines après le début du traitement, ses chiffres tensionnels sont aux alentours de 160/80. Vous décidez de ne pas modifier le traitement et de reconvoquer le patient .Un mois plus tard, ses chiffres sont à 160/80.

Ces chiffres vous paraissent-ils satisfaisants ?Si oui pourquoi ?Si non pourquoi ?Modifiez-vous d'emblée le traitement ou attendez-vous de confirmer les chiffres tensionnels lors d'une troisième consultation?

Dr H : Déjà, je ne lui donnerai pas de diurétiques à ce patient, mais plutôt des inhibiteurs calciques. C'est un homme donc il y a des inconvénients avec la prostate, et il y a un risque de « coup de chaud » avec une déshydratation. Il va se retrouver en hyponatrémie.

E: D'accord. Alors, si on suppose qu'il est sous inhibiteurs calciques ?

Dr H: Je suis très contente du 80. Et pour le 160....(Soupirs.....). En fait, je ne vais pas modifier le traitement d'emblée. Je vais encore surveiller.

E: Et qu'est ce que vous craignez ? Que ce soit des chiffres tensionnels un peu aléatoires ou de majorer les effets indésirables si vous modifiez le traitement ?

Dr H: Bon, il prend son traitement puisque cela a quand même baissé de 170 à 160. C'est déjà pas mal... Quelquefois, si j'ai prescrit un inhibiteur calcique ou un IEC, je peux augmenter la dose quand j'ai une marge. Par contre, par exemple pour les diurétiques thiazidiques en association, on a pas de marge pour augmenter le traitement.

E: D'accord. En fait, les médecins semblent aussi jouer un rôle dans le problème du contrôle tensionnel. Certains médecins tardent à modifier le traitement même en cas de mauvais contrôle tensionnel, notamment par crainte de majorer les effets indésirables. Donc, des patients sont vus, 5, 6 fois à différentes consultations avec des tensions artérielles élevées avant que le traitement soit modifié. C'est ce que les études nomment «l'inertie thérapeutique». Qu'en pensez-vous ?

Dr H: Moi, je pense que cela dépend de l'âge des patients. Ce n'est pas pareil un patient de 80 et un patient de 91 ans. Déjà, il y a une notion d'espérance de vie. Et un patient de 91 ans, on a pas envie qu'il chute car on sait que la fracture du col fémoral, c'est très mauvais. Un patient de 80 ans, il est déjà plus armé.....

E: Donc l'âge du patient détermine aussi la manière dont vous modulez votre prise en charge ?

Dr H: En fait, oui....

E: D'accord. En conclusion, est-ce que vous avez des remarques sur le sujet choisi ou sur la méthode employée ?

Dr H: Je trouve qu'il est très intéressant votre sujet. Déjà, cela nous fait réfléchir sur notre prise en charge. Et puis, je pense que la méthode qualitative est interactive et tout à fait intéressante. On nous donne souvent des données statistiques qui sont stressantes, inquiétantes. On ne voit pas bien à quoi cela correspond derrière, et comment on peut changer notre attitude. Alors que là, cela éclaire les choses. C'est aussi pour cela que ce type de travail est intéressant.

ENTRETIEN I

E: Cette thèse concerne la prise en charge de l'hypertension artérielle chez les personnes très âgées, c'est-à-dire de plus de 80 ans. Nous allons d'abord faire une courte présentation de votre activité.

Depuis combien d'années exercez-vous en médecine générale, remplacement compris ?

Dr I: Depuis trente ans.

E: Quel est votre âge, sans indiscretion ?

Dr I: J'ai cinquante-neuf.

E: Exercez-vous uniquement en cabinet ou avez-vous d'autres lieux d'activité comme un dispensaire, l'hôpital ?

Dr I: J'exerce uniquement en cabinet.

E: Et dans votre pratique quotidienne, avez-vous une spécialité de prédilection comme la gériatrie, la gynécologie, la pédiatrie, la rhumatologie ou autre ?

Dr I: Un peu de tout. Je suis un peu omnipraticien.

E: Le premier thème concerne votre opinion sur le traitement de l'hypertension artérielle chez les personnes très âgées, c'est-à-dire de plus de 80 ans. Pensez-vous qu'il est utile de traiter l'hypertension artérielle chez les patients de plus de 80 ans ? Si oui, pour quels bénéfices ? Si non, pourquoi ?

Dr I: Oui, maintenant on traite les personnes âgées, effectivement. Parce qu'il y a un risque d'accident vasculaire. Je pense que c'est surtout cela, l'intérêt

du traitement. Mais sans trop les « sur-traiter ». Parce qu'il y a aussi un risque de les surtraiter, donc de mal les traiter. Avec des effets indésirables.

E: Et que pensez-vous du rapport bénéfice-risque du traitement antihypertenseur dans cette classe d'âge ?

Dr I: Il y a le risque d'hypotension artérielle et de chute, ce qui peut être embêtant, avec des traumatismes. Le mieux, c'est d'arriver à une tension autour de 160/80 ou 150, mais pas d'arriver à 120 car c'est trop bas à cet âge.

E: Justement, je voudrais préciser la manière dont vous prenez en charge les patients hypertendus âgés de plus de 80 ans. D'abord, comment faites-vous le diagnostic positif ? Quel seuil reprenez-vous ?

Dr I: Tout dépend des facteurs de risque de la personne. Si c'est un patient sans facteurs de risque, je prends comme seuil 160 de systolique. A 80 ans, il ne faut pas aller non plus trop fort. On a tendance à trop les traiter. Et puis il faut voir si la personne est symptomatique, si elle a des céphalées ...

E: D'accord. En fait, les recommandations, proposent de confirmer le diagnostic d'hypertension chez les sujets âgés, par MAPA ou automesure tensionnelle pour éliminer un effet blouse blanche avant de débiter un traitement. Que pensez-vous de cette recommandation par rapport à votre pratique quotidienne ?

Dr I: Moi, je ne fais pas de MAPA à 80ans. Je ne la fais que chez les patients plus jeunes, sans discrimination vis à vis des personnes âgées 80 ans. Je fais plutôt trois prises de tension au cabinet, allongé après dix minutes de repos. Si la tension s'avère toujours élevée ou que la personne arrive d'emblée avec 20 de tension, je la traite par exemple par des inhibiteurs calciques.

E: Et avant de débiter le traitement, faites-vous un bilan cardiovasculaire et préthérapeutique et si oui lequel ?

Dr I: Oui, cela débouche systématiquement sur un bilan comportant un ECG au moins et un bilan des facteurs de risque cardiovasculaires. Je recherche s'il y a un diabète, une protéinurie....Une personne qui à 20 ou 19 de tension, je ne la laisserais pas comme cela, surtout si elle est en pleine forme. Avec l'avis du confrère cardiologue en plus. Le cardiologue la verra et s'il trouve les mêmes chiffres que moi, cela accrédi tera le fait qu'il y avait une hypertension artérielle.

E: Et vous proposez des règles hygié nodiététiques à cet âge ? Si oui, lesquelles ?

Dr I: Il n'y a pas tellement de règles d'hygiène de vie. Ils ne mangent pas tellement, déjà, à moins que ce soit des personnes qui mangent énormément alors on va peut-être leur dire de moins manger. S'ils salent leurs aliments et qu'ils ont plus de 6 ou 7 grammes de sel qui est la dose quotidienne, je leur dirais de ne pas saler plus leurs aliments. Mais je ne leur dirais pas de ne plus vivre, saler et de ne plus manger.

E: D'autant plus qu'un régime désodé strict les rendrait anorexiques.

Dr I: Exactement. Avec ces patients, il faut être très très gentil ou être dur sans l'être vraiment.

E: Et comme traitement pharmacologique de première intention, vous prescrivez donc des inhibiteurs calciques ?

Dr I: Et bien, tout dépend. Pas de B-bloqueurs en première intention ni de diurétiques. Je proposerais soit un IEC soit un ARA 2 soit un inhibiteur calcique. Si c'est une personne qui a 20 de tension et qui est symptomatique ou pas bien, je lui donnerais plutôt un inhibiteur calcique d'emblée car l'action est plus rapide qu'un IEC dont le délai d'efficacité est plutôt de deux semaines. Des petites doses d'inhibiteurs calciques, cela marche très bien pour des situations d'urgence.

E: Et sous traitement, vous fixez quels objectifs tensionnels pour les plus de 80 ans ?

Dr I: S'ils sont initialement à 20 et que j'arrive à 15/8, je serais bien content quand même.

E: Et c'est ce que proposent les recommandations : moins de 150 de systolique en vérifiant l'absence d'hypotension orthostatique.

Dr I: Mouais...Il ne s'agit pas d'avoir 12, cela s'est certain. Même s'il y a une insuffisance rénale. Vu l'âge de plus de 80 ans, il y a aussi une insuffisance rénale physiologique donc il faut faire attention....C'est une globalité. Il faut faire attention aux médicaments néphrotoxiques, il faut faire attention à tout.

E: Et sur quel délai vous évaluez l'efficacité du traitement institué avant de conclure éventuellement qu'il doit être modifié éventuellement ?

Dr I: Moi, je me donnerai un mois. Au bout de quinze jours, je lui dis de revenir. Puis encore quinze jours après, puis dans les trois mois ensuite si c'est bien. Sur cela, il faut les manager les personnes âgées parce que –sinon- elles ne reviennent pas. Il faut vraiment qu'elles aient confiance. Alors si on leur dit qu'il ne faut plus faire cela et ne plus manger...Vous ne les revoyez pas ensuite.

E: Ce qui serait plutôt dommage...

Dr I: Oui. Du coup, il faut agir avec délicatesse.

E: Et chez un patient de plus de 80 ans dont vous n'arrivez pas à contrôler la tension, est ce qu'il y a un nombre maximum d'antihypertenseurs différents prescrits au-delà duquel vous n'allez pas?

Dr I: Souvent, il y a ...Moi, je dirais que trois classes c'est déjà pas mal. D'autant plus que l'on a maintenant les associations thérapeutiques comme les inhibiteurs calciques et les ARA2 ou les calciques et les IEC .

E: Et quelle surveillance réalisez-vous pour évaluer l'efficacité du traitement et la tolérance du traitement ?

Dr I: La tolérance, c'est déjà voir comment les patients supportent le traitement et s'il n'y a pas d'effets secondaires. Les IEC, pas tellement. Mais pour les ARA2, ils sont souvent aphones ou un peu gênés. Pour les IEC, c'est la toux. Et puis après, s'il n'y a pas d'intolérance médicamenteuse, je regarde les chiffres tensionnels pour savoir si cela fonctionne .Si c'est bon, je leur dis de continuer.

E: Et sur le plan biologique ?

Dr I: Je recontrôle la fonction rénale, et le ionogramme notamment si on prescrit un ARA 2 ou un IEC.

E: Et parmi vos patients âgés hypertendus traités, à combien estimez –vous le pourcentage de patients avec un contrôle tensionnel satisfaisant, donc en-dessous des objectifs tensionnels?

Dr I: Moi, je dirais 75 %.Les médicaments sont efficaces..On a beaucoup plus d'efficacité thérapeutique maintenant qu'avant.

E: En fait, des études françaises- réalisées notamment en médecine générale- ont montré que la qualité du contrôle tensionnel est très moyenne même chez les plus jeunes et qu'elle se dégrade avec l'âge du patient. Chez les plus de 80 ans, moins de 30% des patients hypertendus traités atteignent réellement les objectifs tensionnels. Qu'en pensez-vous ?

Dr I: Je ne sais pas. Cela dépend si les patients prennent leur traitement....Ca dépend donc aussi de l'observance du traitement . En règle générale, si on a des gens qui sont bien observants avec des molécules efficaces, moi je trouve que j'ai de bons résultats. Sans pour autant, comme on le disait tout à l'heure, avoir des chiffres en dessous de 15. Si j'ai des patients qui ont 15 ou 16 couchés et 14 debout, je suis déjà bien content. Avec une minima qui est correcte, en dessous de 9. Mais oui, je crois que j'ai des résultats satisfaisants.

E: En fait, des études ont démontré que –chez les patients âgés- le mauvais contrôle tensionnel était

du à des facteurs impliquant à la fois les patients, les traitements et les médecins prescripteurs. Nous allons donc tenter d'identifier ces différents facteurs. Commençons par les patients âgés et leur observance thérapeutique. D'après vous, à cet âge, quelles comorbidités et pathologies peuvent empêcher une prise correcte du traitement ?

Dr I : C'est tout ce qui concerne les problèmes moteurs, les handicaps moteurs, et le handicap cérébral avec la démence et les troubles cognitifs. En dehors de cela, je crois qu'ils sont capables de prendre leur traitement correctement. Je crois qu'il n'y a que cela qui peut grever la prise en charge. Ou alors, des patients qui ne veulent pas le prendre..

E : Vous avez des patients qui ne veulent pas prendre leur traitement ?

Dr I : Et bien, il y a des patients qui ne veulent pas être soignés. Pas tellement mais enfin...Ils ne disent pas toujours la vérité. Mais dans ma clientèle, cela marche plutôt pas mal...Par rapport à votre question, c'est vrai que ce sont surtout les problèmes de démence. Alors il faut demander de l'aide. Avec des aides à domicile.

E : Justement, pour un patient dément ou isolé, vous proposez des systèmes d'infirmières à domicile ou d'aides à domicile avec des piluliers ou des semainiers ?

Dr I : Oui, mais même avec des semainiers il peut y avoir des soucis. Moi, s'il y a vraiment un problème, je demande à l'infirmière à domicile de passer et de vérifier la prise du traitement. Elles viennent matin et soir ou une fois par jour. Elles font des petites boîtes de piluliers matin, midi et soir. Et si les patients ne sont pas trop mal sur le plan moteur, cela se passe bien. Mais il faut leur préparer car s'ils le font eux-mêmes sans surveillance, ils ont tendance à mélanger les traitements, à mettre le traitement du mardi dans la case de lundi...Et puis, chez les personnes âgées, on a des avancées thérapeutiques énormes dans les

bithérapies, sous formes d'associations. Du coup, maintenant, ils n'ont plus qu'un comprimé le matin et /ou le soir .

E : Justement. Le deuxième élément intervenant est le traitement lui-même. Chez vos patients âgés, pensez-vous que les effets indésirables avérés ou supposés des traitements modifient l'observance thérapeutique ?

Dr I : C'est sur. Je crois que la meilleure observance est obtenue avec le traitement qui donne le moins d'effets indésirables et avec le moins de prises possible. Moins ils en ont à prendre et mieux cela se passe..

E : Donc vous pensez que le schéma thérapeutique choisi influe sur l'observance ?

Dr I : Oui. Trois comprimés par jour maximum au total, cela suffit. Il faut surtout se préoccuper de la tension artérielle. S'ils ont en plus un petit peu de cholestérol, pourquoi pas en plus une statine ? C'est un peu la grande mode avec les recommandations, il faudrait traiter tout le monde avec des statines.....A 90ans, si on trouve une dyslipidémie, moi je ne suis pas d'accord pour qu'on la traite. Il ne faut quand même pas exagérer quand même. Déjà, ils font le régime et la tension et c'est déjà pas mal! Donc, pour le traitement contre la tension, des prises quotidiennes le moins possible et en évitant bien entendu les effets secondaires. Mais il n'y a relativement pas beaucoup d'effets secondaires.

E : Et pour débiter un traitement chez une personne âgée, vous pensez vraiment à sélectionner celui avec le moins d'effets indésirables, le moins de prises quotidiennes et avec une galénique adaptée aux capacités du patient ?

Dr I : Oui, j'essaie de prendre en compte tout cela et ce sont des facteurs de décision de traitement. Mais c'est rare tout de même qu'il y ait des effets secondaires. Il y en a mais on leur explique. On leur dit par exemple que les inhibiteurs calciques peuvent donner quelques céphalées et des

rougeurs juste après la prise. Mais après, cela se passe. Quand ils savent ce qui se passe, c'est pas grave, ils le prendront. Et bien les inhibiteurs calciques, je trouve vraiment que c'est un bon médicament. Et puis, avec les plus récents, il y a moins d'effets secondaires qu'avec les premiers apparus sur le marché.

E : Et pour un patient dont le contrôle tensionnel n'est pas satisfaisant, est-ce que vous pensez à évaluer l'observance thérapeutique avant de conclure que le traitement n'est pas efficace ou pas suffisant et de majorer le traitement?

Dr I : Oui, j'essaie au maximum de savoir s'ils prennent ou pas leur traitement avant de le modifier.

E : Maintenant, nous allons étudier l'impact du troisième intervenant, c'est-à-dire le médecin prescripteur. Je vais vous présenter un petit cas clinique. Vous diagnostiquez une hypertension artérielle avec des chiffres à 170/90 chez un patient de 91 ans- sans autre facteur de risque ni antécédent- et débutez un traitement antihypertenseur après confirmation du diagnostic. Quatre semaines après le début du traitement, ses chiffres tensionnels sont aux alentours de 160/80. Vous décidez de ne pas modifier le traitement et de reconvoquer le patient. Un mois plus tard, ses chiffres sont à 160/80.

Ces chiffres vous paraissent-ils satisfaisants ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?

Modifiez-vous d'emblée le traitement ou attendez-vous de confirmer les chiffres tensionnels lors d'une troisième consultation et pourquoi ?

Dr I : Moi, je le reconvoquerais et je ne toucherais pas au traitement .

E : Et pourquoi ?

Dr I : Parce 160/80, cela me paraît pas mal à plus de 80 ans.

E : Donc, c'est parce que vous êtes satisfait du contrôle obtenu ou parce que vous craigniez de

majorer les effets indésirables en modifiant le traitement ?

Dr I : Je crains les surcharges et qu'il fasse une hypotension si on augmente le traitement ou si on met une deuxième molécule. Je préfère le revoir dans le temps et le traiter trois mois entier avec le même traitement. Avant d'augmenter, moi je suis toujours prudent. S'il y a 16/8, oui, ma foi....Il aurait 16/11 donc une diastolique plus élevée, je ne ferais peut-être pas pareil. 80 comme chiffre de diastolique, cela me paraît tout à fait bien. Moi, 160, cela me va bien.

E : Et bien, il semblerait que les médecins prescripteurs soient aussi impliqués dans le problème du contrôle tensionnel. Des études ont démontré que certains médecins tardent à majorer le traitement antihypertenseur chez leurs patients âgés, notamment par crainte des effets indésirables iatrogènes. Ce phénomène, appelé « inertie thérapeutique », semble contribuer au mauvais contrôle tensionnel chez les patients âgés. Des patients sont vus cinq ou six fois avec des chiffres tensionnels élevés, avant que le traitement soit modifié. On a parfois tendance à temporiser un petit peu et à ne modifier le traitement qu'au bout de la sixième fois. Qu'en pensez-vous ? C'est plus de la prudence qu'autre chose finalement?

Dr I : C'est peut-être de la prudence mais pas que cela....Si on prescrit, on engage notre responsabilité. Si on met un comprimé et qu'il a 16/8 et qu'on met un autre traitement et qu'il tombe à 12/8 rapidement et qu'il tombe, non....16/8 ça me paraît pas mal. 16/10 c'est autre chose. Et puis, cela dépend comment est le patient. S'il est symptomatique ou s'il a d'autres éléments associés comme une ischémie silencieuse, on sera dans un autre cas de figure et on donnera d'autres médicaments. C'est souvent le cas, avec des souffrance myocardique asymptomatique ou des arythmies. Dans ce cas, on ne réagira pas pareil. A la limite, chez un homme

qui est bien, sans facteurs de risque et qui n'a que l'hypertension, je lui foudrais la paix....Je lui mets un petit traitement et si son cœur est tranquille et sans fibrillation, je le laisserais avec son petit inhibiteur calcique. A voir si on augmente un tout petit peu éventuellement.

E : Mais pas dans l'immédiat, en tous cas ?

Dr I : Moi, je dirais pas dans l'immédiat. Moi, j'agis surtout « sur » et « pour » la diastolique. C'est la diastolique élevée que je trouve embêtante. Une systolique élevée chez les personnes âgées, c'est fréquent et normal à cause du problème des artères qui se rigidifient. Donc, il ne faut pas les traiter trop fort parce que –dans ce cas là– on les casse. C'était lors d'une formation- à Broussais je crois- ou on nous disait qu'il fallait y aller mollo. Maintenant, entre les recommandations et ce que l'on fait dans la pratique quotidienne, il ya une marge. On s'adapte en fonction du patient et de son expérience personnelle.

E : En conclusion, avez-vous des remarques sur le sujet choisi, sur l'intérêt de ce travail ou sur la méthode employée ?

Dr I : Cela me paraît tout à fait judicieux, surtout chez les patients de cet âge là puisque la population vieillit à vue d'œil. Et puis, l'hypertension est un sujet très vaste. Je crois qu'en 2006, il y avait déjà un milliard de personnes hypertendues dans le monde et un français sur cinq est hypertendu. Mais je pense qu'on tend à équilibrer beaucoup mieux les traitements notamment grâce aux nouvelles bithérapie. J'ai de bons résultats et les gens sont satisfaits. Des prises quotidiennes limitées et un traitement efficace, c'est l'essentiel.

ENTRETIEN J

E: Ce travail concerne la prise en charge de l'hypertension artérielle chez les sujets très âgés, c'est-à-dire de plus de 80 ans. Nous allons

commencer par une courte présentation de votre activité. Depuis combien de temps exercez-vous en médecine générale, remplacement compris ?

Dr J: Remplacement compris, je dirais vingt-neuf ou trente ans. Et je suis installée depuis vingt-huit ans.

E : Et quel est votre âge, sans indiscretion ?

Dr J: Sans indiscretion...(Rires).J'ai cinquante-six ans.

E :Exercez-vous votre activité uniquement en cabinet ou avez vous d'autres lieux d'exercice comme un centre de santé , un dispensaire, l'hôpital ou autre ?

Dr J: Non, j'exerce uniquement en cabinet.

E: Dans votre pratique quotidienne au cabinet, avez vous une spécialité de prédilection comme la gériatrie, la pédiatrie, la gynécologie, rhumatologie ou autre ?

Dr J : Il se trouve que -dans les faits- je fais pas mal de gériatrie mais de façon indirecte car j'ai une clientèle qui est âgée. Je vois donc pas mal de personnes âgées .

E : D'accord, très bien .Le premier thème concerne votre opinion sur le traitement de l'hypertension chez les patients de plus de 80 ans. Pensez-vous qu'il est utile de traiter l'hypertension artérielle dans cette classe d'âges oui, pour quels bénéfices ? Si non, pourquoi ?

Dr J: C'est une bonne question parce qu'on se la pose régulièrement, du fait des effets iatrogènes des traitements de l'hypertension chez les sujets âgés. Enfin ceci dit, d'après ce que j'ai pu voir encore récemment, on considère qu'il vaut mieux baisser les chiffres, peut être pas aussi bas que chez quelqu'un de plus jeune. Mais, en tout cas, il faut faire quand même baisser les chiffres des sujets âgés dans la mesure où il y a quand même des risques d'AVC ou de choses comme cela qui interviennent même à cet âge là. Même à cet âge là, apparemment, il faut faire baisser les chiffres. Pas

la peine de laisser les gens se trimballer à 17 18 19 ...Mais c'est vrai que –par contre- quelqu'un qui a 15, on ne va pas s'exciter pour baisser ses chiffres davantage.

E : Justement, je voudrais préciser un peu la manière dont vous prenez en charge ces patients hypertendus. Comment faites-vous le diagnostic positif d'hypertension dans cette classe d'âge?

Dr J : Le problème, c'est que c'est souvent des gens qui étaient déjà hypertendus avant. C'est rare que brusquement ils soient hypertendus à 80 ans. D'une part, il y en a certains que je connais depuis un certain temps, la prise en charge est déjà entamée et je ne fais que la renouveler.

E : D'accord, mais pour un patient de plus de 80 ans que vous verriez pour la première fois, quelle valeur-seuil vous retiendriez pour le diagnostic d'hypertension ?

Dr J : Je pense que j'essaierais qu'elle soit autour de 15 16. C'est-à-dire que quelqu'un qui est à 16, je ne suis pas sûre que je vais forcément aller le traiter. Surtout que je me suis aperçue qu'il y avait des fois où quand vous prenez la tension debout, vous vous apercevez qu'il peut y avoir une petite hypotension orthostatique. Ce qui favorise les chutes ...Donc c'est toujours un peu ambigu, les chiffres de tension artérielle couchée chez les patients âgés. Je me souviens d'un patient comme cela. Quand elle était couchée, elle avait toujours entre 18 et 20. Je me suis aperçue en fait que quand elle était debout, elle avait à peine 14. Donc je ne comprenais pas pourquoi elle supportait mal les traitements, mais j'ai mieux compris après. Donc, pour le diagnostic, je dirais 15 grosso modo.

E : Et en cas de découverte d'hypertension, quel bilan préthérapeutique et cardiovasculaire réaliseriez-vous à cet âge?

Dr J : Forcément un bilan sanguin pour évaluer la fonction rénale et les choses comme cela. Et puis, pas forcément d'emblée mais au moins au décours,

un bilan cardiovasculaire avec au moins un ECG. Mais bon, c'est quand même rare qu'à 80 ans ils n'aient jamais eu un bilan pour une raison ou pour une autre. En sachant que l'on ne doit pas compliquer énormément les choses car se sont souvent des gens qui ont du mal à se déplacer. Il ne faut pas non plus que cela soit trop lourd du point de vue de la réalisation.

E : Et une fois que le diagnostic est posé, est-ce que vous proposez des règles hygiéno-diététiques chez les plus de 80 ans et si oui, lesquelles ?

Dr J : Honnêtement, je ne vais pas leur donner des règles hygiéno-diététiques majeures parce que ce sont déjà des gens qui se nourrissent quelque fois un peu de bric et de broc. Ce que j'essaie déjà, c'est d'éviter qu'ils mangent salé. Quand on s'aperçoit qu'ils mangent vraiment très salé, on peut effectivement intervenir. Pour le reste, honnêtement, je n'ai pas de ...Il peut y avoir des problèmes de cholestérol etc...Ah oui, j'ai oublié de dire que dans le bilan, on recherche les autres facteurs de risque cardiovasculaires. Sur ça aussi, on essaie de jouer. Mais on ne va pas se battre pour quelqu'un qui a 80 ans bien tassés comme pour quelqu'un qui en a même 70. Le problème ne se pose pas de la même façon. Même si c'est vrai que je ne tiens pas non plus à ce qu'ils aient du cholestérol.

E : Et quel traitement pharmacologique de première intention prescrivez-vous ?

Dr J : C'est souvent la famille des IEC ou ARA. Parce que ce sont des produits qui sont quand même relativement bien supportés. En sachant que –maintenant-je me suis aperçu qu'avec les histoires d'insuffisance rénale, il fallait aussi un peu se méfier. Ce qu'on nous disait pas il y a un certain temps, d'ailleurs et c'est relativement récent. Il y a le problème des diurétiques qui ne sont parfois pas très bien supportés. Donc, je prescris plutôt des IEC ou des ARA. En sachant aussi que- comme il y a

d'autres facteurs de risque qui interviennent-on se retrouve aussi parfois à utiliser des inhibiteurs calciques. Cela a quand même un intérêt majeur, dans la mesure où il y a en plus une indication cardiaque et puis cela peut aussi être utilisé en première intention même en l'absence d'insuffisance cardiaque.

E : Et sur quel délai évaluez-vous l'efficacité du traitement avant de le modifier éventuellement ?

Dr J : Au moins sur un mois pour pouvoir juger de ce qui se passe. On peut les voir avant au point de vue de la tolérance mais pour l'efficacité, pas avant un mois. Et c'est la même chose pour les patients plus jeunes. Mais de toute façon, en cas de problème de tolérance, ils vous le disent. Il n'y a pas de souci (Rires ..). Moi, cela me semble inutile de changer le traitement avant un mois, s'il est bien toléré par ailleurs.

E : Et qu'est-ce que vous vous fixez comme objectifs tensionnels chez les plus de 80 ans ?

Dr J : En dessous de 16. En dessous de 16/8 ou 16/9, je considère que ce n'est pas trop mal.

E : Bon, ce n'est pas trop loin des recommandations, qui proposent un objectif de tension inférieure à 150 en l'absence d'hypotension orthostatique..Et quelle surveillance vous réalisez pour évaluer la tolérance et l'efficacité du traitement ?

Dr J : Sur le plan clinique, je regarde comment les choses se passent, quelles sont les plaintes des patients, s'ils signalent des étourdissements ou des choses comme cela. C'est assez embêtant. Il y a des problèmes d'œdèmes avec les inhibiteurs calciques et on est parfois obligés de changer le traitement. A cause de cela, même s'il est efficace. Il y a des gens qui me disent « Ecoutez, je ne peux plus mettre mes chaussures ! ». Et choisir entre la tension et les chaussures c'est difficile (rires) donc là on est obligé de changer. Et puis après, c'est la

surveillance du bilan biologique au bout de deux ou trois mois.

E : Et pour un patient dont vous avez du mal à contrôler l'hypertension, quel est le nombre maximum de classes d'antihypertenseurs que vous prescrivez et au-delà duquel vous n'allez pas ?

Dr J : Cela c'est un vrai problème. Dans ces cas-là, ce que je ferais c'est que je prendrais un avis cardiologique parce que...Il y a des gens, on ne sait pas trop si c'est au niveau des artères rénales qu'il y a un problème. On ne sait pas.. Mais ce sont des gens qui sont déjà hypertendus depuis longtemps. Et qui ont déjà trois ou quatre antihypertenseurs. Il y a une patiente que j'ai vu il n'y a pas longtemps et c'est encore le problème. Pendant longtemps, on s'est dit qu'on ne pouvait pas augmenter plus. Il y a des fois, on est vraiment très embêtés parce qu'il y a des gens que l'on retrouve encore à 18 ou 19 sous traitement. Cela ce sont des choses que je ne fais pas toute seule. En accord avec le cardiologue parce qu'il faut vérifier ce qui se passe au niveau du cœur, donc il y a un bilan cardiaque et souvent rénal pour savoir s'il n'y a pas des raisons autres qui expliqueraient l'hypertension.

E : D'accord. Et parmi vos patients âgés hypertendus traités, à combien estimez-vous le pourcentage de patients avec un contrôle tensionnel satisfaisant, qui sont sous les objectifs tensionnels ?

Dr J : Cela, c'est une très mauvaise question..(Rires) C'est très difficile de vous répondre...C'est très difficile. Déjà, nous quand on les voit, par rapport à leurs chiffres d'automesure, il y a parfois une différence. Quand les patients viennent au cabinet, je leur demande de venir avec leur appareil au moins une fois pour les étalonner par rapport au mien. Certains appareils sont un peu folkloriques. Et puis la tension peut varier au cours du temps, donc il m'arrive de la reprendre pendant la consultation. Et en plus il y a des gens que je vois chez eux, des gens que je vois ici. C'est

difficile de vous répondre. On peut avoir l'impression pendant un temps que cela va très bien , puis là-dessus on s'aperçoit ...Il y a des gens -par contre -à qui je trouve souvent la tension élevée et ils me disent « Vous savez, Docteur, il n'y a qu'avec vous qu'elle est élevée. Quand je la prends au dispensaire, c'est autre chose. » Donc, je ne sais pas du tout. Mais en fait, quand on lit les articles, on est très démoralisés

E : Justement, sur le plan national, les études indiquent que le contrôle tensionnel n'est pas satisfaisant quelque soit l'âge, et qu'il se dégrade même avec l'âge des patients. D'après ces études, moins de 30% des patients âgés hypertendus traités atteignent les objectifs tensionnels.

Dr J : (Rires) Il y a certaines personnes chez lesquelles c'est un peu plus facile à surveiller grâce au passage d'infirmier. A ce moment là, on leur demande de prendre la tension et là on se rend un petit peu mieux compte. Mais pour les autres patients, c'est vrai qu'on ne sait pas toujours bien ce que l'on fait. C'est un petit peu perturbant....

E : Et bien, il semble que -chez les patients âgés- le mauvais contrôle tensionnel était du à des facteurs impliquant à la fois les patients, les traitements et en partie les médecins prescripteurs. Nous allons donc tenter d'identifier ces différents facteurs. Commençons par les patients et leur observance thérapeutique. D'après vous, chez les sujets âgés, quelles comorbidités et pathologies peuvent empêcher une prise correcte du traitement, un problème d'observance du traitement ?

Dr J : Je crois que -même sans comorbidités- vous avez déjà des gens qui ne prennent pas leur traitement de temps en temps. Du fait que voilà, ils ne le prennent pas, ils l'ont oublié, je ne sais pas quoi.... Ou bien parce qu'il y en a 28 dans la boîte et que comme pour les autres médicaments il y en a 30, ils ont attendu pour le renouvellement. Cela, c'est un gros problème. J'essaie de leur expliquer

qu'il faut se baser sur le traitement qui manque le plus. Il y a le fait qu'il y en a qui pensent que, après tout, ne pas prendre le traitement pendant deux ou trois jours ce n'est pas très grave. Je le sais parce que ma propre mère me l'a fait, donc je suis au courant...Euh...Donc, voyez..Cela, c'est sans comorbidités du tout et c'est une question de fonctionnement. Dans la mesure où ils ne sentent rien, ils ont beaucoup de mal à évaluer l'importance de la prise et à comprendre que cela n'agisse que le temps de la prise. Et puis, il y a aussi le fait qu'il y a certaines personnes qui ont beaucoup de médicaments, et de temps en temps il y en a un qui passe à l'as. Après, il y a des problèmes de mémoire qui peuvent intervenir ..Mais, pour les gens qui ont des problèmes comme Alzheimer ou autre, on a un système de prise en charge sur Gennevilliers qui permet le passage d'infirmières pour donner des médicaments. Donc, là, cela peut dans certains cas pallier un peu le problème de la perte de mémoire. Même si ce n'est pas toujours évident.

E : Donc, chez les patients déments ou isolés, vous avez la possibilité d'instituer un système d'aide à domicile ou d'infirmière à domicile .

Dr J : Pas toujours mais souvent. Avec une infirmière à domicile ou une aide soignante, quelqu'un qui passe pour faire la toilette et puis donner les médicaments. On essaie au maximum maintenant de faire ce genre de choses. Ou avec quelqu'un d'autre qui passe, de la famille qui prépare des piluliers ..Parce que avec le système des piluliers, c'est quand même un peu plus facile de leur donner et de s'apercevoir s'ils les ont pris ou pas. Parce que cela aussi, c'est le problème souvent. Les médicaments sont préparés dans les piluliers ,mais ne sont pas pris. Il faut aussi quelqu'un pour s'assurer de la prise du traitement.

E : Très bien. Le deuxième intervenant est le traitement lui-même. Chez vos patients âgés,

pensez-vous que les effets indésirables avérés ou supposés du traitement modifient l'observance ?

Dr J : Pour les diurétiques par exemple, c'est évident. Il y en a qui se débrouillent pas trop mal en disant « Je ne le prends pas avant d'aller au marché, pour éviter d'être gêné. Je le prendrai au retour. » Et puis, il y en a qui ne nous disent pas forcément ce qu'ils font....Je pense qu'effectivement, il y a des fois ou, parce que cela les gêne, ils ne le prennent pas. Ou parce qu'ils sont à l'extérieur. Par exemple, ils vont déjeuner en famille ou je ne sais pas quoi et du coup ils oublient leur traitement. Il y a cela aussi, un truc tout bête c'est le contexte. Etre dans un autre contexte que d'habitude et on zappe. Déjà, le coup du diurétique, je peux vous dire que cela arrive relativement fréquemment. Normalement, le traitement est censé être rattrapé derrière mais c'est ce que les patients me disent, et je ne suis pas sûre que cela soit toujours vrai....

E : Et pour ce qui est du schéma thérapeutique initial que l'on choisit, pensez vous qu'il peut retentir sur l'observance ? Quels sont –d'après vous– les schéma à risque de mauvaise observance ?

Dr J: Déjà, moins il y a de prises et mieux cela vaut. Euh....Cela, c'est évident. Et puis je pense que chez les personnes âgées, la prise du midi pose moins de problèmes que chez les gens jeunes. Les gens actifs n'aiment pas en général la prise du midi. Mais chez les personnes âgées, moins. C'est plutôt le nombre de médicaments à prendre qui joue.

E : Et quand vous débutez un traitement chez un patient âgé, faites-vous attention à choisir celui avec le moins d'effets indésirables, le moins de prises quotidiennes et avec une galénique adaptée aux capacités du patient ?

Dr J: Cela j'essaie. En tous cas, les médicaments qui ont deux prises d'emblée j'essaie de les éviter parce que si on commence déjà comme ça en primo intention..Alors là, ça ne va pas du tout. Cela, c'est la première chose. Et puis après, c'est vrai

que, si on peut éviter d'avoir trop d'effets secondaires au démarrage, on va le faire. Quand on se met à additionner les médicaments, le problème ne se pose plus de la même façon. Mais c'est vrai qu'au démarrage...Surtout quand on commence un traitement chez quelqu'un qui ne se sent pas spécialement malade, vous imaginez bien qu'aller lui provoquer des effets secondaires alors qu'il se sentait bien avant. Cela complique un peu la prise en charge...

E : Et en cas de contrôle tensionnel peu satisfaisant, pensez-vous à évaluer l'observance thérapeutique avant de considérer que c'est un problème lié au traitement et de le modifier éventuellement ?

Dr J : Pas forcément..C'est vrai que je n'y pense pas forcément. D'abord parce que je n'y pense pas tout court. Et en plus de cela, je pense que le problème, c'est que c'est difficile à évaluer. Moi, je m'en rends compte quelquefois quand –par exemple–en lisant l'ordinateur, je m'aperçois que la boîte de 28 a duré plus de 28 jours. Là, c'est vrai que je m'en rends compte. Quand je vais au domicile des gens, je m'en rends moins compte parce que ce n'est pas automatique. C'est comme cela que l'on s'en rend compte. « Dites moi, comment cela se fait que là, vous ne m'appellez que maintenant ? »Et c'est là qu'ils disent qu'ils ont du oublié. Il y en a même qui ne se rendent même pas compte qu'ils en ont oublié. Et c'est moi qui leur dit : « Mais ce n'est pas normal que votre boîte de 28, elle ait tenu 31 jours. » Il n'y a que come cela qu'on s'en rend compte. Cela étant, l'effet du médicament pour évaluer l'observance, c'est un peu difficile puisque l'effet a disparu au bout de 24 heures.

Quelquefois, je m'aperçois effectivement :« Non mais attendez, cela ne va pas !Votre tension est très haute aujourd'hui. Il ne marche pas ce médicament. » Et puis, au moment ou je vais commencer à augmenter, je leur dis : « Mais vous

l'avez pris aujourd'hui ? ». « Ah bah non, il ne m'en restait plus.. » Et je recommence toute l'éducation ...Mais il y a des fois, je ne pense pas forcément à leur dire.

E : Le troisième acteur qui intervient est le médecin généraliste prescripteur. Je vais donc vous présenter un petit cas clinique. Vous diagnostiquez une hypertension artérielle avec des chiffres à 170/90 chez un patient de 91 ans- sans autre facteur de risque ni antécédent- et débutez un traitement antihypertenseur après confirmation du diagnostic. Quatre semaines après le début du traitement, ses chiffres tensionnels sont aux alentours de 160/80. Vous décidez de ne pas modifier le traitement et de reconvoquer le patient. Un mois plus tard, ses chiffres sont à 160/80.

Ces chiffres vous paraissent-ils satisfaisants ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?

Modifiez-vous d'emblée le traitement ou attendez-vous de confirmer les chiffres tensionnels lors d'une troisième consultation et pourquoi ?

Dr J : Et il a 91 ans ? Je crois que je n'augmenterais pas encore tout de suite. C'est vrai que c'est encore trop haut mais en même temps il est un peu trop vieux. Donc euhJe crois que je me donnerai encore un mois pour voir un peu ce qui se passe.

E : Par ce que vous craigniez euh...

Dr J : J'ai très très peur des hypotensions, honnêtement.

E : Donc c'est plutôt la crainte des effets indésirables qui vous limitent.

Dr J : Oui, et des gens qui se cassent la figure, on en a, croyez moi. Est ce qu'il vaut mieux une tension un peu limite qu'un col du fémur cassé....(Rires).Je ne sais pas...Donc, le problème est là.

E : Et est ce que l'âge du patient change quelque chose ? Si le patient avait 82 ans ?

Dr J : Absolument que l'âge change les choses. Mais non, 82 et 91 ans c'est à peu près pareil. S'il

en avait 70, ce ne serait pas pareil . Je pense que je réagirais plus vite, si vous voulez. Et puis en plus, avec des chiffres qui- pour moi-paraîtraient très hauts.

E : Et bien, il semblerait que l'influence du médecin prescripteur joue aussi un rôle dans le contrôle tensionnel. Certains médecins tardent à augmenter le traitement en cas de mauvais contrôle tensionnel, notamment par crainte de majorer les effets indésirables iatrogéniques. On a tendance à reconvoquer les patients et à les voir 5 fois ou 6 fois avec des chiffres tensionnels élevés avant de majorer les traitement. Ce phénomène, appelé « inertie thérapeutique », semble contribuer au mauvais contrôle tensionnel chez les patients âgés. Qu'en pensez-vous ?

Dr J : Je pense que c'est vrai mais parce queEffectivement, comme c'est un domaine où les patients sont quand même fragiles. C'est vrai qu'on a ...Parce qu'on nous parle aussi beaucoup des problèmes iatrogènes et compagnie...

E : Comme pour les anticoagulants chez les personnes âgées ?

Dr J : Exactement ...Comme avec les anticoagulants d'ailleurs, on fait maintenant beaucoup plus attention. Et il y a des fois effectivement, on évite de modifier le traitement. On se dit : « Bon, et bien tant pis, ça va passer comme ça. » Parce qu'on a la trouille de ce qui peut se passer dès qu'on augmente les médicaments du fait des effets iatrogènes qui seront irrémédiablement liés à la prise. Donc, c'est vrai qu'on est toujours assis entre deux chaises. Est ce que c'est mieux de faire baisser ses chiffres ? Ou est ce que c'est plus risqué parce qu'il risque d'y avoir plus de malaises ? C'est un problème qui n'est pas simple du tout. Et qui rejoint effectivement celui des anticoagulants à cet âge, on est exactement confrontés à la même chose. C'est une position très délicate, effectivement..(Rires)

E : Bon et bien c'est terminé. En conclusion, est ce que vous avez des remarques sur le sujet choisi, sur l'intérêt de ce travail ou sur la méthode employée ?

Dr J : En tout cas, je pense que c'est un sujet intéressant. La preuve, c'est qu'on est pas très à l'aise. Donc cela prouve que ça a sûrement un intérêt. Et que c'est vrai qu'on ne sait pas toujours forcément très bien prendre en charge les patients un peu âgés. Par rapport à ça justement, la limite entre ce que l'on peut leur donner ce qu'il faut arrêter de leur donner...Les chiffres qu'il faut accepter ou tolérer...Non, je trouve qu'effectivement..Votre démarche me paraît intéressante. Sur ce sujet, on est pas à l'aise.....

ENTRETIEN K

E: Cette thèse concerne la prise en charge de l'hypertension artérielle chez les personnes très âgées, c'est-à-dire de plus de 80 ans. Nous allons déjà débiter par une courte présentation de votre activité. Depuis combien de temps exercez-vous en médecine générale, remplacement compris ?

Dr K: Depuis 1972 ans.

E : D'accord. Et quel est votre âge, sans indiscrétion ?

Dr K : Ah là, vous êtes indiscrète !!!(Rire)

E : Je suis désolée, mais c'est une question que je suis censée vous poser(Rire).

Dr K : J'ai soixante-quatre ans(Sourire).

E : Et vous travaillez uniquement en cabinet ou vous avez d'autres lieux d'exercice comme un centre de santé, un dispensaire, l'hôpital ou autre ?

Dr K : J'ai eu d'autres activités très ...Comment dire...(Rire). Non, en fait, j'ai été pendant trente-trois ans médecin conseil à la Banque de France. Et j'ai été licencié au mois de décembre 2007. Licenciement économique puisque c'était un des régimes spéciaux, donc je suis parti avec un chèque assez appréciable(sourire) et je touche la retraite.

E : Et vous travaillez maintenant en cabinet ?

Dr K : En fait, j'exerçais là-bas deux matinées par semaine, et depuis 1977 je suis dans ce cabinet. Donc, j'exerçais les deux activités en parallèle.

E : Et dans votre pratique quotidienne, est-ce que vous avez une spécialité de prédilection comme la gériatrie, la pédiatrie, la gynécologie, la rhumatologie ou autre ?

Dr K : Non. J'ai un petit rejet pour la pédiatrie parce que cela demande beaucoup de temps et puis qu'ils braillent tout le temps(sourire). Je n'aime pas la gériatrie parce qu'ils n'entendent pas ce que je leur dis(sourire).

E : Vous êtes un petit peu dur, là quand même...

Dr K : Et bien oui, je suis méchant(sourire). Non, je plaisante....Je fais de la médecine normale. Je ne fais pas d'acupuncture ni d'homéopathie. Je ne fais pas de psychanalyse

E : D'accord. Le premier thème concerne votre opinion sur le traitement de l'hypertension artérielle chez les patients très âgés. Pensez-vous qu'il est utile de traiter l'hypertension artérielle chez les patients de plus de 80 ans ? Si oui, pour quels bénéfices ? Si non, pourquoi ?

Dr K : En tous cas, vous connaissez bien vos questions parce que vous les posez bien. Plus de 80 ans, vous m'avez dit ? Alors, si mes souvenirs sont bons, d'après les recommandations des hautes autorités de santé et machin, après 90 ans on se pose la question de savoir si cela vaut le coup de traiter ou non. Entre 65 et 80 ans, tout dépend du contexte. C'est-à-dire des facteurs de risque, homme ou femme. Bon 80 ans, je dois vous dire que de moins en moins on découvre de nouveaux cas à cet âge. C'est à dire qu'en fait, on renouvelle des traitements qui ont déjà été institués. Mais à 80 ans, quelqu'un à qui on trouve une hypertension artérielle à 17/9 ou 16,5/9 et qui a été vérifié au moins plusieurs fois, on va lui dire : « Monsieur ou

Madame, vous allez avoir un traitement à vie ». Donc cela se justifie.

E : Et d'après vous, quel serait l'intérêt du traitement ?

Dr K : Premièrement, d'augmenter ma clientèle et d'avoir des consultations de plus(rire)...

E : Je vais tout retranscrire après, vous savez(rire) !

Dr K : Mais, je sais...C'est pour ça que je (rires)...Je ne parlerais qu'en présence de mon avocat(rire). Non, sérieusement, cela permet de supprimer un certain nombre de facteurs de risque. A 80 ans...On se trouve actuellement en 2009 avec une clientèle qui est de plus en plus âgée. Quand j'ai commencé en 1972 mon premier remplacement, je n'avais personne qui dépensait 90 ou 91 ans. Aujourd'hui, on a des centaines. L'espérance de vie est de plus en plus longue. Donc, autant leur permettre de finir leur vie dans des bonnes conditions. Si on les laisse avec une hypertension artérielle –qu'elle soit systolique, diastolique ou les deux- on diminue leurs chances de bonne santé. Tout dépend s'ils ont par ailleurs un diabète, du cholestérol ou tout ce que vous voulez. Et puis, il y a surtout le problème de l'accident vasculaire cérébral. Parce que, enfin j'espère que ce n'est pas enregistré(rires)....S'ils meurent, bon ben ils sont morts et puis c'est tout.. S'ils restent des légumes vivants et qu'on va être obligé de les pousser sur des chaises pendant des années et des années...Ce n'est pas un problème de cout, c'est un problème moral aussi bien pour la collectivité que pour la famille. Parce que le papy qui -à 85 ans- décède d'un seul coup, bon ben, il est décédé il est décédé..Mais le papy qu'on voit pendant sept ans ou huit ans grabataire, c'est dur..

E : Et qu'est-ce que vous pensez du rapport bénéfice-risque du traitement antihypertenseur dans cette classe d'âge ?

Dr K : Bon, il faut le calculer, il faut l'évaluer(sourire). Parce que bon, on dit toujours

qu'on commence par une monothérapie, enfin on disait cela dans le temps. Plus le traitement est efficace, plus il y a des risques qu'il y ait des effets secondaires. Que ce soit les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, tout ce que vous voulez ou même les antihypertenseurs centraux...On augmente la dose, c'est vrai. Il peut y avoir un bénéfice mais aussi des effets secondaires qui sont importants. Donc, le tout est de le calculer ce rapport .

E : D'accord. Je voudrais préciser un petit peu votre prise en charge des patients âgés hypertendus. D'abord, comment réalisez-vous le diagnostic d'hypertension dans cette classe d'âge ?Quelle valeur seuil de tension utilisez-vous ?

Dr K : Entre 16 et 17 de systolique et 9 de diastolique.

E : D'accord. Donc, vous mettez un seuil plus élevé que chez les personnes plus jeunes chez qui on utilise le seuil de 14/9, finalement ?

Dr K : 14/9 à 80 ans, moi, je ne traite pas. 14/9 à 32 ans, cela représente un risque. Mais 14/9 à 80 ans, foutez lui la paix et puis c'est tout...

E : Bon. Je me doute que vous devez plutôt rarement faire des découvertes d'hypertension inaugurale à cet âge mais....

Dr K : De moins en moins. On renouvelle...Mais par rapport à 1972 ou je faisais des remplacements..Je me rappelle d'ailleurs que je travaillais dans un dispensaire dans le 19^e entre 1975 et 1977. Et j'avais deux consultations par semaine. Et pratiquement à chaque consultation, je voyais au moins deux sinon trois cas nouveaux de gens qui venaient pour autre chose et on découvrait une hypertension artérielle . Bon, on les faisait revenir au calme, pour l'histoire de l'effet blouse blanche etc..Tandis que maintenant, quelqu'un de 85 ans qui viendrait me voir et à qui je découvre une hypertension artérielle, c'est tout de même rare.

E : Justement par rapport à l'effet blouse blanche, les recommandations proposent de confirmer le diagnostic de l'hypertension par une MAPA ou par une automesure tensionnelle chez les personnes âgées, parce que l'effet blouse blanche est fréquent et qu'il faut s'assurer de l'hypertension avant de mettre un traitement. Que pensez-vous de cette recommandation par rapport à votre pratique quotidienne ?

Dr K : Moi, la MAPA, je la fais de temps en temps. Mais encore une fois, l'effet blouse blanche, chez des patients que je connais depuis 30 ans, il n'existe plus. Même la chemise blanche ne change rien (sourire). Mais cela peut exister et il y a des patients qui sont de vrais personnages... Moi, je prends la tension quand la personne arrive, ensuite on discute: «La famille? Les petits enfants etc..» Puis, je reprends une deuxième fois la tension. Et je reprends une troisième fois la tension allongée. La MAPA, c'est vrai que cela peut être intéressant mais ce n'est pas nous qui le faisons. C'est quand on a une idée derrière la tête et qu'on envoie le patient à un cardiologue qui va la faire. Cela peut être intéressant mais ce n'est pas ma manière systématique, surtout à cet âge-là.

E : D'accord, et une fois que le diagnostic est établi, qu'est-ce que vous réalisez comme bilan cardiovasculaire et préthérapeutique chez ces patients?

Dr K : Tout dépend de l'orientation. Moi, en tous cas, je fais tout de même un ionogramme. Il y a un bilan biologique qui est fait. Ne serait-ce qu'un prélèvement de ionogramme, de glycémie aussi parce que le diabète cela existe. Un prélèvement de cholestérol aussi parce que cela arrive d'en découvrir à cet âge-là. Et un bilan hormonal, non pas tellement. C'est surtout le ionogramme qui est intéressant une protéinurie, cela peut être intéressant mais je n'en fais pas très souvent. Le bilan, on le fait ou plutôt on le fait souvent et on

doit le faire. Le premier temps du traitement, c'est de réfléchir avant de mettre le traitement en route. Une fois que le traitement a été mis en route-sauf s'il fait un malaise d'hypotension, ce qui arrive aussi-le traitement va être à vie. Donc, autant savoir sur quelle base on part. Parce que si on lui prescrit je ne sais pas, n'importe quel médicament..Ou si on prescrit un diurétique et qu'il a un taux de potassium qui est très bas, on ne va pas prescrire le même diurétique.

E : Et une fois que vous avez fait le bilan, est-ce que vous proposez des règles hygiéno-diététiques aux personnes âgées ? Si oui, lesquelles ?

Dr K : Ouais, je les propose, mais ils ne les suivent pas... On parle bien de gens de plus de 80 ans? C'est à dire que quelqu'un de 50 ans ou 60 ans, on lui dit: « Monsieur, vous avez quelques kilos de trop ». Hé!! Ce n'est pas la peine de regarder mon ventre!! Ce n'est pas gentil ça.... (Rire)

E Mais, je ne le regardais pas. Et puis, je ne me permettrais pas! (Rire) Surtout pas moi...

Dr K : Ah, j'espère bien (Rires). Plus sérieusement, quelqu'un de jeune, il va faire du sport. A 80 ans, on ne va pas faire du sport. Mais, une petite promenade au moins deux fois par semaine, cela fait beaucoup de bien. Bon, euh... Peut-être aussi un peu de régime alimentaire. Euh, maintenant, c'est comme le suivi du traitement, ils le font ou ils ne le font pas.

E: Et par rapport au sel, vous faites des recommandations?

Dr K: Vous savez que le problème chez les personnes âgées-dans cette grosse période de chaleur -c'est qu'ils n'ont plus soif. Alors, leur proposer un régime sans sel... Moi, j'ai connu l'époque où il fallait commencer par un régime sans sel strict. Ensuite on a dit: «Bon, le sel, très bien... On peut en donner un tout petit peu». Ensuite, on a dit: «On en a rien à foutre du sel.» Donc, c'est une question de mode. Et en plus

de cela, chez les personnes âgées, il faut bien se rendre compte...Se dire que, euh.....Le régime, elles le font ou elles ne le font pas..Si c'est la personne de 80 ans qui habite une maison dans les très beaux quartiers d'Asnières et la personne qui habite dans un F2 au milieu d'Asnières, on ne va pas proposer le même régime. Si vous dites à la personne d'arrêter de manger du caviar, elle va se marrer.

E : Et par rapport au traitement pharmacologique, qu'est-ce que vous prescrivez en première intention à un patient de plus de 80 ans ? En supposant que c'est un patient sans autres facteurs de risque et sans insuffisance rénale.

Dr K : On commence par une monothérapie. Moi, je ne suis pas très diurétiques. Je préfère un antihypertenseur d'origine centrale ou alors un inhibiteur de l'enzyme de conversion.

E: D'accord, ce sont vos habitudes de prescription.

Dr K: Enfin, après une cinquantaine d'années, chacun fait un peu...Enfin, il n'y a pas de critères bien définis. Je ne suis pas en train de dire que c'est à la tête du client. Mais quelque fois, on prescrit tel ou tel médicament. Et à quatre heures de l'après midi ou à cinq heures ou deux heures après, à la même personne à peu près, on va prescrire autre chose. Non pas parce que le délégué médical est passé par là entre temps. Mais parce qu'on a pas envie de prescrire la même chose.

E: Et vous fixez quel objectif tensionnel sous traitement chez les plus de 80 ans?

Dr K: Moi, 16/8, cela me paraît bien. 16/8, avec une fréquence cardiaque normale, une fonction rénale normale, je ne demanderais vraiment pas plus.

E: Dans les recommandations, ils proposent 150 de systolique en l'absence d'hypotension orthostatique.

Dr K: Moi, je suis un peu plus magnanime. Et je leur permets un peu plus...

E: Et sur quel délai vous évaluez l'efficacité du traitement, avant de dire qu'il est par exemple insuffisant et qu'il faut l'augmenter?

Dr K: Minimum trois mois. C'est-à-dire que.. Quelqu'un qui vient et qui a une hypertension, euh.. On a la possibilité de le faire revenir avant et on risque de l'affoler. Soit on peut lui dire de faire vérifier sa tension chez le pharmacien ou de la vérifier chez lui. Mais, en général, quand ils la vérifient chez eux, ils ne savent pas la vérifier. Ensuite, ils arrivent avec un appareil dont moi je ne connais pas exactement le fonctionnement. Tout le monde s'affole.. Et on trouve une tension plus élevée. Je pense que trois mois.. Enfin, il n'y a pas de risque à laisser quelqu'un, sauf s'il a 24/12 de tension....C'est la même chose que le diabète. Quelqu'un qui a un peu de diabète, on peut le laisser évoluer pendant plusieurs mois sans qu'il y ait de risques. S'il y a quelqu'un qui est en hypoglycémie, s'il vous fait un coma hypoglycémique, en cinq minutes c'est terminé. Vous ne le savez pas. Il vaut mieux ne pas l'assommer. Donc, moi je dis trois mois. Je ne sais pas ce que disent les savants..

E: Bon euh...Les recommandations proposent un délai d'un mois pour le premier contrôle afin d'évaluer l'efficacité du traitement. Au bout d'un mois, ils proposent de modifier le traitement si le contrôle n'est pas atteint, en l'augmentant ou en faisant une bithérapie. Et quand les patients sont stabilisés, c'est effectivement plutôt trois mois.

Dr K: Il me semble bien avoir lu cela quelque part. Mais, je pense qu'un mois c'est trop juste.

