Par **Nicolas Postel-Vinay*, Guillaume Bobrie*, Laurence Amar, Pierre-François Plouin**
Unité d'hypertension artérielle, Hôpital européen Georges-Pompidou, 75015 Paris.
* Membres du conseil scientifique du site automesure.com – **automesure@noos.fr**

Automesure : un outil d'éducation de l'hypertendu

Préconiser une éducation thérapeutique idéale pour tous est irréaliste.

Plus de 10 millions de Français prennent des antihypertenseurs : en l'état actuel du système de soins, il n'est pas prioritaire d'inclure dans des programmes d'éducation coûteux en ressources humaines des sujets sans facteurs de risque et dont l'hypertension est bien contrôlée.

Hygiène de vie : pas spécifique à l'HTA

Toutes les personnes, hypertendues ou non, jeunes ou âgées, en bonne santé ou pas, doivent prendre conscience des dangers du tabac, de la consommation excessive d'alcool, du surpoids, de la sédentarité et se convaincre des bienfaits de l'activité physique et d'une nutrition équilibrée. Il s'agit là d'une éducation à la santé dépassant le périmètre de la médecine générale ; ces messages doivent être diffusés à tout âge et dans des lieux non nécessairement médicalisés (écoles et lycées, médias). Ces comportements de bonne hygiène de vie font l'objet de campagnes de prévention dont les généralistes doivent se faire le relais en adaptant le propos au profil du patient. Nous n'en détaillons ni le contenu ni les méthodes de motivation, mais insistons sur l'importance du conseil minimal de sevrage tabagique et de la lutte contre l'obésité qui pèsent sur le risque de l'hypertendu (pour en savoir plus, voir www. inpes.sante.fr et www.comitehta.org).

Automesure : pour tous les hypertendus

Il est démontré que l'automesure tensionnelle est plus fiable que la mesure casuelle au cabinet médical en raison de la grande variabilité de la pression artérielle et des phénomènes d'HTA blouse blanche et d'HTA masquée.[1] Plusieurs enquêtes montrent un lien positif entre l'utilisation régulière du tensiomètre et la connaissance des facteurs de risque vasculaire ou des traitements. Il faut donc encourager l'autosurveillance car, outre qu'elle permet l'analyse du niveau tensionnel, sa pratique constitue une porte d'entrée à l'éducation thérapeutique via le contrôle comportemental des facteurs de risque cardiovasculaire et l'amélioration de l'observance.[2, 3] La méthode à enseigner au patient est standardisée, son application est simple et se résume en 6 messages clés :

1. Utiliser un appareil validé avec brassard huméral de taille adaptée (pas de mesure au poignet).
2. Faire la mesure en bonne position (assis, bras posé sur une table, main ouverte et détendue).
3. Effectuer les mesures après repos, au bon moment (le matin avant la prise des médicaments) et le soir, avec 3 mesures consécutives, 3 jours de suite.
4. Déconseiller les mesures trop fréquentes au fil des semaines, sauf cas particuliers. En pratique, on les préconise quelques jours avant les consultations, soit toutes les 4 à 6 semaines en période d'équilibration du traitement, et de façon plus espacée lorsque la PA est bien contrôlée (tous les 3 à 6 mois).
5. Apprendre au patient à restituer correctement ses résultats ;
6. Lui expliquer la notion d'objectif tensionnel et lui indiquer la valeur cible à atteindre : en général, moyenne des PA ≤ 135/85 mmHg (avec des objectifs plus stricts en cas de diabète ou d'insuffisance rénale avec protéinurie ou d'antécédents d'AVC).

Bien sûr, on respectera les contre-indications (fibrillation auriculaire, grossesse, brassard non adapté à la taille du bras, troubles cognitifs, enfants).

