

**unisanté**

Centre universitaire  
de médecine générale  
et santé publique · Lausanne

# Adhésion au traitement antihypertenseur

---

Véronique Kälin

Jeudi d'Unisanté

Avancées scientifiques 2023

18 janvier 2024



# Quelles autres recommandations?

Recommandations de classe  


- Dépistage de la non-observance recommandé chez tous les patients présentant une **hypertension résistante** apparente
- Vérifier l'adhésion avant screening de **l'hypertension secondaire**
- **Associations fixes** souvent recommandées pour réduire le nombre de comprimés
- Envisager plusieurs stratégies pour améliorer l'observance et une approche multidimensionnelle fondée sur **l'interprofessionnalité**

# Adhésion à un traitement chronique

- L'adhésion et la persistance, en prévention d'un SCA, sont sous-optimales :
  - entre 50% en prévention I° et 66% en prévention II°
- Environ 1 patient hypertendu sur 3 à 4 est non-adhérent à son tt sur la base d'analyses sanguines
- Chez de nouveaux patients en Italie, 36% n'ont pas renouvelé leur ordonnance une 2ème fois !

# Qu'est-ce qu'une bonne adhésion ?

- Quel est le «taux d'adhésion» minimal à viser dans le cas de médicaments antihypertenseurs?
  - 100%
  - 90%
  - 80%
  - 70%
- Et combien cela représente-t-il d'oublis sur 1 mois?
  - 2
  - 3
  - 4
  - 6

# Limites des % et non persistance

Août 2018

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
		Oubli	2	3	4	5
Oubli	7	8	9	Oubli	11	12
13	14	15	16	Oubli	18	19
20	21	Oubli	23	24	25	26
27	28	29	Oubli	31		

via icalendrier.fr

Parler en % est réducteur, il faudrait une vue plus fine sur la prise

Adhésion à 80% d'un traitement => 6 oublis / mois !

Août 2018

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
Oubli	Oubli	Oubli	Oubli	Oubli	Oubli	26
27	28	29	30	31		

via icalendrier.fr

unisanté

# Quel est le «meilleur» moment de prise ?

- Partant des résultats de cette nouvelle étude et des guidelines internationales dans l'HTA
- → le choix du patient pour la prise matin ou soir est à envisager selon :
  - ses préférences : choix personnalisé à partager avec le patient
  - sa routine quotidienne : autres traitements ? stockage du médicament ?
  - sa crainte des effets indésirables → les faire verbaliser

# Effets indésirables des antihypertenseurs

Classe thérapeutique	Effet indésirable redouté	Moment de prise préférentiel
Diurétiques	Besoin fréquent d'uriner	<b>Matin</b>
IECA	Toux sèche irritative	<b>Matin ?</b>
Sartans	-	Sans préférence
Béta-bloquant	Cauchemars	<b>Matin</b> (ou passage à une forme retard)
Antagonistes calciques	Oedème	<b>Soir</b>
Tous les antihypertenseurs (y c. les associations)	Vertiges, nausées, etc.	<b>Soir</b>

[www.pharmavista.ch](http://www.pharmavista.ch)

[www.compendium.ch](http://www.compendium.ch)

Krzesinski, J., Vanderweckene, P., Ercicum, P., Intérêt de la chronothérapie dans le traitement de l'hypertension artérielle, Rev Med Suisse, 2012/351 (Vol.-2), 1604–1610

[Principales-classes-antihypertenseurs\\_betabloquants-ou-bloquants-recepteurs-b-adrenergiques.pdf \(hypertension.qc.ca\)](#)

# Comment parler le même langage au cabinet à la pharmacie ?

Les options pour les **patient.es** :

- Education thérapeutique / contrôle de la TA à domicile
- Choix du moment de prise
- Evaluer le nombre total de médicaments à prendre
- Envisager des associations fixes
- Outils d'aide à la prise médicamenteuse

Rea, Federicoa,b; Morabito, Gabriellaa,b; Savaré, Lauraa,c,d; Pathak, Atule; Corrao, Giovannia,b; Mancina, Giuseppef,g. Adherence and related cardiovascular outcomes to single pill vs. separate pill administration of antihypertensive triple-combination therapy. *Journal of Hypertension* 41(9):1466-1473, September 2023.

Rahman M, Judah G, Murphy D, Garfield SF. Which domains of the theoretical domains framework should be targeted in interventions to increase adherence to antihypertensives? A systematic review. *J Hypertens*. 2022 May 1;40(5):853-859.

[Which domains of the theoretical domains framework should be targeted in interventions to increase adherence to antihypertensives? A systematic review - PubMed \(nih.gov\)](#)

# Outils d'aide à la prise médicamenteuse



Semainier



Pilulier électronique  
(MEMS®: Medication  
Event Monitoring  
System)



Réconciliation  
médicamenteuse

# Ressources à disposition du médecin

<b>Pharmacie du patient</b>	<b>Pharmacie Unisanté + certaines pharmacies du canton de Vaud et Genève</b>
Historique de consommation	
Entretien motivationnel	Consultation pharmaceutique personnalisée : Unisanté 021.314.48.47
Semainier	Pilulier électronique avec suivi
Prestation MyCareStart (phase pilote, selon participation au programme)	

# Initiation du traitement antihypertenseur – Prestation MyCareStart

Nombre de semaines écoulées	1	2	3	4	5
Nombre de jours écoulés	1–7	8–14	15–21	22–28	29–35

Jour 0

Début du traitement



**1<sup>er</sup> entretien  
en semaine 2**

**2<sup>ème</sup> entretien  
en semaines 4–5**

Déclaration de consentement  
pour le rapport au médecin

# Prestation MyCareStart - Interprofessionnalité



En cas de problèmes :

- Orienter la patiente vers le médecin prescripteur
- Possible à tout moment durant la prestation
- Facultatif → formulaire « Orientation vers le médecin »

## Déclaration de consentement du/de la patient-e à la transmission d'informations au médecin prescripteur dans le cadre de myCare Start

Par la présente déclaration de consentement, la personne soussignée déclare consentir à ce que des informations portant sur le début d'un nouveau traitement en pharmacie soient recueillies et archivées dans le cadre de la **prestation myCare Start**. Les informations recueillies (p. ex. en cas d'apparition de problèmes avec le nouveau médicament) ainsi qu'un bref rapport final peuvent en outre être transmis au médecin prescripteur. La transmission des données se fait toujours par le biais d'adresses e-mail sécurisées ou cryptées d'une autre manière de sorte à respecter l'ensemble des dispositions sur la protection des données.

- Par la présente, j'accepte que la pharmacienne/le pharmacien transmette des informations sur le début de mon traitement (éventuels problèmes apparus et bref rapport final) à mon médecin prescripteur.

Prénom, nom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Lieu / date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_