E :Et pour un patient de plus de 80 ans dont vous n'arrivez pas à contrôler l'hypertension, est-ce que vous vous fixez un nombre maximum de classes d'antihypertenseurs à prescrire et au delà duquel vous n'allez pas?

Dr K : Euh, je demande l'avis d'un cardiologue. C'est vrai que je n'en ai pas beaucoup et je ne peux pas vous les sortir sur ordinateur. Le logiciel n'est pas fait pour cela. Mais j'ai plusieurs personnes âgées qui ont quatre médicaments. Je me demande

toujours comment est-ce qu'ils font pour les supporter. Mais ce n'est pas moi qui.. Enfin, c'est moi qui ai instauré le traitement au départ puis - à un certain moment- j'ai passé la main. Trois ou quatre médicaments, c'est vrai que ce n'est pas moi qui l'ai fait parce que euh.. J'ai la hantise des combinaisons de médicaments. Un médicament, on sait comment il agit. Deux médicaments, ça va encore. A partir du troisième médicament... Prenons un homme qui a un problème de prostate et à qui on prescrit un alpha-bloquant. Il se trouve que l'urologue lui a prescrit la même chose. Il va nous faire un malaise sur hypotension orthostatique et puis... Si vous ne pensez pas à ça mais qu'il pris d'autres médicaments par lui-même, vous passez à coté.

E : D'accord. Et quelle surveillance réalisez-vous pour évaluer l'efficacité du traitement et la tolérance du traitement ?

Dr K : Je renouvelle de temps en temps le bilan biologique...

E : Bien. Et dans votre patientèle habituelle, c'est -à dire chez vos patients de plus de 80 ans hypertendus traités- à combien estimez vous le pourcentage de patients bien contrôlés, avec une tension artérielle satisfaisante.

Dr K : Sincèrement?

E: Oui. Vous ne savez pas?

Dr K : Je ne sais pas, c'est vrai. Mais si comme ça je devais donner un chiffre, il serait très bas.

E: D'accord. Parce que vous pensez que..

Dr K: Parce qu'il y a tellement de facteurs qui rentrent en jeu. En fait, quand on dit "je soigne 25 personnes pour l'hypertension artérielle. Et sur les 25 personnes, il y en a 22 qui sont équilibrés", je pense qu'on se fout le doigt dans l'œil jusqu'au coude. Parce que la surveillance du régime alimentaire n'est pas toujours excellente..Euh....

E Justement, les études françaises montrent que-à tout âge-le contrôle tensionnel est plutôt mauvais

et qu'il s'aggrave même avec l'âge des patients. Chez les plus de 80 ans traités, moins de 30% d'entre eux sont contrôlés et présentent des chiffres tensionnels satisfaisants sous traitement.

Dr K: J'aurais dit en dessous de 50% de toute façon.

E: Donc, cela ne vous étonne pas?

Dr K: On se donne bonne conscience parce qu'ils viennent, parce qu'ils sont bien, parce qu'ils sont en pleine forme. Mais on se joue quelque part un jeu de rôles. Moi, je suis un bon médecin, lui il est un bon patient. Moi, je lui ai prescrit le bon médicament. Et tout le monde est content. Enfin bon....

E : Et bien, des études ont démontré que -chez les patients âgés- le mauvais contrôle tensionnel était lié à des facteurs impliquant à la fois les patients, le traitement lui même et les médecins prescripteurs d'une certaine manière. Nous allons donc tenter d'identifier ces différents facteurs un à un, en commençant par les patients. D'après vous, chez les sujets âgés, quelles comorbidités et pathologies peuvent empêcher une prise correcte du traitement ?

Dr K : La mémoire. L'entourage. Quand il y a quelqu'un qui passe matin et soir pour leur donner les médicaments, ils le suivent très bien. Quand ils sont laissés tout seuls à leur truc, euh.. On ouvre l'armoire et on trouve 25 boîtes et on se dit que ce n'est pas possible. Euh, la tolérance au médicament, il y en a quelque fois qui n'osent pas le dire. Ils le supportent mal, bouche sèche ou autre comme des problèmes ophtalmo. Et puis il ne le suivent pas. Et là, on est quelque fois un tout petit peu étonnés parce qu'ils n'ont pas une bonne tension.(Rire)

E : Et pour des patients qui ont des troubles cognitifs ou qui sont isolés, est ce que vous proposez des mesures correctives comme l'assistance de la famille, des aides ou infirmières à domicile, des piluliers?

Dr K: Oui, ah ça c'est possible! Pour cela, à l'endroit où j'exerce il n'y a pas de problème. Il y a plusieurs centres qui s'en occupent. Il y a les personnes qui viennent et qui leur donnent les médicaments, qui leur donnent les petits boîtiers etc... Et cela se passe bien. Enfin, quand elles ne les oublient pas...

E: Et le deuxième intervenant est le traitement lui-même. D'abord, il y a les effets indésirables dont vous parlez tout à l'heure et qui peuvent faire que le patient ne prend pas son traitement. Ensuite, est-ce que vous pensez que l'observance dépend du schéma thérapeutique choisi? Si oui, quels sont – d'après vous – les schémas thérapeutiques à risque de mauvaise observance?

Dr K: Je pense qu'il faut toujours essayer d'adapter le traitement en fonction de la personne. Le meilleur traitement, c'est celui qui est le plus simple à suivre. Donc, il ne faut jamais être buté en tant que médecin en disant: «Non Madame. Vous continuez le même traitement puisqu'il doit réussir». Il y a quand même une autre chose qu'il ne faut pas oublier. C'est que très souvent, les génériques n'ont pas la même forme que le médicament initial. Et cela chez les personnes âgées, cela les perturbe énormément. Et le NS-non substituable-cela existe parce que la personne dit: "Non, docteur. Cela ne me réussit pas». En fait, ce n'est pas que cela ne lui réussit pas, mais cela change ses habitudes. Quand le comprimé jaune devient vert, les patients voient rouge..(Sourire).

E: Et quand vous instituez un traitement dans cette classe d'âge, est-ce que vous faites attention justement à sélectionner le traitement avec le moins d'effets indésirables, le moins de prises quotidiennes et avec une galénique adaptée aux capacités du patient?

Dr K: Non, je leur donne le pire traitement qui existe!!(Rire). Non, bien sûr, nous essayons tous en théorie. Mais est-ce qu'on le fait en pratique? Et

est-ce qu'on est bon à ce moment-là? C'est tout le problème de la médecine que de choisir le bon traitement

E: D'accord. Et pour un patient dont la tension artérielle reste incontrôlée malgré le traitement, est-ce que vous pensez systématiquement à évaluer avec eux leur observance du traitement, avant de considérer que le traitement est insuffisant et de le modifier éventuellement?

Dr K: De temps en temps...La remise en cause du médecin est quelque chose d'aléatoire et est toujours très difficile. Parce que, il y a la distance qui sépare: «Vous vous êtes le malade, moi je suis le médecin. Vous, vous dépendez de moi et c'est moi qui mène la danse. Donc, si le traitement ne marche pas, ce n'est pas de ma faute.»C'est toujours la faute de l'autre.

E: Mais par exemple, pour les patients que vous suivez quotidiennement, est-ce que vous avez l'impression de bien connaître leur observance et de bien savoir qui est observant et qui ne l'est pas? Ou en tous cas moins.

Dr K: Les personnes âgées que je suis quotidiennement, je ne les vois pas souvent. Il y a trente ans, je voyais quasiment les mêmes personnes tous les jours. Maintenant, ceux de 85 ans, je ne les vois plus que tous les six mois. Je m'en sors en bottant en touche mais...(Rire)

E: Donc vous ne savez pas? C'est aussi une réponse.

Dr K: Oui, en fait, je ne sais pas.

E: Et bien, le dernier intervenant est le médecin prescripteur. Je vous propose donc un cas clinique. Vous diagnostiquez une hypertension artérielle avec des chiffres à 170/90 chez un patient de 91 ans- sans autre facteur de risque ni antécédent- et débutez un traitement antihypertenseur après confirmation du diagnostic. Quatre semaines après le début du traitement, ses chiffres tensionnels sont aux alentours de 160/80. Vous décidez de ne pas

modifier le traitement et de reconvoquer le patient. Un mois plus tard, ses chiffres sont à 160/80.

Ces chiffres vous paraissent-ils satisfaisants ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ? Modifiez-vous d'emblée le traitement ou attendez vous de confirmer les chiffres tensionnels lors d'une troisième consultation ?

Dr K : S'il a 91 ans, qu'il ne prend rien par ailleurs, que je lui ai donné un médicament en monothérapie et que cela a baissé un tout petit peu... Je ne change rien et je le reconvoque un mois après. Parce que, si cela baisse trop vite, je me méfie de l'hypotension orthostatique. Mais si cela reste la même chose, je lui fous la paix.

E : D'accord. Donc, par crainte d'avoir des effets indésirables en majorant le traitement ?

Dr K : Voilà. A 91 ans, il n'a rien eu auparavant et n'a pas d'autres facteurs de risque. Donc, la probabilité qu'il fasse un accident vasculaire cérébral ou qu'il fasse n'importe quoi par ailleurs est encore plus faible que de se faire écraser en traversant la rue. Alors foutez lui la paix..

E : Et est-ce que cela aurait changé quelque chose à votre décision si je vous avais dit que votre patient était diabétique, obèse, avec une dyslipidémie et qu'il avait déjà fait un infarctus du myocarde ?

Dr K : Oui, oui et oui. A ce moment là, il y a des facteurs de risque à côté et ces facteurs de risque peuvent jouer sur l'hypertension. Donc, son hypertension qui pour moi-à priori- était bénigne en passant de 17 à 16 du genre « très bien, c'est parfait, j'ai fait mon devoir. ». Mais compte tenu des facteurs de risque, là je

E : Donc, le nombre cumulé de facteurs de risque cardiovasculaires intervient sur la manière dont vous gérez l'hypertension de ces patients ?

Dr K : Oui, tout à fait.

E : D'accord. En fait, d'après les études, les médecins semblent aussi jouer un rôle dans le problème du contrôle tensionnel. Certains médecins

tardent à modifier le traitement même en cas de mauvais contrôle tensionnel, notamment par crainte de majorer les effets indésirables. On a tendance à reconvoquer les patients en se disant qu'on verra la prochaine fois et que ce n'est peut-être qu'une tension artérielle un peu fortuite. Donc, des patients sont vus, 5, 6 fois à différentes consultations avec des tensions artérielles élevées avant que le traitement soit modifié. C'est ce que les études nomment « l'inertie thérapeutique ». Qu'en pensez-vous ?

Dr K : (Silence) Il faut savoir si la tension artérielle a été contrôlée de manière correcte. Est ce que le patient était assis ou debout ou allongé. S'il est allongé, est ce que le bras était à peu près au même niveau que le cœur ? Est ce qu'on ne l'a pas affolé par ailleurs ? (Soupir et silence). C'est mon opinion et je la partage. Je ne suis pas obligé de dire le contraire de ce que je pense vraiment.

E : Bon, vous pensez que c'est un phénomène qui existe, l'inertie thérapeutique ?

Dr K : Bien sur. (Silence prolongé)

E : D'accord, et en conclusion, est ce que vous avez des remarques sur le sujet choisi ou sur la méthode employée ?

Dr K : Laissez moi réfléchir (sourire). C'est intéressant parce ce que c'est vrai que c'est une pathologie importante, qui amène un nombre important de consultations. Peut-être qu'on ne les suit pas assez bien, mais peut être aussi qu'on les suit trop bien... Et cela fait marcher la machine (sourire). Bon, si cela fait marcher la machine autant, c'est parce que... Quand vous voyez le nombre de médicaments antihypertenseurs qui existent et apparaissent sur le marché... C'est assez rentable, pour les industries pharmaceutiques notamment. C'est aussi un sujet qui pose le problème du rôle de la famille, de l'environnement, des maisons de retraite.. S'il y a des maisons de retraite qui ouvrent partout, c'est aussi que cela

marche, quelque soit le prix. C'est un bon sujet que vous avez pris. Et vous avez bien fait de choisir quelqu'un de jeune comme moi!!(Rire).

ENTRETIEN L

E : Cette thèse porte sur la prise en charge de l'hypertension artérielle chez les personnes très âgées, c'est-à-dire de plus de 80 ans.

Dr L : Et bien, vous avez pris justement la tranche d'âge ou.... Qu'on s'entende bien : je veux dire que très souvent- moi -je ne fais pas du tout la même médecine que les autres pour ces patients. Chacun a sa façon de faireCela fait un peu plus de 25 ans que j'exerce donc je me base plus, entre guillemets, sur mon expérience. J'ai été responsable d'une institution médicalisée pour personnes âgées pendant plus de 6 ans. Donc, entre le coté classique que vous vous apprenez qu'il faut bien entendu connaître et ma façon de faire, il y aura peut-être une différence. Bon, la mienne n'est peut-être pas plus mal. Mais au-delà de 80 ans, j'allais vous dire qu'on est plus limité pour savoir s'il faut traiter l'hypertension ou pas.

E : C'est justement ce dont nous allons discuter. Mais commençons par une courte présentation de votre activité. Depuis combien de temps exercez-vous en médecine générale, remplacement compris ?

Dr L : Depuis vingt-huit années.

E : D'accord. Et quel est votre âge, sans indiscrétion ?

Dr L : J'ai cinquante-deux ans.

E : Et vous travaillez uniquement en cabinet ou vous avez d'autres d'exercice comme un centre de santé, un dispensaire, l'hôpital ou autre ?

Dr L : Maintenant, je ne travaille plus qu'en cabinet. Mais avant, j'ai travaillé dans des dispensaires dans le 19 e , après j'ai été responsable d'institution, dans des maisons de retraite à Montrouge et sur Clamart. Et puis, sinon, j'ai une

activité de chirurgien podologue et d'hypnothérapeute mais j'ai laissé tout ce qui est le coté manuel car cela me prenait la tête. Je suis revenuJe tiens à rester médecin généraliste mais avec quand même de l'hypnose de temps en temps.

E : Et dans votre pratique quotidienne, est ce que vous avez une spécialité de prédilection comme la gériatrie, la pédiatrie, la gynécologie, la rhumatologie ou autre ?

Dr L Oui, on fait pas mal de pédiatrie parce que mon collègue travaille en PMI. Et, moi je fais beaucoup de gériatrie. Mais là, c'est plus une façon de compenser le fait que je n'ai pas eu de parents, donc je suis pas mal de personnes âgées. Après, le reste rhumato, gastro, le coté classique de la médecine générale.

E : Justement. Le premier thème concerne votre opinion sur le traitement de l'hypertension artérielle chez les patients très âgés. Pensez-vous qu'il est utile de traiter l'hypertension artérielle chez les patients de plus de 80 ans ? Si oui, pour quels bénéfices ? Si non, pourquoi ?

Dr L : C'est très simple, une personne qui a une polyopathie et qui a de l'hypertension, je me pose la question de savoir qu'est ce que je vais lui apporter sur le domaine polyopathie. Une personne de plus de 80 ans, sans soucis, qui est encore assez « présente » et chez laquelle je découvre une hypertension « avérée »....Même si je sais que l'AIT- ou plutôt l'AVC -et l'insuffisance cardiaque dépendent surtout du temps d'évolution, je me demande effectivement « Pourquoi ne pas la traiter ? ». Et la personne chez laquelle il y a une souffrance-dans le cadre de l'urgence-neuf fois sur dix, elle va à l'hôpital. Quand elle revient me voir avec le traitement, je maintiens le traitement parce qu'elle est indemne, parce que si j'arrête le traitement et qu'il y a un pépin, j'engage ma responsabilité déontologique..La personne qui vient pour un trouble hypertensif vérifié et qui est très

autonome, ça vaut la peine de la traiter si la tension artérielle est vraiment très élevée. Sinon, je ne sais pas si on lui apporte vraiment un bénéfice et je ne suis pas très chaud....

E : En parlant du bénéfice, que pensez-vous du rapport bénéfice-risque du traitement antihypertenseur dans cette classe d'âge ?

Dr L : Si le risque est pris uniquement en voulant obtenir des chiffres « administratifs », je ne prendrais pas ce risque là. Si le risque a pour objectif d'améliorer vraiment le patient, je pense qu'il faut le traiter. Mais je ne me baserais pas sur les 16/9,5 de l'époque. Je ne sais pas à combien il faut que je l'abaisse. Mais en même temps, j'aurais plus de soucis à ce qu'il me fasse un malaise d'hypotension que sur hypertension.

E : D'accord. Je voudrais préciser un petit peu votre prise en charge des patients âgés hypertendus. D'abord, comment réalisez-vous le diagnostic d'hypertension dans cette classe d'âge ? Quelle valeur seuil de tension utilisez-vous ?

Dr L : Chez les jeunes, c'est 140/90 de manière moderne et je veux bien. Mais pour la personne âgée, je suis resté très « vieille école » donc c'est plutôt 160/95, sachant pertinemment qu'au poignet on ne prend pas la vraie tension, que d'un bras à l'autre cela peut changer du fait de la rigidité des artères.....Mais moi, je suis restéEt pour 160/95, honnêtement, j'accorde plus de poids à la systolique chez les sujets âgés, contrairement à la diastolique chez la personne jeune. Une personne qui arrive avec 160 à plusieurs reprises, elle repart à 160 et sans médicaments de ma part. 160 à 180, si c'est très bien supporté, je ne vais pas l'enquiquiner. Au-delà, si ce sont des symptômes potentiellement liés à l'hypertension qui l'ont amené là, je fais un bilan cardio, sanguin et urinaire et je ne lésine pas. Dans ce cas, pour moi, qu'elle ait 80 ans ou pas, j'efface l'âge. Elle est hypertendue et s'en plaint donc il n'y a pas de raison de ne rien faire.

E : Les recommandations proposent –chez les personnes âgées– de confirmer l'hypertension par une MAPA ou par une automesure tensionnelle, parce que l'effet blouse blanche est fréquent et qu'il faut s'assurer de l'hypertension avant de mettre un traitement. Que pensez –vous de cette recommandation par rapport à votre pratique quotidienne ?

Dr L : Justement. Il y a déjà l'effet blouse blanche et on l'enlève. Vous dites à une personne « vous savez, Madame, je ne suis pas très tranquille donc on va vous dresser à une cardio. » Prenez-lui la tension dans les secondes qui suivent cette phrase et elle est à 22. On l'envoie chez le cardio ..Ici, elle arrive à 18 alors qu'elle me connaît et que je suis son médecin généraliste. Chez le cardiologue, de toute façon elle sera à 22. Ils lui font généralement une automesure des trois. C'est impressionnant comment, en étant rassuré, la tension continue de monter. Pour boucler le tout, si on leur dit « écoutez , on va prendre votre tension sur 24 heures »... Si vous trouvez un chiffre qui redescend dans les normes avec une MAPA de 24 heures, je vous laisse mon cabinet....On retrouve toujours des chiffres élevés. Expliquez-moi à quel moment j'ai posé la question de savoir si elle est hypertendue ou pas. Pour moi, si la tension est bien supportée, si le patient garde son activité habituelle, je m'en balance des chiffres de la MAPA. Dans des limites déontologiques de tensions artérielles raisonnables, bien sur.

E : Donc, en pratique vous ne vous servez pas de ces techniques et vous ne vous y fiez pas ?