Utiliser les outils pédagogiques

L'automesure est en règle générale bien acceptée par les patients même âgés. Dans ce processus éducatif, il est indispensable que les pharmaciens prennent toute leur place, ne vendent pas d'appareils non validés et accompagnent la vente d'un véritable conseil. Pour renforcer le message de la consultation, il est conseillé d'utiliser des outils éducatifs (fiches, livrets, vidéos, applicatif de calcul de moyenne et de restitution des résultats). On peut proposer aux patients disposant d'Internet (> 40 % des hypertendus aujourd'hui) de saisir leurs résultats en ligne et vérifier leurs connaissances avec un didacticiel d'auto-évaluation.[4, 5] Les outils disponibles sur le site www.automesure.com ont été testés auprès des patients et sont recommandés par les sociétés savantes.

Traitement : insister sur la durée

Il faut prendre soin de bien préciser au patient que le traitement associe des mesures d'hygiène de vie à la prise de médicaments pour une très longue durée. On précise que le but recherché est celui de la prévention d'événements cardiovasculaires et non une approche symptomatique ou une guérison. Il faut expliquer la démarche d'ajustement des molécules (en termes de posologie et d'associations) en fonction d'une pression artérielle cible clairement annoncée au patient et de consultations rapprochées. On informe – à l'avance – de la survenue possible d'effets secondaires (anticiper et être à l'écoute

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE

L'ESSENTIEL

- **L'automesure tensionnelle** est un outil reconnu qui améliore l'observance du traitement antihypertenseur.
- **Son impact** sur la baisse des chiffres tensionnels est moins documenté.
- **Ses adeptes** font preuve d'un plus grand souhait d'autoprise en charge, y compris dans la prise de décision.

permet de maintenir la confiance), on évalue régulièrement les croyances du patient vis-à-vis des médicaments et la gêne (réelle ou alléguée) qu'il peut ressentir. En cas de prises multiples et de comorbidités, l'emploi d'un pilulier est conseillé. L'évaluation de l'observance devrait être faite à chaque consultation pour apporter si besoin une aide avec des moyens non détaillés ici.

Situations particulières

La prise en charge peut être plus compliquée, notamment en cas de problèmes d'addiction ou de comorbidités lesquels nuisent au bon contrôle tensionnel.[6] Prescrire des médicaments ne suffit pas et nous sommes trop souvent en échec pour modifier le comportement des patients, notamment les faire maigrir ou reprendre une activité physique.[7]

Hypertension résistante : avant de conclure à l'inefficacité du traitement, il faut penser à détecter une éventuelle mauvaise observance, évaluer le vécu de la prise des médicaments (effets secondaires, horaires des prises, contraintes liées au nombre de comprimés, etc.) et estimer la consommation de sel : enquête nutritionnelle à la recherche du sel caché de l'alimentation ; natriurèse des 24 heures si besoin (en régime stable **depuis 3 jours** [apports constants, pas de variation de régime, pas d'introduction ou d'arrêt des diurétiques, pas de maladie cardiaque ou rénale aiguë], 85 à 102 mmol de sodium urinaire par jour correspondent à des apports de sel de 5 à 6 grammes/jour. En pratique on divise la natriurèse des 24 h par 17, masse molaire du sodium).

La consommation excessive d'alcool nuit au bon contrôle de la PA et peut être source d'HTA. Il est important de savoir passer la main si le sevrage n'est pas obtenu (psychologue, addictologue). Si cela est opportun, on signale aux patients le service téléphonique Écoute Alcool : 0 811 91 30 30, mis en place par l'Inpes.

Vis-à-vis du tabagisme, toujours faire preuve d'empathie mais ne jamais renoncer à proposer son aide pour l'arrêt. Là encore, on n'hésite pas à adresser le patient (autre confrère ou consultation de tabacologie) si le sevrage n'est pas obtenu au fil des consultations.

Intolérance multiple aux médicaments. Certains patients disent ne « supporter » aucun médicament (après de nombreuses tentatives...) et décrivent des intolérances non spécifiques (vertiges, fatigue, sensation de faiblesse). Il faut savoir écouter leurs plaintes, et envisager la recherche d'éventuels troubles psychiatriques et notamment anxieux.[8]

En cas de surpoids, orienter vers une diététicienne pour une enquête alimentaire personnalisée, point de départ d'une prise en charge adaptée. Ne pas oublier la promotion de l'exercice physique. Si l'obésité est marquée, on peut faire appel à un nutritionniste, un rééducateur physique, une diététicienne, un psychologue.