Dr L : Je ne sais pas si c'est une bonne chose. Quand j'adresse le patient au cardiologue-que je connais bien-pour le bilan standard et qu'il me demande si je veux une MAPA ou non. Moi, dans ma tête, la réponse est déjà non. Mais quand les spécialistes se posent la question et qu'il me dit qu'on a pas le choix et qu'il faut y aller, bien sur

que je suis son conseil...Mais en fait, s'il se pose la question, c'est qu'on a vraiment pas besoin de la MAPA et de toute façon elle sera perturbée.

E : D'accord, et chez les patients que vous décidez de traiter, qu'est ce que vous réalisez comme bilan cardiovasculaire et préthérapeutique ?

Dr L : Et bien, un bilan cardio. Je demande quand même le fond d'œil systématique parce qu'on ne sait pas ce que cela fait sur ...Donc on le demande pour être tranquille. Et puis après, le bilan sanguin et urinaire quand même. Et aussi l'ECG avec au moins un tracé. Mais on ne va pas chercher des choses compliquées comme un Cohn ou un phéochromocytome...Je ne sais même plus si cela existe. Mais on fait quand même quelques vérifications pour pouvoir dormir tranquille le soir.

E : Et une fois que vous avez fait le bilan, est-ce que vous proposez des règles hygiéno-diététiques aux personnes âgées ?

Dr L : Le coté sans sel ? Non. Quand ils sont en surpoids , je leur dis de regarder un petit peu moins la télé, de faire un peu attention. Mais l'histoire du sans sel, non non. Il est rare qu'à ces âges-là, ils aient la salière. Ils mangent un tout petit peu salé parce que c'est des plats tout prêts. Mais je crois qu'insister, ça pourrait donner une hypovolémie, puis une hypotension artérielle. Et l'hypotension artérielle, c'est le col et cela ne m'intéresse pas de les revoir au bout de cinq semaines avec des prothèses et huit semaines après avec des escarres. C'est un petit peu cru mais bon...

E : Non non, cela se tient. Et par rapport au traitement pharmacologique, qu'est-ce que vous prescrivez en première intention à un patient de plus de 80 ans ? En supposant que c'est un patient sans autres facteurs de risque et sans insuffisance rénale.

Dr L : J'étais très classique mis à part les B-bloquants. Et par classique, je prescrivais des

diurétiques. Maintenant, je reviens plus aux inhibiteurs calciques.

E : Pourquoi ? Pour quelle raison ce changement ?

Dr L : Et bien, j'ai l'impression que les inhibiteurs calciques sont mieux supportés et qu'avec je n'ai pas à faire lever trois fois une personne au cours de la nuit pour faire pipi, avec le risque de malaise. Pour les B-bloquants, j'ai cru comprendre qu'il y avait de nouveaux B-bloquants qui ne ralentiraient pas la fréquence cardiaque. Mais on m'a tellement mis de choses dans la tête que j'hésite à les prescrire. Pour moi, une personne âgée est un insuffisant cardiaque potentiel. Et un insuffisant cardiaque, quand on vous dit pendant 15 ans «pas de B- bloquants » et qu'après on vous dit oui, il faut nous laisser un peu de temps. Et après, parfois des inhibiteurs de l'enzyme de conversion parce qu'ils ont une action sur le rein et qu'ils sont tous rénovasculaires. Donc, plutôt inhibiteurs calciques, ou diurétiques ou IEC. Après les SARTANS et tout ça, je ne suis plus dans le coup...Le temps que j'en parle, il y a quinze molécules qui sortent. Enfin si, je sais, mais je ne sais pas bien les manipuler donc ce n'est pas la peine de jouer au...Non, je ne prends pas ce risque.

E: Et une fois que le traitement est institué, qu'est ce que vous fixez comme objectif tensionnel chez les plus de 80 ans?

Dr L : Les chiffres qui me permettaient de dire autrefois qu'il y avait une hypertension, 16/9,5. e 9,5 , si je peux le baisser un petit peu, ce n'est pas plus mal. Mais en tous les cas, la systolique, non! Ils ont besoin de leur 16, ils en ont besoin parce qu'ils vivent avecSi on fait trop baisser la systolique, il y a une hypo perfusion cérébrale etAllez, disons 16/9 ...

E: Sourire) D'accord, très bien. Et sur quel délai vous évaluez l'efficacité du traitement, avant de dire qu'il est par exemple insuffisant et qu'il faut l'augmenter?

Dr L : Bon j'ai envie de vous dire..On les revoie un mois après, puis normalement à trois mois .Avant de passer à une bithérapie, vous voulez dire ?

E : Oui, ou avant d'augmenter le traitement.

Dr L : Franchement, je m'arrange pour que mon appareil à tension se limite à 16/9(Silence). Je n'ai jamais été dans une escalade parce que je me ...Il n'y a pas besoin d'escalade. (Puis chuchotements) Enfin, cela s'arrête là. Bon, écoutez, il faut savoir ce que l'on veut....Voilà, d'un autre coté, il faut savoir ce que l'on veut. Je ne parle pas de l'hypertension maligne mais de 16 chez une personne âgée. Non, il y a plus de risques avec autre chose que l'hypertension. Si, il y a les AVC, l'insuffisance cardiaque et l'arythmie mais .. Mais ils ont 80 balais donc au-delà, laissons les tranquilles.....

E : Bon. Et pour évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement, quelle surveillance mettez vous en place ?

Dr L : Qu'ils ne perdent pas de poids, qu'ils mangent et qu'ils arrivent encore à m'appeler. C'est pour dire que-à cet âge là, je ne vais m'évertuer..Je ne vais pas me dire « tiens, le potassium a baissé ou la créat a augmenté ».

E : Mais vous recontrôlez le bilan biologique ou pas sous traitement ?

Dr L : Oui, oui, cela quand même. Selon le traitement. Et puis au départ, il y a quand même un bilan même s'ils ont 80 ans ou au-delà. Je leur fais quand même le bilan de l'HTA, sans aller trop loin sur le système endocrino. Sinon, à ce moment-là, on est sûrement pas médecins.

E : Vous venez de dire que vous aviez tendance à éviter d'augmenter le traitement parce qu'il y en a pas forcément besoin. Mais imaginons un patient âgé de plus de 80 ans dont vous n'arrivez vraiment pas à contrôler l'hypertension, est-ce que vous vous fixez un nombre maximum de classes

d'antihypertenseurs à prescrire et au-delà duquel vous n'allez pas?

Dr L : Moi, ce qui m'intéresse, c'est si le patient se plaint et reste symptomatique malgré le traitement. S'il me dit : « Docteur, je ne me sens pas bien » et que je constate un changement négatif lié à l'hypertension, je vais augmenter le traitement ou passer à une bithérapie. Ou cela passe avec la modification du traitement ou cela ne passe pas et c'est qu'il y a autre chose. Mais après, moi je ne vais jamais au-delà d'une bithérapie . Honnêtement, je vous le dis, je n'ai peut-être pas assez de recul ou pas assez d'expérience ou je me le suis caché pour ne pas avoir ce type de problèmes en face . Mais là, par contre, je n'en ai pas l'expérience. Je vous dis, j'ai peut-être fermé les yeux ou fait semblant de ne pas comprendre. Mais je n'ai pas eu ce genre de....

E : D'accord. Ensuite, je voudrais voir quelle est votre estimation du contrôle tensionnel.

Dans votre patientèle habituelle, c'est -à dire chez vos patients de plus de 80 ans hypertendus traités- à combien estimez vous le pourcentage de patients bien contrôlés, avec une tension artérielle satisfaisante.

Dr L : Les miens le sont tous(sourire). Non, je vais vous dire, les miens le sont tous parce que-honnêtement-(Chuchotement)on essaie de ne pas voir..

E : De ne pas quoi ?

De L : (Avec un ton plus fort) De ne pas voir...C'est-à-dire que quand ce sont des hypertensions réfractaires et que je les ai au téléphone, je leur dis d'aller voir le cardio. Après bon, malheureusement, on apprend d'autres choses...Mais je vais vous dire, allez !Au delà des 80 %. Ca me paraît bien trop mais bon..

E: Et bien, les études françaises montrent que-à tout âge-le contrôle tensionnel est plutôt mauvais et qu'il se dégrade même avec l'âge des patients.

Chez les plus de 80 ans traités, moins de 30% d'entre eux sont contrôlés et présentent des chiffres tensionnels satisfaisants sous traitement.

Dr L: Non mais, j'ai dit 80 % en rigolant et pas pour me jeter des fleurs. 30% ?

E : Oui, moins de 30% qui sont bien contrôlés.

De L : Et bien qu'ils changent 70% des médecins...(Rires)

E :(Rires)Cela pourrait être une solution.

Dr L: Non, mais s'ils donnent ce chiffre, c'est qu'ils ont certainement raison. Moi, franchement, dans mon côté activité libérale, je ne ressens pas ça. Après, il y a des chiffres, il y a des études, il y a le milieu hospitalier, il y a aussi des limites avec ma façon de faire.... Mais c'est vrai que 30%, c'est catastrophique.

E : Et fait, des études ont démontré que –chez les patients âgés- le mauvais contrôle tensionnel était lié à des facteurs impliquant à la fois les patients, le traitement lui même et les médecins prescripteurs d'une certaine manière. Nous allons donc tenter d'identifier ces différents facteurs un à un, en commençant par les patients. D'après vous, chez les sujets âgés, quelles comorbidités et pathologies peuvent empêcher une prise correcte du traitement ?

Dr L : Il y a l'insuffisance cardio-rénale parce qu'ils le sont tous, le diabète et malheureusement chez la femme aussi maintenant le côté insuffisance respiratoire post-tabac. Il y a aussi les artériopathies et les insuffisance veineuses qui peuvent retentir sur la précharge.

E : D'accord..Et est ce que vous pensez que d'autres pathologies comme les démences peuvent jouer un rôle ?

Dr L : Ce n'est pas qu'elles « peuvent » jouer un rôle : elles jouent vraiment un rôle. Quand on a un patient qui n'a personne pour l'aider à prendre le traitement, on est automatiquement dans les mélanges des traitements et pour les comprimés à

prendre il n'y a pratiquement pas d'observance. D'où l'intérêt des institutions ou –en tous cas-des personnes qui aident à la prise du traitement comme les auxiliaires de vie.

E : Et justement, pour ce type de patient, est ce vous proposez un système d'aide ou d'infirmière à domicile ou des piluliers ?

Dr L :On le propose systématiquement dans ce cas. Mais avant, on essaie de voir avec la famille pour s'organiser.

E : Et pour un patient dont vous n'arrivez pas à contrôler l'hypertension- même si je sais que ce n'est pas forcément votre priorité-est ce que vous pensez à évaluer l'observance du traitement avant de conclure que le problème vient du traitement et qu'il doit être modifié ?

Dr L: Oui. D'ailleurs l'observance je l'évalue de façon indirecte grâce aux auxiliaires de vie. Je sais du coup si le traitement est pris régulièrement ou pas. Et puis, les auxiliaires de vie aident directement les patients à prendre leur traitement. Quand une auxiliaire de vie est en place, s'il y a des problèmes d'observance du traitement, souvent ce n'est pas lié à un manque de disponibilité de l'auxiliaire de vie mais plutôt à des pressions exercées par l'environnement familial à cause duquel le patient prend parfois mal ses traitements.

E: Et le deuxième intervenant est le traitement lui-même. D'abord, est ce que vous pensez que chez vos patients âgés les effets indésirables du traitement peuvent entraîner une mauvaise observance ?

Dr L : Quand les patient sont autonomes, oui, le traitement peut être mal pris à cause d'effets indésirables. Mais cela dépend vraiment de l'autonomie du patient. Il y a des patients qui –dès qu'ils rentrent dans le cabinet, je sais qu'ils vont m'emmerder jusqu'au bout et que le traitement n'ira pas .Par contre, les petits papy dépendants, sympa comme tout, qui bavent partout à tel point

qu'on sait ce qu'ils ont mangé huit jours avant, il n'y aura aucun problème parce que ces aides leur feront prendre le traitement et qu'ils ne se rebelleront pas.

E : Et est-ce que vous pensez que l'observance dépend du schéma thérapeutique choisi ? Si oui, quels sont –d'après vous– les schémas thérapeutiques à risque de mauvaise observance ?

Dr L : Oui, je crois qu'il faut rester en monothérapie. Il faut rester en monothérapie et au petit déjeuner parce que pour la personne âgée, le petit-déjeuner on ne peut pas y surseoir. Cela passe plutôt bien le petit comprimé le matin au petit-déjeuner. Le midi, cela bat un petit peu de l'aile et le soir n'en parlons même pas.

E : Et quand vous instituez un traitement dans cette classe d'âge, est ce que vous faites attention justement à sélectionner le traitement avec le moins d'effets indésirables, le moins de prises quotidiennes et avec une galénique adaptée aux capacités du patient ?

Dr L : J'essaie de le faire dans la mesure du possible mais ce n'est pas évident. J'essaie de garder les molécules que je connais bien et qui sont fiables. Maintenant il y en a tellement des molécules ...Il y en a peut-être qui sont bien mieux mais qu'honnêtement je ne connais pas.

E : D'accord. Alors le dernier intervenant est le médecin prescripteur. Je vous propose donc un cas clinique. Vous diagnostiquez une hypertension artérielle avec des chiffres à 170/90 chez un patient de 91 ans- sans autre facteur de risque ni antécédent- et débutez un traitement antihypertenseur après confirmation du diagnostic. Quatre semaines après le début du traitement, ses chiffres tensionnels sont aux alentours de 160/80. Vous décidez de ne pas modifier le traitement et de reconvoquer le patient. Un mois plus tard, ses chiffres sont à 160/80.

Ces chiffres vous paraissent-ils satisfaisants ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ? Modifiez-vous d'emblée le traitement ou attendez-vous de confirmer les chiffres tensionnels lors d'une troisième consultation ?

Dr L : La, vous me posez le cas que je n'aime pas, mais je vais essayer de répondre. Il vient avec des chiffres, c'est une chose. En contrepartie, il y a un âge qui est là, il y a un bien-être qui est là et il nous reste maintenant le retentissement. Cette personne, elle est autonome, elle va bien, elle prend son médicament comme il faut. Si elle me dit « Ecoutez docteur, moi je ne ressens pas de différence ». Moi, je m'inquiète toujours du côté AVC. Là, je suis en train de me demander entre..Il va très bien, il y a ces chiffres qui sont là, avec ce risque d'AVC...Si j'augmente le traitement ou que je passe à une bithérapie...Est ce que le risque iatrogène n'est pas plus important que celui de laisser le patient tel quel avec ces chiffres tensionnels-là ? Et là je me trouve à me demander « qu'est ce que je fais ? ». Honnêtement, neuf fois sur dix, je me dis « restons comme cela et recontrolons tranquillement ». Et dans neuf cas et demi sur dix cela se passe bien. Les rares fois où cela s'est mal passé malheureusement...

E : Cela se passe bien c'est-à-dire qu'ils n'ont pas eu de complications liées à l'hypertension ?

Dr L : Exactement, qu'il garde ses esprits, que le patient est toujours capable de me raconter qu'il a accompagné ses arrière-petits enfants en voiture, qu'il est parti manger hier dans la brasserie habituelle mais que le serveur ne lui a pas servi le quart de vin. En évitant d'augmenter le traitement, je permets au patient de rester autonome, en lui évitant les complications iatrogènes.

Maintenant, si c'est un patient qui se plaint de nausées, de vertiges ou autre c'est là que je me pose des questions.

E : Et vous pensez que ces symptômes sont des signes de l'hypertension ou des complications iatrogènes ?

Dr L : J'aurais tendance à me dire que cela circule moins bien en haut, et que c'est peut-être des complications de l'hypertension qui m'annoncent quelque chose. Alors, je me dis « Merde, il a quand même 17/9, est ce que c'est du à ça ou pas ? ». Je me demande sans cesse « Mince, est ce que j'ai bien fait ? ». Mais finalement, je m'arrange pour ne pas avoir à modifier le traitement parce que je le fais toujours à contrecœur.

E : C'est la problématique justement. En fait, d'après les études, les médecins semblent aussi jouer un rôle dans le problème du contrôle tensionnel. Certains médecins tardent à modifier le traitement même en cas de mauvais contrôle tensionnel, notamment par crainte de majorer les effets indésirables. On a tendance à reconvoquer les patients en se disant qu'on verra la prochaine fois et que ce n'est peut-être qu'une tension artérielle un peu fortuite. Donc, des patients sont vus, 5, 6 fois à différentes consultations avec des tensions artérielles élevées avant que le traitement soit modifié. C'est ce que les études nomment « l'inertie thérapeutique ». Qu'en pensez-vous ?

Dr L : Mais est ce qu'on traite des chiffres ou les patients-même ?? Ce terme d'inertie thérapeutique me déplaît vraiment. C'est réel mais ce terme me déplaît comme tout. Ce n'est pas de l'inertie !!!!! (En haussant la voix) Moi, rajouter 12,5 mg, je peux le faire. Ce n'est pas ça qui me bouffe le soir chez moi. Moi, ce qui m'inquiète c'est « Est ce que ces 12,5 mg supplémentaires ne vont lui provoquer une baisse de tension, une chute, la fracture du col du fémur puis les escarres et tout ça ??? ». C'est là où j'ai envie de me bouffer. Sinon, il me suffit de faire un clic sur l'ordinateur et je passe à 12,5 mg de plus. Honnêtement, si le patient me dit

qu'il se sent beaucoup mieux après modification du traitement, je me dirais à moi-même « Pauvre con de médecin, pourquoi tu ne l'a pas fait avant ? » Cela, j'ai du le faire une fois, et je n'ai pas eu de nouvelles du patient parce qu'il est reparti en province. Et les autres patients pour lesquels j'ai décidé de ne pas modifier le traitement, ils sont revenus et ils allaient bien. L'inertie, je déteste ce mot. Ce n'est pas une inertie, c'est tout simplement une prise de conscience, de se dire « Est ce que je dois y aller ou pas ? » Mais franchement, ce n'est pas de l'inertie. Avec le clic, il n'y a plus d'inertie. A la rigueur, c'est juste une petite paresse intellectuelle de raisonnement. Mais je serai curieux que vous me présentiez une étude ou un article avec l'évolution des patients dont le traitement a été modifié versus ceux dont le traitement n'a pas été modifié....

E : Cela pourrait faire l'objet d'une étude comparative intéressante. En conclusion, est ce que vous avez des remarques sur le sujet choisi ou sur la méthode employée ?

Dr L : Non, votre sujet il est super. Maintenant, j'aurais tellement aimé à la limite qu'on se revoit dans quelque temps et que vous fassiez une étude comparative entre les patients symptomatiques dont on a modifié le traitement et ceux qui ont gardé le même, pour voir comment ils évoluent. Si vous faites cette étude, j'en fais un tableau et je l'affiche sur le mur pour m'y référer.

E : (Rire) D'accord.

Dr L : Non, mais c'est vrai. Pour traiter le diabète par exemple, c'est comme cela qu'on a fait : on a appris à raisonner à partir de 1 gramme 26, HBA1C, monothérapie, bithérapie. Pourquoi on ne ferait pas la même chose pour l'hypertension des patients âgés ? On ne le fait pas parce qu'il y a d'autres facteurs qui rentrent en compte, comme l'identité de la personne. Pour un patient quoi que vous fassiez ce sera mal supporté alors que pour

l'autre patient tout ira bien. Tout cela passe aussi par la relation de confiance entre le médecin et son patient. Il y a des chiffres qui sont là, bien sûr. Mais, moi je peux prendre l'exemple de deux types de patients différents, avec lequel je n'accroche pas du tout ou avec lesquels j'accroche. Ce n'est pas le même un typage HLA, entendons nous bien....Mais en prenant le même raisonnement et le même traitement et voyons ce que cela donne. Il y a mon petit papy de 90 ans que je ne cesse de taquiner lui disant qu'on prendra un café ensemble, et cela se passe très bien et il est à 17 de tension. Par contre, le patient un peu cravaté qui me dit « Ah mon ?mais vous êtes sûr de vouloir faire cela ?Parce que mon médecin généraliste fait plutôt... ». Pour celui-là, ma consultation sera ratée. Par pour moi mais pour lui, dans le sens où je n'aurais pas répondu à sa demande et qu'il n'y aura pas un vrai échange. Donc, cela passe aussi par nous et par la façon dont on transmet le message. Mais est ce que c'est vraiment nous qui sommes en faute ?Peut-être, en partie....

ENTRETIEN M

E : Cette thèse concerne la prise en charge de l'hypertension artérielle chez les personnes très âgées, c'est-à-dire de plus de 80 ans. Nous allons déjà débiter par une courte présentation de votre activité. Depuis combien de temps exercez-vous en médecine générale, remplacement compris ?

Dr M : Depuis vingt-six années.

E : D'accord. Et quel est votre âge, sans indiscrétion ?

Dr M : J'ai cinquante-sept ans.

E : Et vous travaillez-vous uniquement en cabinet ou vous avez d'autres d'exercice comme un centre de santé, un dispensaire, l'hôpital ou autre ?

Dr M : Non, non. Je travaille seulement en cabinet.

E : Et dans votre pratique quotidienne, est ce que vous avez une spécialité de prédilection comme la gériatrie, la pédiatrie, la gynécologie, la rhumatologie ou autre ?

Dr M :Non, je fais un petit peu de tout. J'ai plus d'enfants que la moyenne des médecins mais bon.. Ce n'est pas une spécialité plus que ça.

E : D'accord. Le premier thème concerne votre opinion sur le traitement de l'hypertension artérielle chez les patients très âgés. Pensez-vous qu'il est utile de traiter l'hypertension artérielle chez les patients de plus de 80 ans ?Si oui, pour quels bénéfices ? Si non, pourquoi ?

Dr M : Euh, oui...C'est utile pour éviter les pics tensionnels et donc les accidents qui peuvent en découler. Euh...

E : C'est-à-dire ?

Dr M : Et bien les accidents vasculaires entre autres. Sinon, c'est sûr que les objectifs à atteindre sont toujours plus modérés que pour les gens plus jeunes.

E : Bien. Et qu'est ce que vous pensez du rapport bénéfice-risque du traitement antihypertenseur dans cette classe d'âge ?

Dr M : Bah, tout dépend des objectifs que l'on se fixe. Si on se fixe un objectif trop bon, je trouve que là, il y a plus de risques à trop bien traiter qu'à ne pas traiter, à la limite.

E : D'accord. Je voudrais préciser un petit peu votre prise en charge des patients âgés hypertendus. D'abord, dans cette classe d'âge, comment réalisez-vous le diagnostic d'hypertension? Quel seuil tensionnel utilisez-vous pour définir l'hypertension chez les plus de 80 ans ?

Dr M :D'abord, c'est rare que l'on découvre à quelqu'un une hypertension à 80 ans. En général, elle est connue avant. Mais admettons que ce soit un nouveau patient et qu'on lui trouve une tension euh...Au-delà de 15, euh...mettons 16, 17. On

répète, on vérifie euh...Et on voit un peu , éventuellement, si c'est vérifié.

E : D'accord. Alors en fait, les recommandations proposent de confirmer le diagnostic de l'hypertension par une MAPA ou par une automesure tensionnelle chez les personnes âgées, parce que l'effet blouse blanche est fréquent et qu'il faut s'assurer de l'hypertension avant de mettre un traitement. Que pensez-vous de cette recommandation par rapport à votre pratique quotidienne ?

Dr M : Oui, je suis tout à fait d'accord. Il m'arrive d'en faire réaliser et je demande aux cardiologues d'en faire.

E : D'accord, et une fois que le diagnostic est établi, qu'est ce que vous réalisez comme bilan cardiovasculaire et préthérapeutique chez ces patients ?

Dr M : Et bien oui. Je les envoie chez le cardiologue qui fait un bilan complet, une échographie s'il le faut. Et puis, je fais un bilan biologique avec une recherche de diabète, de dyslipidémie, la fonction rénale...

E : Et à ces patients très âgés, est-ce que vous leur proposez des règles hygiéno-diététiques ?

Dr M : Seulement s'ils ont un problème hygiéno-diététique. Après, il faut toujours être un peu prudent parce que...S'il n'y a pas de désordres ou d'anomalies, les mettre au régime sans sel, en général c'est plutôt catastrophique parce qu'ils le font trop bien. Euh...Et cela, pour un bénéfice qui en fait n'est pas bon. Et puis après, c'est en fonction des troubles que l'on constate.

E: Et quel traitement pharmacologique vous proposeriez en première intention à un patient de plus de 80 ans sans antécédents ni insuffisance rénale ?

Dr M : Soit des inhibiteurs calciques, soit un antihypertenseur d'action centrale. En général, c'est un peu ça. Mais bon, comme en général quand je

découvre une hypertension chez quelqu'un de très âgé, je demande un bilan cardio...Le cardiologue me dit le traitement que l'on peut prescrire en fonction de ce qu'il a trouvé.

E: Et sur quel délai vous évaluez l'efficacité du traitement, avant de conclure par exemple qu'il est insuffisant et de le modifier ?

Dr M : Oh, un bon mois quand même.

E : D'accord. Comment évaluez-vous la tolérance et l'efficacité du traitement ?

Dr M : L'efficacité du traitement, c'est que la tension baisse un petit peu , mais pas trop. Euh...Et que la tolérance soit bonne. Qu'il n'y ait pas d'hypotension, qu'il n'y ait pas de vertiges....Tous les effets secondaires liés à la prise thérapeutique, en fonction de ce que l'on a choisi.

E : Et pour un patient de plus de 80 ans présentant une hypertension artérielle réfractaire, est-ce que vous vous fixez un nombre maximum de classes d'antihypertenseurs à prescrire et au-delà duquel vous n'allez pas ?

Dr M : Euh...Oh bah oui. Oui, si c'est juste une hypertension, qu'il n'y a pas d'insuffisance cardiaque ou tout un tas de pathologies associées. Le traitement est souvent plus nocif et iatrogène que l'hypertension elle-même, après tout.

E : D'accord. Et quel objectif tensionnel vous fixez chez ces patients sous traitement ?

Dr M : Ouais..On va dire 15, 16 c'est bien. Il ne faut pas aller en dessous. Chaque fois qu'on les met en dessous ..Tous ceux que l'on tient à 10 ou 11, ils sont très mal. Le cardiologue il est content, mais pas le malade.

E : Et parmi vos patients âgés hypertendus traités, à combien estimez-vous le pourcentage de patients bien contrôlés, avec une tension artérielle en dessous des objectifs tensionnels ?

Dr M : Je dirais que dans l'ensemble ils sont contrôlés. Parce que, de toute façon, passé un certain âge, la tension est rarement catastrophique

et je trouve qu'elle a tendance à s'améliorer. Ils sont plus faciles à stabiliser après 80 ans qu'à 65 ou 70 ans.

E: Et bien en fait, les études françaises montrent que-à tout âge-le contrôle tensionnel est plutôt mauvais et qu'il s'aggrave même avec l'âge des patients. Chez les plus de 80 ans traités, moins de 30% d'entre eux sont contrôlés et présentent des chiffres tensionnels satisfaisants sous traitement. Qu'en pensez-vous ?

Dr M : Je ne peux pas trop me prononcer parce que je n'ai pas énormément de patients très âgés. Mais dans l'ensemble, ce n'est pas ceux-là qui me posent le plus de problèmes. Les patients âgés que je suis et qui sont hypertendus, ce n'est pas chez eux que je trouve du 20, 22. C'est chez les plus jeunes...

E :Bon. Des études ont démontré que -chez les patients âgés- le mauvais contrôle tensionnel était lié à des facteurs impliquant à la fois les patients, le traitement lui-même et les médecins prescripteurs d'une certaine manière. Nous allons donc tenter d'identifier ces différents facteurs un à un, en commençant par les patients. D'après vous, chez les sujets âgés, quelles comorbidités et pathologies peuvent empêcher une prise correcte du traitement ?

Dr M : Il y a des troubles de la mémoire et ils ne se souviennent plus s'ils ont pris ou pas le traitement. Il y a aussi le fait d'avoir des pathologies associées avec beaucoup de comprimés, ça n'aide pas. Et puis, il y a la tolérance -chez les gens âgés- de tous les comprimés qu'on leur fait avaler et de tous les traitements, qui n'est pas très bonne. Du coup, ils font le tri entre les traitements : un jour ils prennent celui pour le diabète, un autre jour celui pour la tension...

E : Et par rapport au contexte socio-familial, est-ce que vous pensez qu'il ya des situations qui entraînent une mauvaise observance ?

Dr M : Non, non. Je pense que cela ne change pas grand chose. Quand ils sont isolés, ils ont la trouille donc ils prennent le traitement, je dirais même plus que lorsqu'ils sont entourés de la famille. Quand ils ont leur famille, ils s'en fichent un peu: ce n'est pas leur maladie mais celle de la famille. Au contraire, ils sont bien contents qu'on s'occupe d'eux. Quand ils sont tous seuls dans une chambre de bonne, ils ont peur et prennent mieux leur traitement.

E: Et pour des patients isolés ou avec des troubles cognitifs est-ce que vous proposez des aides ?

Dr M : Oui, bien sûr. Les gens seuls, on essaie qu'ils aient des aides à domicile, des infirmières à domicile pour les aider à prendre le traitement.

E :D'accord. Et pour un patient dont la tension artérielle reste incontrôlée malgré le traitement, est-ce que vous pensez systématiquement à évaluer avec eux leur observance du traitement, avant de considérer qu'il s'agit d'un problème de traitement et de le majorer éventuellement ?

Dr M: Oui, mais alors cela, c'est très difficile et complètement théorique. Comment évaluer l'observance du traitement chez quelqu'un qui est seul ou dont la famille n'est pas là pendant la consultation ? C'est un casse-tête hein..Ce n'est pas possible. On se doute ...Mais souvent, ce n'est pas facile.

E: Le deuxième intervenant est le traitement lui-même. Vous avez déjà cité l'importance des effets indésirables iatrogènes. Chez vos patients âgés, pensez-vous que la manière de prescrire et le schéma thérapeutique modifient l'observance ? Si oui, quels sont les schéma thérapeutiques non adaptés pour ces patients ?

Dr M : Oui, ceux avec beaucoup de prises. Et puis, les médicaments à prendre le matin, c'est toujours difficile parce qu'ils ne mangent pas beaucoup le matin. Quand ils ont du mal, à l'avaler et que les comprimés sont trop gros. Euh..Voilà, c'est surtout ça.

E : Et quand vous débutez un traitement, est ce que vous essayez de sélectionner celui avec le moins d'effets indésirables, le moins de prises quotidiennes et avec une galénique adaptée aux capacités du patient ?

Dr M : Oui, bien sur. On essaie mais....C'est comme les génériques, c'est une véritable catastrophe pour eux. Parce que ce n'est pas la même boîte, parce qu'ils ne savent plus ce qu'ils ont pris, qu'ils ne savent plus s'ils ont déjà pris le traitement. Il faudrait que le pharmacien mémorise quel générique il lui a donné pour lui donner toujours le même. Mais les pharmaciens, c'est difficile pour eux.

E: D'accord. Et bien, le dernier intervenant est le médecin prescripteur. Je vous propose donc un cas clinique. Vous diagnostiquez une hypertension artérielle avec des chiffres à 170/90 chez un patient de 91 ans- sans autre facteur de risque ni antécédent- et débutez un traitement antihypertenseur après confirmation du diagnostic. Quatre semaines après le début du traitement, ses chiffres tensionnels sont aux alentours de 160/80. Vous décidez de ne pas modifier le traitement et de reconvoquer le patient. Un mois plus tard, ses chiffres sont à 160/80.

Ces chiffres vous paraissent-ils satisfaisants ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ? Modifiez-vous d'emblée le traitement ou attendez-vous de confirmer les chiffres tensionnels lors d'une troisième consultation ?

Dr M : Je trouve que ce n'est pas loin d'être satisfaisant et que cela demande à être vérifié à domicile en l'absence du médecin parce que peut-être que quand il est chez lui, il est à 15/8. Je proposerai donc le passage d'une infirmière à domicile pour prendre la tension ou une MAPA. Parce que le mieux est l'ennemi du bien à 90 ans...

E : Donc, en augmentant d'emblée le traitement, vous craigniez les effets indésirables iatrogènes ?

Dr M : Oui. Et puis aussi parce que, finalement, il a déjà 90 ans...

E : L'âge intervient aussi dans votre décision ?

Dr M : Surtout à cet âge là ,oui.

E : Et si je vous avais parlé d'un patient plus jeune, disons de 82 ans ?

Dr M : Non ben non. Mais au-delà de 80 ans, il faut toujours être prudent. Ce n'est pas. C'est comme des enfants, quoi..Ils ont des constitutions fragiles. Il y a un équilibre qui s'est établi et souvent, quand on touche à un équilibre c'est un peu comme un château de cartes quoi...Il faut faire ce qu'il faut mais euh..Moi, j'ai vu beaucoup de personnes âgées ou le médecin était très content mais pas le malade. Ah ç , le médecin était très très content ! Sur le papier, c'était formidable. Mais le malade, il avait une vie de chien. Avec un grand nombre de comprimés, il ne mangeait plus, il ne mangeait plus que ces comprimés. Je ne sais pas si cela vaut vraiment le coup de vivre dans ces conditions.

E : Hum, hum. D'accord. En fait, d'après les études, les médecins semblent aussi jouer un rôle dans le problème du contrôle tensionnel. Certains médecins tardent à modifier le traitement même en cas de mauvais contrôle tensionnel, notamment par crainte de majorer les effets indésirables. On a tendance à reconvoquer les patients en se disant qu'on verra la prochaine fois et que ce n'est peut-être qu'une tension artérielle un peu fortuite. Donc, des patients sont vus, 5, 6 fois à différentes consultations avec des tensions artérielles élevées avant que le traitement soit modifié . C'est ce que les études nomment « l'inertie thérapeutique ». Qu'en pensez-vous ?

Dr M : Oui bien sur c'est de l'inertie thérapeutique.....Mais encore une fois, les médecins généralistes ils sont là, ils sont auprès des gens et ils ne sont pas à l'hôpital. On ne voit pas le patient dans une chambre, dans un lit ou dans une consultation particulière. Nous éventuellement, on

va les voir chez eux, on les voit dans leur environnement, on voit qu'ils continuent à faire leurs courses. Et euh.. Alors effectivement, sa tension est peut-être un peu limite sup. Mais pourquoi aller rajouter des comprimés ? Souvent, il y a un effet dose qui est plus important chez les personnes âgées .Donc, on risque de le retrouver avec des chiffres trop bas. Il ne va pas être bien, il ne descendra plus faire ses courses, il aura des vertiges..Le médecin, il sera content mais je ne sais pas si le patient il le sera. Donc, je pense que c'est un peu ça. Mais c'est comme ça dans beaucoup de choses. C'était exactement pareil quand on a eu les statines. Moi, je me souviens, quand les statines sont arrivées sur le marché...Au bout de deux ans, je discutais avec mes copains cardiologues et je leur disais « Dis donc, tu ne trouves pas que les gens, ils ont des myalgies, ils ont un peu mal partout ? ». Ils me répondaient « Bof, non, ce n'est rien. ». Et bon, nous on a été prudents et je leur disais « Non mais, il a son cholestérol bas, mais du coup il ne joue plus au tennis. Quel est le bénéfice ? ». Et puis, petit à petit, on en est revenus et maintenant tout le monde fait comme cela et prescrit les statines un jour sur deux ou un jour sur trois. On baisse les doses...Et c'est toujours comme cela. Ce que les labo nous demandent-ou les études- ça n'a rien à voir avec ce que nous on vit concrètement. Je ne dis pas qu'il faut laisser faire mais il y a une différence...Et puis, le médecin de ville, ce n'est pas comme le médecin hospitalier.

E : D'accord. En conclusion, est ce que vous avez des remarques sur le sujet choisi ou sur la méthode employée ?

Dr M :Le sujet est intéressant parce que cette population là, vieillissante, va devenir de plus en plus importante. Et c'est vrai qu'on est de mieux en mieux plus tard. Euh...Et que justement, les traitements chez les personnes âgées..On les traite trop comme nos patients jeunes. On a des

traitements particuliers pour les enfants en pédiatrie, des traitements pour les adultes jeunes ou d'âge mur, mais rien de spécifique pour les patients âgés. Alors que les traitements devraient être différents. Pareil pour un diabète. Il ne faut pas non plus être extrémistes et leur baisser.....De toute façon, on sait qu'il faut dix ans pour avoir les complications de la maladie...Il faut être raisonnable. Leur filer des troubles digestifs ou je ne sais pas quoi, sous prétexte que.. .Donc, là, c'est important d'étudier effectivement et de pondérer toutes ces études qui sont à mon avis trop...Qui sont excessives ,je pense. On a un gros problème chez les sujets âgés. Donc oui, l'idée est bonne.

ENTRETIEN N

E : Cette thèse concerne la prise en charge de l'hypertension artérielle chez les personnes très âgées, c'est-à-dire de plus de 80 ans. Nous allons déjà débiter par une courte présentation de votre activité. Depuis combien de temps exercez-vous en médecine générale, remplacement compris ?

Dr N : J'en suis à la fin de la trentième année.

E : D'accord. Et vous avez quel âge, sans indiscrétion ?

Dr N : Euh, cinquante-sept ans.

E : Vous travaillez uniquement en cabinet ou vous avez d'autres d'exercice comme un centre de santé, un dispensaire, l'hôpital ou autre ?

Dr N : Je fais en plus quelques vacations à la Maison des Personnes Handicapées(MDPH) de Paris et en crèche.

E : Et dans votre pratique quotidienne, est ce que vous avez une spécialité de prédilection comme la gériatrie, la pédiatrie, la gynécologie, la rhumatologie ou autre ?

Dr N :Non, je fais un petit peu de tout.

E : D'accord. Le premier thème concerne votre opinion sur le traitement de l'hypertension artérielle chez les patients très âgés. Pensez-vous qu'il est

utile de traiter l'hypertension artérielle chez les patients de plus de 80 ans ? Si oui, pour quels bénéfices ? Si non, pourquoi ?

Dr N : Alors euh...Bah, c'est une vaste question...Euh...Je pense déjà que...Oui, parce qu'il faut se mettre à l'abri d'accidents. Quand elle dépasse un certain chiffre. Mais moi, je considère que chez la personne de plus de 80 ans, on doit faire quelque chose quand elles ont plus de 18. Je ne parle pas de la diastolique. Parce que, en général, ils ont une systolique qui est assez élevée mais une diastolique qui est normale. C'est pour cela qu'on s'y intéresse de façon...Enfin ...Il faut faire quelque chose mais cela ne paraît jamais très urgent. Même si, des fois, il y a des personnes qui considèrent que c'est la fin des haricots.

E : De quel type d'accident parlez-vous ?

Dr N : Et bien, des accidents vasculaires, des hémorragies, des ischémies qui donnent des hémipariés. Ils ne sont pas complètement à l'abri....

E : Et qu'est ce que vous pensez du rapport bénéfice-risque du traitement antihypertenseur dans cette classe d'âge ?

Dr N : Alors le bénéfice/risque.. C'est toujours ce que je leur dis aux gens. Quand on leur donne des antihypertenseurs, ce dont on a la trouille c'est qu'ils se cassent la gueule avec. Donc, c'est pour ça qu'il faut traiter si besoin mais petit peu par petit peu, sans forcer les posologies. Pour qu'ils s'y adaptent et pour ne pas qu'ils tombent. Parce que je pense que s'ils tombent, ce sera plus vite réglé pour eux que si on avait laissé évoluer l'hypertension..Enfin, voilà, vous voyez ce que je veux dire(Rires)

E : (Rires)Oui, je pense que j'ai compris...Maintenant, je voudrais préciser un peu votre prise en charge des patients âgés hypertendus. D'abord, comment faites-vous le diagnostic

d'hypertension dans cette classe d'âge ?Quelle valeur seuil de tension utilisez-vous ?

Dr N : Ben, moi..C'est ce que je vous ai dit..Au-delà de ...On ne part pas des chiffres usuels de 14/9 chez quelqu'un de plus jeune. Moi, au-delà de 18, je considère qu'il y a un problème.

E : Bien. Par rapport au diagnostic, les recommandations proposent de confirmer l'hypertension par une MAPA ou par une automesure tensionnelle chez les personnes âgées, parce que l'effet blouse blanche est fréquent et qu'il faut s'assurer de l'hypertension avant de mettre un traitement. Que pensez-vous de cette recommandation par rapport à votre pratique quotidienne ?

Dr N : Moi, je suis complètement d'accord . Oui, cela arrive que je le fasse. Mais la plupart du temps...Moi, personnellement, des personnes âgées chez qui je découvre une tension et qui n'avaient aucun traitement auparavant, je n'en ai pas beaucoup. C'est souvent des personnes âgées déjà hypertendues et avec un traitement, chez lesquelles il faut voir si, pour le traitement, il y a une utilité à le continuer ou pas. Alors voilà...Et pour une primo-découverte chez quelqu'un de plus de 80 ans, effectivement, je demande un avis et un holter tensionnel.

E : D'accord. Et si on prend le cas de figure où vous découvrez une hypertension chez un patient de plus de 80 ans...Quel bilan cardiovasculaire et préthérapeutique vous réalisez chez ces patients?

Dr N : Pour quelqu'un chez qui on découvre...Moi, je l'adresse au cardiologue et ce n'est pas la peine de s'engager- à moins que le cardiologue dise le contraire- sur des explorations autres. Les hypertensions rénales, primitives...

E : Et vous faites un bilan biologique ?

Dr N : Oui, aussi. Il faut que je vérifie un peu le iono, puisque l'un de mes premiers traitements, c'est les diurétiques. Il faut quand même vérifier.

E Et dans cette classe d'âge, est-ce que vous proposez des règles hygiéno-diététiques? Si oui, lesquelles ?

Dr N : Alors, c'est euh....Moi, ma politique, à cet âge -là, c'est « tout ce qui peut être pris est à prendre ». A mon avis, priver les gens de quelque chose, c'est leur enlever quelque chose à la fin de leur vie....Après, bon, ça c'est philosophique. Si eux sont d'accord après pour faire un effort, pourquoi pas ? Mais en sachant que, ce qui leur fait plaisir permet qu'ils continuent à se faire plaisir... Il ne faut pas abuser non plus et trop les restreindre.

E : Et par rapport au traitement pharmacologique, qu'est ce que vous prescrivez en première intention à un patient de plus de 80 ans ? En supposant que c'est un patient sans autres facteurs de risque et sans insuffisance rénale.

Dr N : Euh, ça va être un médicament du style... Entre parenthèses, hier j'ai vu une dame de la sécu qui est venue me pomper l'air sur la prise en charge de l'hypertension chez les personnes âgées. Elle me disait qu'en première intention, il fallait prescrire des diurétiques.

E : Oui, mais là je m'intéresse à ce que vous pensez personnellement et à ce que vous faites concrètement au quotidien...

Dr N : Et bien je lui ai dit que c'est un peu paradoxal. Les diurétiques, ce n'est pas dangereux mais quand on tombe en période de canicule, on est un peu enquinés. Et que le maniement des diurétiques chez les personnes très âgées, ce n'est pas forcément ce qu'il y a de mieux. Voilà (Rires)... Et elle m'a répondu « Mais vous n'êtes pas le premier à me le dire ». Alors je lui ai demandé d'où venaient ces recommandations et elle m'a répondu que c'était la HAS. A la HAS, je ne sais pas où ils ont trouvé ça encore, mais après le plan canicule ou on dit « faites attention.. ». Enfin bref...

E : Mais vous, qu'est ce que vous avez l'habitude de prescrire aux plus de 80 ans ?

Dr N : Moi, ce que je prescris, c'est des médicaments comme l'hyperium ou des choses comme ça.

E : Pourquoi celui-là ?

Dr N : Parce que c'est une molécule qui n'a pas trop d'effets indésirables, qu'il n'y a pas trop de surveillance à les enquinier non plus. Parce que, la personne âgée, on ne la voit pas forcément au cabinet. Et ils y en a pas forcément beaucoup qui sortent de chez elles. Donc, il faut voir tous ces aspects. Après, des gens qui ... Qui prennent des inhibiteurs calciques et qui n'ont pas d'effets secondaires, c'est aussi pas mal.

E : D'accord. Et vous vous laissez quel délai pour juger de l'efficacité du traitement, avant de le modifier éventuellement ?

Dr N : Et ben... Au début, on les revoit un peu tous les mois. Et après, si j'arrive à un chiffre inférieur à 18, moi je ne touche plus à rien.

E : Justement, en parlant de limite, à combien vous fixez l'objectif tensionnel chez les plus de 80 ans ?

Dr N : Ben, moi, je considère que si j'arrive à les faire descendre en-dessous de 17 et que la diastolique est aux alentours de 9, je suis content.

E : Et pour un patient de plus de 80 ans dont vous n'arrivez pas à contrôler l'hypertension, est-ce que vous vous fixez un nombre maximum de classes d'antihypertenseurs à prescrire et au-delà duquel vous n'allez pas ?

Dr N : Alors, tout dépend déjà de la quantité industrielle de médicaments qu'ils prennent déjà. S'ils sont déjà hyperpolymédiqués, leur rajouter encore des médicaments... En plus, on ne sait pas ce que cela donne, déjà... En plus, je pense qu'ils en prennent d'autres en douce. Donc euh.... Au maximum, ce sera deux médicaments. Moi, je n'irais pas au-delà chez la personne âgée.

E : D'accord. Et quelle surveillance réalisez-vous pour évaluer l'efficacité du traitement et la tolérance du traitement ?

Dr N : Bah, c'est un peu l'entretien. Et chez les personnes âgées sous diurétiques, il faut surveiller un peu le iono.

E : Maintenant, je voudrais voir comment vous estimer le contrôle tensionnel. Chez vos patients âgés hypertendus traités, à combien estimez-vous le pourcentage de patients bien contrôlés, c'est à dire en dessous des objectifs tensionnels ?

Dr N : Oh, bah moi, c'est environ 75% soit les trois quarts. L'autre quart, il y a des fois où on se demande justement s'il n'y a pas un effet blouse blanche. Même si je n'en porte pas (Rires). Et puis, en fonction de l'état de stress de la personne âgée, on peut avoir des variations importantes. On peut passer de 20, 21 à 14, 15 en peu de temps.

E : En fait, les études françaises montrent que à tout âge le contrôle tensionnel est plutôt mauvais et qu'il s'aggrave même avec l'âge des patients. Chez les plus de 80 ans traités, moins de 30% d'entre eux sont contrôlés et présentent des chiffres tensionnels satisfaisants sous traitement.

Dr N : Oui mais ils appellent quoi « bien contrôlés » ? Parce que si c'est en dessous de 15 euh..

E : Justement, c'est le chiffre qui est indiqué dans les recommandations..

Dr N : Parce que si on considère qu'il faut contrôler les personnes âgées aussi bien que la personne adulte dans la maturité, ben non ...C'est sûr que c'est non. Si, de temps en temps, on va avoir des chiffres normaux mais c'est plus le fait du patient qui se sent décontracté ou de l'existence d'une pathologie intercurrente annexe qui fait qu'il est fatigué, d'où une tension qui baisse.

E : Bon, les études considèrent quand même qu'il y a un problème de contrôle tensionnel et ont indiqué que ce problème est du des facteurs

impliquant à la fois les patients, le traitement lui-même et les médecins prescripteurs d'une certaine manière. Nous allons donc tenter d'identifier ces différents facteurs un à un, en commençant par les patients. D'après vous, chez les sujets âgés, quelles comorbidités et pathologies peuvent empêcher une prise correcte du traitement ?

Dr N : (Silence) Quand la personne est seule, on est jamais sûr qu'elle prend bien son traitement. Quand euh...Quand la personne âgée est encore en couple, chez ses enfants ou autre chose, on a plus de certitude sur la prise des médicaments ou en tous cas sur moins d'oublis.

Après, euh....Je suis sûr que plus ils ont de médicaments etSoit c'est des macrophages de médicaments, soit de temps en temps ils en trient en disant « Celui-là, je n'en veux pas. J'en prends trop » .Et on ne sait pas s'ils font le tri de ce qui est important ou pas. Il y a des gens qui fonctionnent comme ça.

E : Et vous pensez que la démence ou les troubles cognitifs peuvent intervenir ?

Dr N : Oui, la démence, euh...Mais pour les déments, il y a souvent quelqu'un qui passe à domicile pour faire la distribution des médicaments donc là il n'y a pas de problème. Et euh...La personne en phase de démence, elle est à priori prise en charge par rapport à cela.

E : Et pour ces patients qui ont des troubles cognitifs ou qui sont isolés, est ce que vous proposez des aides ?

Dr N : Ah oui, je propose des aides à domicile ou des infirmières à domicile. En ce moment, ce n'est pas trop le cas mais il y a une période où j'en proposais souvent.

E : D'accord. Et pour un patient dont la tension artérielle reste incontrôlée malgré le traitement, est ce que vous pensez systématiquement à évaluer leur observance du traitement, avant de considérer

que le traitement est insuffisant et de le modifier éventuellement?

Dr N : Bon, on l'a toujours un petit peu à l'esprit. Mais le facteur qui est important c'est que..La personne âgée qui n'a jamais été hypertendue à qui on prescrit un médicament pour la tension, forcément on ne marque pas sur l'ordonnance « à vie ». On marque « pour trois mois ». Et il y en a qui s'imaginent qu'au bout de trois mois, on va arrêter. Et ils s'arrêtent....Là, il y a un petit souci. Même si on leur dit . Ils ne réalisent pas..Ils reviennent en consultation parce qu'ils ont eu des signes qui sont apparus, parce qu'ils n'ont plus de médicaments depuis quatre ou cinq jours. Sans vraiment se rendre compte que c'est un traitement qu'ils ne faut pas arrêter. Alors, c'est sûr que dans ce domaine-là, quand les gens sont sous diurétiques ou IEC ou B-bloquants...Mais voilà quoi...

E: Le deuxième intervenant est le traitement lui-même. Chez vos patients âgés, pensez-vous que les effets indésirables iatrogènes avérés ou supposés peuvent retentir sur l'observance thérapeutique ?

Dr N : Ah oui, j'en suis sûr. S'ils se mettent à tousser avec les IEC et qu'ils s'aperçoivent que c'est ce médicament –là qui les fait tousser-si on ne leur a pas dit-ça peut être un facteur d'arrêt. Chaque classe a ses effets secondaires. C'est toujours pareil, ça dépend aussi un peu de depuis combien de temps ils prennent le traitement.

E : Et par rapport à la manière de prescrire et au schéma thérapeutique, est-ce que vous pensez que le schéma thérapeutique choisi peut être inadapté et entraîner une mauvaise observance ?

Dr N : Bien sûr. Les traitements qui nécessitent plusieurs prises, déjà. Parce que je pense qu'ils en prennent déjà suffisamment comme ça pour nager un peu..Et que, il faut vraiment bien identifier les médicaments pour telle chose, pour qu'ils puissent l'accepter et comprendre que c'est important.

E :Et quand vous débutez un traitement chez un patient âgé, est ce que vous faites attention à sélectionner celui avec le moins d'effets indésirables, le moins de prises quotidiennes et avec la galénique adaptée aux capacités du patient ?

Dr N : Oui, cela s'est important. Mais je me dis que c'est aussi important de faire le tri dans tout ce qu'ils prennent. Cela, ce n'est pas facile.

E: D'accord. Et bien, le dernier intervenant est le médecin prescripteur. Je vous propose donc un cas clinique. Vous diagnostiquez une hypertension artérielle avec des chiffres à 170/90 chez un patient de 91 ans- sans autre facteur de risque ni antécédent- et débutez un traitement antihypertenseur après confirmation du diagnostic. Quatre semaines après le début du traitement, ses chiffres tensionnels sont aux alentours de 160/80.Vous décidez de ne pas modifier le traitement et de reconvoquer le patient. Un mois plus tard, ses chiffres sont à 160/80.

Ces chiffres vous paraissent-ils satisfaisants ?Si oui pourquoi ?Si non pourquoi ?Modifiez vous d'emblée le traitement ou attendez vous de confirmer les chiffres tensionnels lors d'une troisième consultation?

Dr N : Moi, c'est ce que je vous ai dit tout à l'heure. Moi, ça me paraît acceptable et ce n'est pas la peine de continuer à forcer, à augmenter la posologie ou de faire une association parce qu'on va finir par le faire tomber.

E : D'accord. Donc, c'est parce que vous considérez que vous avez atteint l'objectif tensionnel et parce que vous avez peur des effets indésirables ?

Dr N : Mouais..Il y a plus de risques par ce qui peut lui arriver à cause des effets secondaires iatrogènes que de risques à le laisser avec sa tension dans sa vie « calme » de tous les jours. Surtout à 91 ans...

E : D'accord. Très bien. Bon. Si on prend les recommandations toutes « nues », il faudrait que les

patients traités soient à une tension inférieure à 150 en l'absence d'hypotension orthostatique. Et d'après les études, les médecins semblent aussi jouer un rôle dans le problème du contrôle tensionnel. Certains médecins tardent à modifier le traitement même en cas de mauvais contrôle tensionnel, notamment par crainte de majorer les effets indésirables. On a tendance à reconvoquer les patients en se disant qu'on verra la prochaine fois et que ce n'est peut-être qu'une tension artérielle un peu fortuite. Donc, des patients sont vus, 5, 6 fois de suite à différentes consultations avec des tensions artérielles élevées avant que le traitement soit modifié. C'est ce que les études nomment « l'inertie thérapeutique ». Qu'en pensez-vous ?

Dr N : Bah euh.. A coté de l'inertie thérapeutique, moi euh...Je parlerai plutôt du bien-être de la personne âgée dans un premier temps. Si elle euh....Si on l'embête plus avec son traitement contre la tension, par rapport à ...D'abord, est ce qu'on lui apporte un bénéfice en terme de qualité de vie ? Est ce qu'on allonge sa durée de vie ? Voilà, c'est ça...Moi, je ne suis pas sûr..Il faut faire quelques chose parce qu'on y peut , qu'on est compétents, et qu'il faut voir s'il y a une réponse ou pas avec le traitement. Mais euh..après...S'il n'ya pas de réponse, est ce qu'il faut insister ? Pas sûr du tout...

ENTRETIEN O

E : Cette thèse porte sur la prise en charge de l'hypertension artérielle chez les personnes très âgées, c'est-à-dire de plus de 80 ans. Nous allons d'abord faire une courte présentation de votre activité. Depuis combien d'années exercez-vous en médecine générale, remplacement compris ?

Dr O : Ouh la la ! Depuis trente-quatre ans.

E : Et quel est votre âge, sans indiscrétion ?

Dr O : J'ai soixante ans.

E : Exercez-vous uniquement en cabinet ou avez vous d'autres lieux d'activité comme un dispensaire, l'hôpital ?

Dr O : Je travaille uniquement en cabinet. Je vois aussi des patients en maison de retraite mais je ne suis pas médecin coordonateur.

E : Et dans votre pratique quotidienne, avez vous une spécialité de prédilection comme la gériatrie, la gynécologie, la pédiatrie, la rhumatologie ou autre ?

Dr O : Pédiatrie, un petit peu. Rhumatologie, on en fait aussi. Et pas mal de cardiologie aussi. Et je fais un peu de mésothérapie mais à visée complémentaire pour les traitements seulement.

E : Très bien. Le premier thème concerne votre opinion sur le traitement de l'hypertension artérielle chez les personnes très âgées, c'est-à-dire de plus de 80 ans. Pensez-vous qu'il est utile de traiter l'hypertension artérielle chez les patients de plus de 80 ans ? Si oui, pour quels bénéfices ? Si non, pourquoi ?

Dr O : Oui, c'est toujours utile de traiter une hypertension. Pour éviter les accidents liés à l'hypertension, que ce soit les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance rénale, que ce soit les problèmes d'insuffisance cardiaque et autre....

E : Et que pensez-vous du rapport bénéfice-risque du traitement antihypertenseur dans cette classe d'âge ?

Dr O : Le rapport est bon et en faveur des bénéfices. Je veux dire euh....Si on prend les précautions d'usage habituelles et qu'on ne prescrit pas n'importe quel antihypertenseur, il n'y a pas de raison à priori que ce soit néfaste. Moi, la plupart des patients hypertendus âgés, ils ont un traitement et je peux vous dire qu'il y a peu ou pas d'effets secondaires.

E : D'accord. Très bien. Justement, je voudrais préciser la manière dont vous prenez en charge les patients hypertendus âgés de plus de 80 ans.

D'abord, comment faites-vous le diagnostic positif ? Quel seuil de tension retenez-vous à cet âge ?

Dr O : De toute façon, moi c'est 14, 15 maximum. Au-delà de 15, je traite systématiquement. 14, 15, je surveille et éventuellement j'envoie chez un cardiologue pour faire un Holter et on s'assure de l'existence de l'hypertension. En minima 9 en diastolique. A partir de là, on commence le premier traitement qui est le régime sans sel. Enfin, peu salé plutôt...EuhOn observe deux trois mois, et s'il n'y a pas d'amélioration du tout, on institue un premier traitement.

E : Et avant de débiter le traitement, est ce que vous faites un bilan cardiovasculaire et préthérapeutique et si oui lequel ?

Dr O : Oui, toujours. Un bilan classique notamment avec les lipides, le cholestérol, le HDL-cholestérol et LDL. Un bilan glycémique, un bilan rénal avec une créat et une clairance si éventuellement on peut la calculer, parce que ce n'est pas toujours facile chez la personne âgée. Et puis on l'envoie chez le cardiologue pour faire un électro.

E : Et quand vous décidez d'instituer un traitement, quel traitement pharmacologique vous proposez en première intention ?

Dr O : Souvent, je commence par des traitements simples du style hyperium, des traitements à visée périphérique. Parce que, il y a très peu d'effets secondaires avec ces traitements : médiatensyl, hyperium, tout ça. Si cela ne marche pas et qu'il n'y a pas de contre-indications, je vais passer à un IEC ou à un ARA 2. Ceci dit, je précise que je prescris encore, parce que cela fait trente-quatre ans que j'exerce...Je prescris encore des anciens traitements, les antihypertenseurs du style aldomet, alphamethyl dopa. Qui sont peu prescrits mais qui pourtant sont assez efficaces. Ils peuvent donner une somnolence c'est vrai, mais dans ce cas-là, on le donne le soir et cela évite de donner des médicaments pour dormir.

Cela marche assez bien. Et quand cela ne marche pas, je passe aux molécules plus récentes, qui coutent la peau des fesses et qui ne sont pas forcément plus efficaces....

E : Et sous traitement, vous fixez quels objectifs tensionnels pour les plus de 80 ans ?

Dr O : Toujours la même chose, c'est 14, 15 maximum. S'il est fixé à 15 depuis des années, je ne l'embête pas. Mais normalement, c'est 14 maxi.

E : Et chez un patient de plus de 80 ans dont vous n'arrivez pas à contrôler la tension, est ce qu'il y a un nombre maximum d'antihypertenseurs différents prescrits au-delà duquel vous n'allez pas ?

Dr O : Non, non et non. Je me fixe un objectif thérapeutique. Maintenant, s'il avait 20 de tension et qu'on arrive pas à descendre avec trois antihypertenseurs, j'en mettrai un quatrième avec l'accord du cardio éventuellement. Maintenant, c'est s'il n'a pas d'effets secondaires, s'il le supporte, s'il n'y a pas de contre-indications et tout. Tant qu'il supporte et que le bénéfice est supérieur aux risques, je prescris. Si maintenant il y a des effets néfastes et qu'il porte plainte, à ce moment là, on reconsidérera un peu les choses...Mais tant que cela marche et qu'il n'y a pas d'effet néfaste, d'effets secondaires biologiques, somatiques et autres, je prescris. On ne va pas se fixer sur le « 80 ans » de façon arbitraire. Avant, à 80ans, ils étaient morts, maintenant ils vivent encore. Donc tout est arbitraire...

E : D'accord. Et quelle surveillance vous instituez pour évaluer l'efficacité du traitement et la tolérance du traitement ?

Dr O : Une surveillance clinique. On recontrôle et ...J'ai deux types d'appareils, un appareil à mercure traditionnel ou les gens sont allongés et un appareil ici. Je n'ai pas trop confiance aux appareils électroniques. J'en ai eu. Alors est ce qu'ils pas de bonne qualité ? Enfin bon, je n'ai jamais trouvé que c'était très bien. Je reste encore avec mes vieux

trucs manuels. En général, chez un hypertendu, je prends au moins la tension assis et debout et aux deux bras car il y a des fois une petite différence. Et quand je veux le faire de façon plus précise, je le fais allonger cinq minutes-le temps que je discute avec lui- et je vois sil y a une différence.

E : Bien. Maintenant, je voudrais voir comment vous évaluer le contrôle tensionnel. Parmi vos patients âgés hypertendus traités, à combien estimez-vous le pourcentage de patients avec un contrôle tensionnel satisfaisant, donc en dessous des objectifs tensionnels?

Dr O : Je ne sais pas . Moi, je dirais 60 à 70% au moins qui sont bien contrôlés. Mais bien, c'est à dire 14 .Ceux qui sont à 15, ce n'est pas bien contrôlé mais je les laisse.

E : En fait, des études françaises- réalisées notamment en médecine générale- ont montré que la qualité du contrôle tensionnel est très moyenne même chez les plus jeunes et qu'elle se dégrade avec l'âge du patient. Chez les plus de 80 ans, moins de 30% des patients hypertendus traités atteignent réellement les objectifs tensionnels. Qu'en pensez-vous ?

Dr O : Je sais bien ...(Soupir) Alors il faut savoir que...C'est le même problème. Ou bien certains médecins ont peur de trop prescrire et donc fatalement, on va être moins efficaces. Ou bien, on prescrit et alors on se rend compte- quand on va chez les gens- que les prescriptions ne sont pas forcément prises. Le problème de l'hypertension, c'est surtout le problème de l'observance. Et pour le diabète, c'est la même chose d'ailleurs. S'il y a un problème d'observance, on peut prescrire tout ce que l'on veut, cela ne marchera pas. Bon. Dans ces études, quand on dit 30% seulement des gens sont équilibrés, il faut voir pourquoi. Pour les 70% restants, est ce que les traitements sont inefficaces, ne sont pas assez appuyés, ou alors c'est parce que les gens ne les prennent pas? Il faut savoir

différencier les choses. Est ce que les traitements en eux-mêmes ne sont pas assez efficaces ? Je ne pense pas, on a à notre disposition actuellement une panoplie de médicaments efficaces. Il y a de rares patients avec une hypertension réfractaire malgré une quadrithérapie. Mais c'est très faible en théorie. Est ce que l'on donne les doses maximales compte tenu du fait que ce sont des patients souvent déjà polymédiqués avec un peu d'arthrose, de cholestérol, de diabète? Bon, si on doit donner une ordonnance qui fait douze médicaments et qu'on ne sait plus ce que cela fait au final au point de vue chimique, il y a certains médecins qui disent «moi, au-delà de cinq à six médicaments, je ne prescris plus ».Et c'est respectable. Et encore une fois, cela dépend de la prise ou non du traitement par le patient. Le problème est aussi lié à ça.

E : Justement, des études ont démontré que –chez les patients âgés- le mauvais contrôle tensionnel était du à des facteurs impliquant à la fois les patients, les traitements et les médecins prescripteurs. Nous allons donc tenter d'identifier ces différents facteurs. Commençons par les patients âgés et leur observance thérapeutique. D'après vous, à cet âge, quelles comorbidités et pathologies peuvent empêcher une prise correcte du traitement ?

Dr O : Je ne crois pas que ce soit...Certains patients sont très demandeurs de médicaments. Il n'y a pas de problème et ils prennent tout ce qu'on leur donne. D'autres patients sont réfractaires aux médicaments et les prennent à marche forcée. Bon et bien, s'ils ont une pathologie avec un seul médicament, ils accepteront de prendre en plus deux ou trois médicaments pour la tension. Mais s'ils ont déjà trois autres médicaments et qu'il faut en rajouter pour la tension, ils peuvent être réfractaires en disant « Moi, je vais bien. Je n'ai pas de maux de tête. » Après tout, l'hypertension est comme le diabète une maladie qui ne fait pas mal.

Les gens ne se rendent pas compte. Bon, ils peuvent négliger à ce moment là. C'est difficile de répondre à cette question parce que cela dépend vraiment de chaque individu. Ce n'est pas vraiment lié aux comorbidités.

E : Mais vous ne pensez pas que des troubles cognitifs ou une démence par exemple peuvent modifier les choses ?

Dr O : Oui, alors...S'il y a des troubles cognitifs, on fait en sorte -quand on s'en aperçoit en tous cas-de faire donner les médicaments par des aides soignants, par des aides à domicile, par des infirmières à domicile qui se déplacent chez les gens. Donc, on peut faire en sorte qu'ils prennent le traitement . On fait des traitements si possible en monoprise pour faciliter les choses. Mais s'il ya des troubles cognitifs et qu'il n'y a aucun assistanat, ils n'oublient pas que ce traitement-là et tous les autres traitements ne sont pas pris. Et puis les troubles cognitifs, quand ils sont très marqués voire qu'il y a une démence, les patients sont souvent mis en institution et sont rarement seuls. Là aussi, ils ont les traitements qui leur sont donnés. Un alzheimer seul en ville, cela n'existe pas. Oui, quasiment...

E : Et pour un patient dont le contrôle tensionnel n'est pas satisfaisant, est ce que vous pensez à évaluer l'observance thérapeutique avant de conclure que le traitement n'est pas efficace ou pas suffisant et de majorer le traitement?

Dr O : Oui, on essaie mais bon, ce n'est pas toujours facile. Il y a des patients qui racontent n'importe quoi. Quand vous leur demandez s'ils prennent leur traitement, ils vous répondent « Oui Docteur. » Et quand on va chez eux, ils ont toutes les boites de médicaments accumulées. Oui, on essaie..Quand ils nous disent qu'ils prennent tout le temps leur traitement, à priori on leur fait confiance mais....Quand on ouvre la boite à pharmacie chez eux, il y en a presque autant que chez le

pharmacien. Donc, on leur demande toujours s'ils le prennent .Mais c'est un peu comme l'alcool . « Est ce que vous buvez ? » « Mais non docteur. Enfin, comme tout le monde.. »

E : D'accord. Le deuxième élément intervenant est le traitement lui-même. Chez vos patients âgés, pensez-vous que les effets indésirables avérés ou supposés des traitements modifient l'observance thérapeutique ?

Dr O : Ah oui clairement. Il y a des patients qui...Certains vont purement et simplement arrêter le traitement en me disant « Ouais, au bout de trois jours, j'ai stoppé votre traitement parce qu'il m'a donné des œdèmes, des maux de tête..Donc, je l'ai arrêté ».Là, je leur dis gentiment « Là, vous avez fait comme ça. Mais la prochaine fois, téléphonez-moi . Je vous dirais d'abord si c'est vraiment lié au traitement. Et si vraiment c'est une tension importante, vous repassez et je vous change de traitement. » Certains arrêtent, d'autres téléphonent et d'autres vont continuer ,quitte à avoir des nausées. Cela dépend aussi de chaque patient.

E : Et par rapport à la manière de prescrire et au schéma thérapeutique choisi, est ce que vous pensez que cela peut modifier l'observance ?Quels sont, selon vous, les schéma thérapeutiques à risque de mauvaise observance ?

Dr O : Je pense qu'il y en a de moins en moins. C'est ce que m'a apporté la visiteuse médicale tout à l'heure(en montrant une fascicule). Maintenant, on a des monoprisés de bithérapies. C'est quand même super. Donc cela favorise l'observance. Mais s'il y a plusieurs classes thérapeutiques, ce qui veut dire deux, trois ou quatre comprimés prendre, il faut faire en sorte de ne pas forcément tous les faire prendre en même temps. Moi, c'est ma politique. De toutes les façons, plus on augmente le nombre de prises et moins l'observance sera bonne. C'est clair. Et c'est valable dans tous les domaines. Moi, quand j'ai commencé la médecine, c'était courant

que-pour la même pathologie-on ait un médicament avec six comprimés à prendre par jour. Maintenant, pour certains pathologies, on a un comprimé à prendre par semaine voire même par mois. Je pense que la bonne observance future du traitement, ce sera de minimiser au maximum les prises. Encore une fois, il faut se mettre à la place des patients. Ce n'est pas marrant à 15ans, 30 ans ou même 80 ans de prendre des médicaments pour le restant de sa vie. Donc, si on peut simplifier ..Pour la bonne observance, oui c'est ça qui donnera des résultats.

E : D'accord. Bon, le troisième intervenant est le médecin prescripteur. Je vais vous présenter un petit cas clinique. Vous diagnostiquez une hypertension artérielle avec des chiffres à 170/90 chez un patient de 91 ans- sans autre facteur de risque ni antécédent- et débutez un traitement antihypertenseur après confirmation du diagnostic. Quatre semaines après le début du traitement, ses chiffres tensionnels sont aux alentours de 160/80. Vous décidez de ne pas modifier le traitement et de reconvoquer le patient. Un mois plus tard, ses chiffres sont à 160/80.

Ces chiffres vous paraissent-ils satisfaisants ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?

Modifiez-vous d'emblée le traitement ou attendez-vous de confirmer les chiffres tensionnels lors d'une troisième consultation et pourquoi ?

Dr O : Oui, moi je le reconvoque. Je pense qu'il n'y a pas d'extrême urgence à cet âge-là. Il a 90 ans, il a sans doute un système artériel qui est déjà bien structuré donc il est « habitué » à avoir une certaine hypertension depuis longtemps. Alors, c'est vrai qu'il peut risquer un accident vasculaire cérébral avec une poussée de tension importante. Mais à trop vouloir baisser aussi la tension....Et puis il n'y a pas d'urgence. Même les cardiologues disent qu'il n'y a pas d'urgence à faire baisser une tension. On le fait revenir le troisième mois et, au pire, on demande l'avis du cardiologue en lui disant « Bon

qu'est-ce que tu en penses ? Est ce que cela vaut le coup d'essayer des traitements plus forts au risque d'avoir des effets secondaires. » Vraiment c'est des cas d'espèces, cela dépend de l'individu. A 90 ans, le patient peut être tonique et d'aspect tonique ou complètement gâteux. Oui, je peux peut-être changer le traitement pour un type de patient à 91 ans et que je ne changerai pas le traitement pour un patient du même âge mais complètement gâteux.

E : Donc, vous prenez en compte l'état général du patient dans votre décision thérapeutique ?

Dr O : Complètement. C'est tellement individuel, l'hypertension, que c'est difficile de répondre sur ce que je ferais. Je vous dis cela aujourd'hui comme cela, mais je ne sais pas sur le moment ce que je ferais. Peut-être que je changerais de molécule en me disant que la classe thérapeutique n'est pas efficace pour lui, peut être que je passerai en bithérapie mais sans forcément appuyer vraiment sur le traitement .

E : Et bien en fait, il semblerait que les médecins prescripteurs soient aussi impliqués dans le problème du contrôle tensionnel. Des études ont démontré que certains médecins tardent à majorer le traitement antihypertenseur chez leurs patients âgés, notamment par crainte des effets indésirables iatrogènes. Ce phénomène, appelé « inertie thérapeutique », semble contribuer au mauvais contrôle tensionnel chez les patients âgés. Des patients sont vus cinq ou six fois avec des chiffres tensionnels élevés, avant que le traitement soit modifié. On a parfois tendance à temporiser un petit peu et à ne modifier le traitement qu'au bout de la sixième fois. Qu'en pensez-vous ?

Dr O : Oui c'est vrai. On a peur à 90 ans....On a pas l'habitude de gérer ces patients sauf à être gériatres. Et puis il y a des gens de 90ans, encore une fois, qui ont des polyopathologies. Donc on ne sait pas comment ils vont réagir, tant dans la prise des médicaments-est ce qu'ils vont l'accepter ?-que

dans la tolérance du médicament lui-même avec les effets néfastes. Il faut toujours se dire, quand on donne un traitement, que c'est un traitement au long cours donc il faut voir le rapport bénéfice/ risque mais par rapport au temps de vie. Statistiquement, il reste combien de temps à vivre chez ce malade ? C'est un peu comme les diabétiques. Moi, un diabétique de 90 ans qui à 1,9 gramme de dextro, je lui fous la paix ! Enfin, je veux dire que je ne l'embête pas. On va faire quoi en prévention, rien.....A 90 ans, il n'a pas trop de délire, il n'est embêté par rien du tout, il a 16 de tension. On surveille s'il n'y a pas d'effets néfastes. Au bout de deux ou trois mois, effectivement, on va dire...Moi personnellement, je préfère changer de classe que d'augmenter les traitements parce qu'en les augmentant, on majore aussi les effets indésirables. Peut-être que je serais amené effectivement à augmenter mais...Je crois que moins on en fait....Primum non nocere. Après tout, l'objectif c'est aussi de ne pas trop embêter les gens.

E : Bien. En conclusion, avez-vous des remarques sur le sujet choisi, sur l'intérêt de ce travail ou sur la méthode employée ?

Dr O : Je pense que le sujet est vraiment intéressant. Il n'y a pas beaucoup de sujets qui traitent des plus de 80ans. Ce serait intéressant de

savoir- à partir d'une grosse cohorte-ce qu'il est conseillé de faire. Est ce qu'il faut être agressif jusqu'au bout ? Est ce que –comme pour le diabète- il faut laisser faire un petit peu ? Après tout, ils ont pu s'adapter à un moment à cette tension.... Justement, j'étais hier soir à une réunion sur l'œil du diabétique, faite par une femme très claire et didactique. On a fini par parler de la rétinopathie hypertensive, et elle nous disait qu'ils se rendent compte- pour la rétinopathie -qu'il ne faut surtout pas faire baisser trop rapidement l'hypertension. Parce qu'il y a des phénomènes réflexes au niveau de la rétine et bon, cela entraîne des effets néfastes et augmente l'œdème maculaire. Donc, vous voyez, on dit tout et son contraire. Cela dépend aussi du côté où on se positionne; le côté cardio, le côté neuro, le côté ophtalmo... Nous, médecins généralistes, on voit un peu l'ensemble de ces phénomènes, les yeux, le cœur.. Et puis, on juge en fonction. Mais c'est vraiment intéressant.

PAGE DU PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Le Président de Thèse
Faculté Denis Diderot Paris VII
Mr le Professeur Enrique Casalino

Vu :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Denis Diderot-Paris VII
Mr le Professeur Benoît Schlemmer

Vu et Permis d'Imprimer

Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen
Benoît SCHLEMMER

RESUME

Introduction:

L'hypertension est une pathologie fréquente, aux complications sévères. En France, moins de 50% des patients hypertendus traités atteignent les objectifs tensionnels recommandés, et ce constat concerne particulièrement les patients très âgés (plus de 80 ans).

Objectif:

Identifier les facteurs (liés aux patients, au traitement et aux médecins) limitant le contrôle tensionnel des patients très âgés, et proposer des mesures correctives.

Méthode:

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 médecins généralistes, en ambulatoire.

Résultats:

Des comorbidités comme la démence, la polypathologie/polymédication, l'isolement sociofamilial et une perception inappropriée de l'hypertension sont les principaux facteurs de «mauvais contrôle tensionnel» liés aux patients. Les effets indésirables iatrogènes, un nombre élevé de prises quotidiennes et la délivrance de médicaments génériques sont les principaux facteurs liés aux traitements. Des règles de prescription favorisant l'observance et des systèmes d'aide à la prise du traitement permettent de limiter l'impact de ces facteurs.

Des médecins font preuve de tolérance concernant les chiffres tensionnels et d'une réticence à majorer le traitement antihypertenseur chez des patients très âgés. L'inquiétude envers ces patients fragilisés, la crainte des effets iatrogènes, la volonté de privilégier la qualité de vie, les doutes sur l'intérêt de modifications thérapeutiques, et la satisfaction concernant les chiffres tensionnels constituent les principales causes de cette réticence.

Discussion:

La tolérance des médecins est possiblement liée au concept ancien d'hypertension physiologique «à respecter». La réticence à modifier le traitement résulte probablement du manque de données validées concernant les risques réels et les bénéfices concrets d'une modification thérapeutique.

Conclusion:

Le repérage -en consultation- des facteurs limitants et l'application de mesures correctives permettent d'améliorer le contrôle tensionnel des patients hypertendus très âgés. Une évaluation scientifique du rapport bénéfice/risque des modifications thérapeutiques pourrait constituer une aide décisionnelle pour les médecins prescripteurs, améliorant encore la prise en charge de ces patients.

Mots clés:

Etude qualitative, entretiens semi-dirigés, hypertension artérielle, patients très âgés, obstacles au contrôle tensionnel.