Diabète, insuffisance rénale : l'éducation de ces patients sort de notre propos. Si l'automesure tensionnelle n'est pas prévue dans le programme des diabétologues et des néphrologues, la rajouter.

Insuffisant respiratoire. Rappelons que les patients atteints de BPCO décèdent plus souvent de pathologies cardiovasculaires que de leur affection respiratoire. Si l'automesure tensionnelle n'est pas prévue par les pneumologues, la rajouter.

L'infection par le VIH étant devenue chronique, et les antirétroviraux ayant un impact délétère sur les lipides, l'éducation au contrôle attentif des facteurs de risque cardiovasculaire ne doit pas être oubliée.

HTA secondaire : enseigner au patient la cause de son hypertension (hyperaldostéronisme, sténose de l'artère rénale, syndrome de Cushing, etc.) afin qu'il puisse l'indiquer (si nécessaire) à un nouveau médecin ou en cas d'urgence.

Chez les patients très anxieux, il ne faut pas imposer l'automesure coûte que coûte. En cas d'attaque de panique, bien expliquer que les chiffres élevés de pression artérielle mesurée par les urgentistes ne sont pas forcément synonymes d'HTA non contrôlée nécessitant une prescription immédiate d'antihypertenseurs en sus du traitement habituel. Lorsqu'il existe un retentissement sur la vie quotidienne, on peut faire appel aux méthodes cognitivo-comportementales.

Chez les patients ne comprenant pas le français : s'aider de l'entourage et d'une assistante sociale.

Pour les sujets très âgés : rencontrer les aidants, utiliser un pilulier.

Conclusion

Le médecin traitant sait aujourd'hui (ou devrait savoir) ce qu'est l'éducation thérapeutique, qui est à distinguer de la simple information du patient.[9] Mais avec la baisse de la démographie médicale et la charge de travail croissante, comment l'appliquer chez plus de 10 millions de patients ? En pratique, le médecin traitant qui ne peut pas tout faire, ni être « derrière chaque hypertendu » doit savoir mobiliser les aides disponibles dans sa région pour les patients les plus graves, et systématiquement encourager l'autosurveillance de tous les hypertendus avec l'aide du pharmacien. ●

RÉFÉRENCES

1. European Society of hypertension practice guidelines for home blood pressure monitoring. Journal of Human Hypertension 2010;24:779-85.
2. Ogedegbe G, Schoenthaler A. A systematic review of the effects of home blood pressure monitoring on medication adherence. J Clin Hypertens (Greewich)2006;8:174-80.
3. Postel-Vinay N, Bobrie G. Place des patients dans le contrôle de leur hypertension artérielle : encourager l'autosurveillance. Rev Prat 2010;60: 660-5.
4. Postel-Vinay N, Bobrie G, Asmar R. Automesure de la pression artérielle : quelle restitution par les patients ? Enquête Autoprov. Rev Prat 2009;59(8 suppl.):8-12.
5. Postel-Vinay N, Mordefroid O, Lemee C. Connaissances des internautes sur l'automesure tensionnelle évaluées par didacticiel. Arch Mal Coeur Vaiss Pratique 2009(hors série 1).
6. Turner BJ, Hollenbeak CS, Weiner M, Ten Have T, Tang SS. Effect of unrelated comorbid conditions on hypertension management. Ann Intern Med 2008;148:578-86.
7. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. Lancet 2009;373:929-40.
8. Davies SJ, Jackson PR, Ramsay LE, Ghahramani P. Drug intolerance due to nonspecific adverse effects related to psychiatric morbidity in hypertensive patients. Arch Intern Med 2003;163:592-600.
9. Simon D, Traynard PY, Bourdillon F, Grimaldi A. Éducation thérapeutique. Paris: Masson; 2007: 266 p.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE