



Agir pour l'observance dans l'Hypertension Artérielle Call for action

- **Membres du groupe** : Jean-Marc BOIVIN (Médecin Généraliste), Michel BURNIER (Néphrologue), Thierry DENOLLE (Cardiologue), Jean-Pierre FAUVEL (Néphrologue), Xavier GIRERD (Cardiologue), Idir HAMDIDOUCHE (Pharmacien), Audrey JANOLY (Pharmacien), Fayçal JARRAYA (Néphrologue), Atul PATHAK (Cardiologue), Alexandre PERSU (Néphrologue), Philippe De TIMARY (Psychiatre), Bernard Vaisse (Cardiologue).
- **Objectifs** :
 - Dépister et estimer une mauvaise observance devant un patient traité pour une HTA
 - Reconnaître les causes de la mauvaise observance et propositions de réponses
 - Définir les actions spécifiques dans les situations particulières
 - Définir les actions spécifiques selon le professionnel de santé



- **L'OMS définit l'Observance thérapeutique** comme la mesure avec laquelle les comportements d'une personne devant prendre un médicament, devant suivre un régime alimentaire, et/ou changer de mode de vie correspondent aux recommandations d'un professionnel de santé.
- **Une mauvaise observance est consensuellement définie** comme une concordance inférieure à 80 % entre la prescription et la prise de médicaments.

Observance (adhésion, *adherence*) et persistance: traitement antihypertenseur

50% des patients ne prennent plus leur traitement à 1 an et 35% à 6 mois !

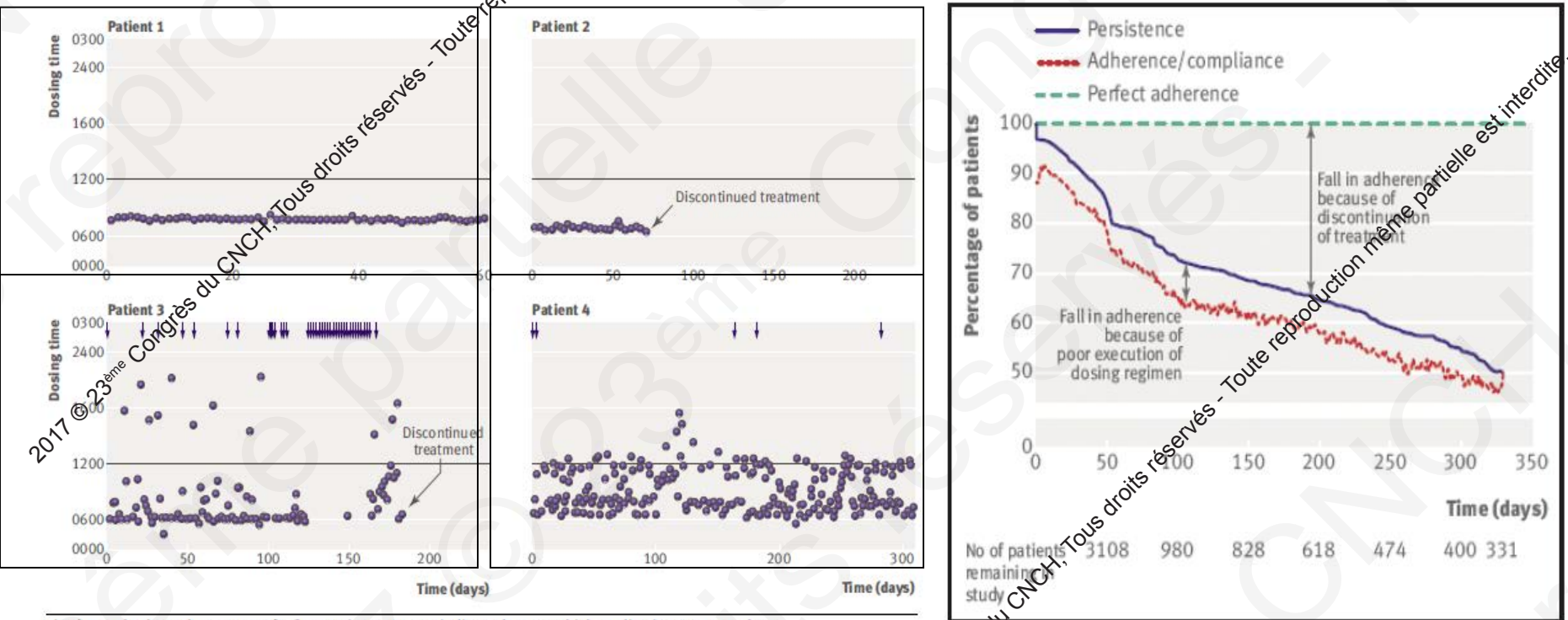


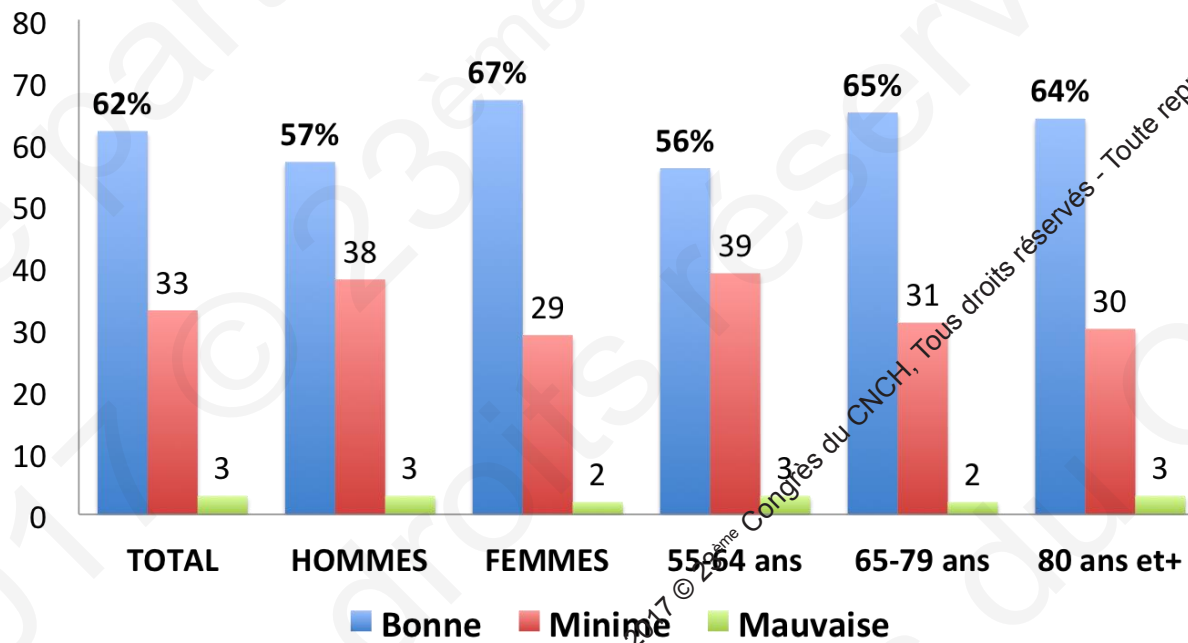
Fig 1| Sample chronology reports for four patients. Arrows indicate days on which medication was not taken

Vrijens B et al., Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories *BMJ* 2008; 336: 1028-1034



CONSENSUS D'EXPERTS

- Dans toutes les maladies chroniques prendre un médicament quotidien n'est pas un comportement naturel !



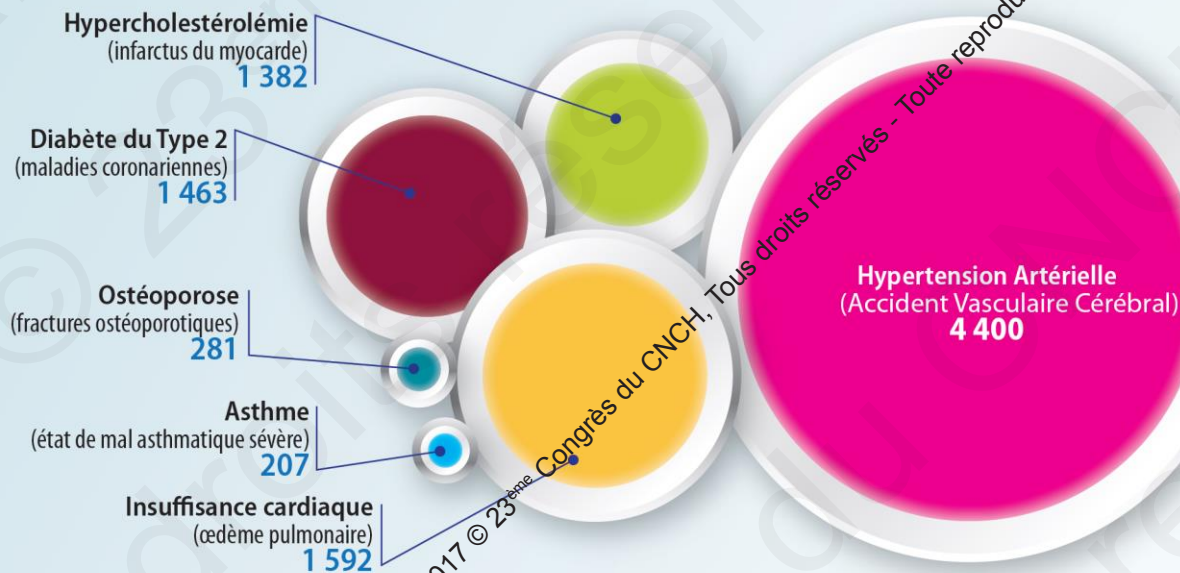


CONSENSUS D'EXPERTS

l'HTA est la maladie chronique N° 1 mondiale en termes de conséquences médico-économiques

LES COUTS DES COMPLICATIONS PAR PATHOLOGIE (EN MILLIONS D'EUROS)

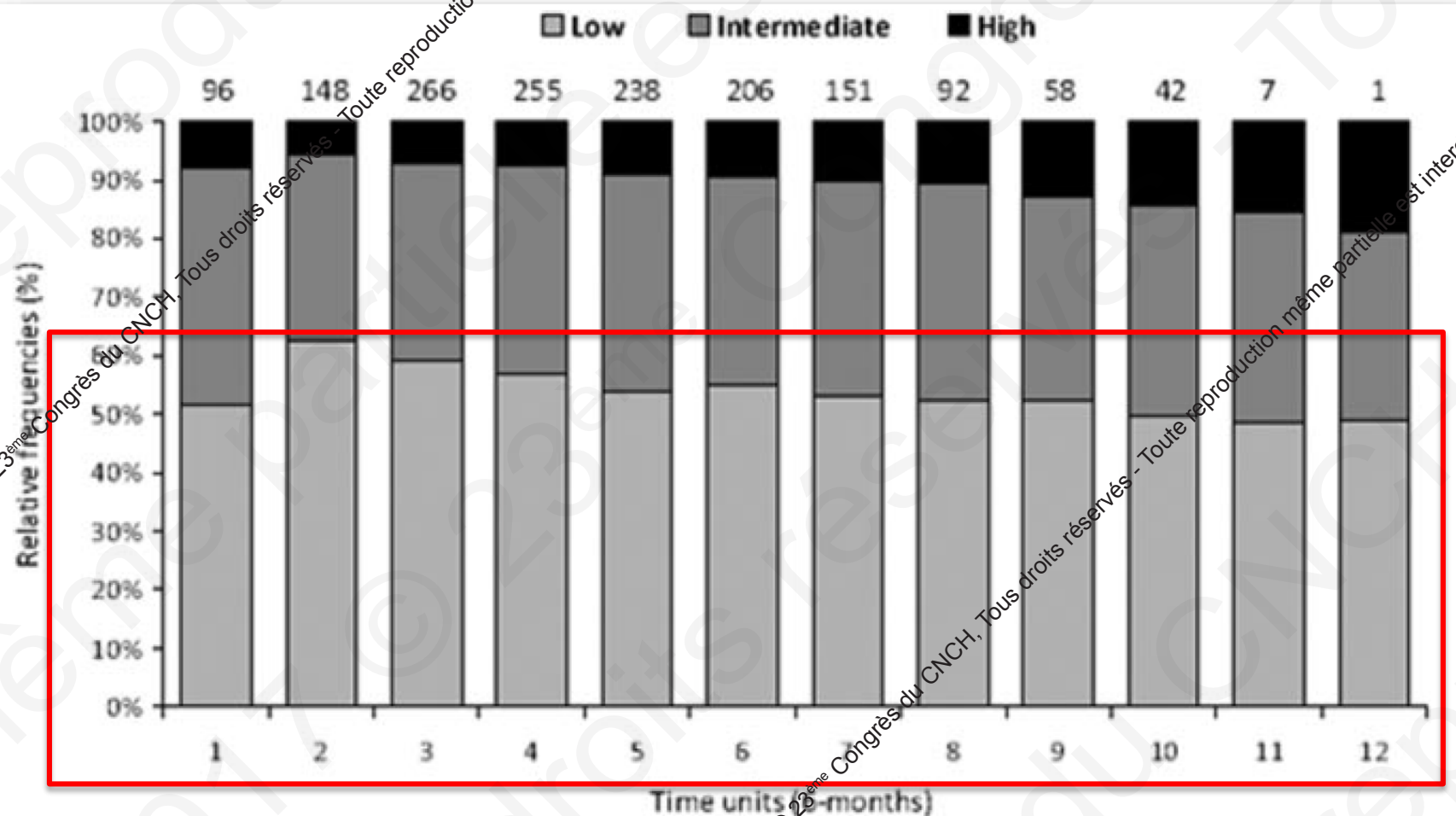
Dépenses de biens et services médicaux pour une année



Recours aux soins médicaux : EPPM (Étude permanente de la prescription médicale)
Recours aux stratégies médicales supplémentaires : EPPM et SPR (Suivi du porté au remboursement)
Recours aux soins d'urgence (hospitalisation) : PMSI - MCO (Programme de médicalisation des systèmes d'information)

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Adherence to Antihypertensive Medications and Cardiovascular Morbidity Among Newly Diagnosed Hypertensive Patients



G Mazzaglia, Circulation. 2009;120:1598-1605

Adherence to Antihypertensive Medications and Cardiovascular Morbidity Among Newly Diagnosed Hypertensive Patients

Adherence Within 6 mo After Diagnosis	HR* (95% CI)	P
Model 1†		
Low (PDC <40%)	1.00	<0.001§
Intermediate (PDC, 40% to 79%)	0.87 (0.73–1.03)	0.117
High (PDC ≥80%)	0.50 (0.35–0.69)	<0.001
Model 2†		
Low (PDC <40%)	1.00	<0.001§
Intermediate (PDC, 40% to 79%)	0.86 (0.71–1.03)	0.109
High (PDC ≥80%)	0.62 (0.40–0.96)	0.032

Long-Term Adherence to Evidence-Based Secondary Prevention Therapies in Coronary Artery Disease

	Unadjusted HR (95% CI)	Adjusted HR* (95% CI)
Aspirin	0.37 (0.34–0.39)	0.58 (0.54–0.62)
β -Blockers	0.48 (0.45–0.51)	0.63 (0.59–0.67)
Lipid-lowering agents	0.44 (0.35–0.55)	0.52 (0.42–0.65)
Aspirin + β -blockers	0.44 (0.41–0.47)	0.61 (0.57–0.65)
Aspirin + β -blockers + lipid-lowering agents	0.52 (0.46–0.59)	0.67 (0.59–0.77)
ACEIs in patients without heart failure†	1.21 (0.93–1.58)	1.05 (0.80–1.38)
ACEIs in patients with heart failure‡	0.91 (0.82–1.00)	0.75 (0.67–0.84)

K Newby , *Circulation* 2006; 113 : 203-212.

Evidence-based pharmacotherapy after myocardial infarction in France: Adherence-associated factors and relationship with 30-month mortality and rehospitalization

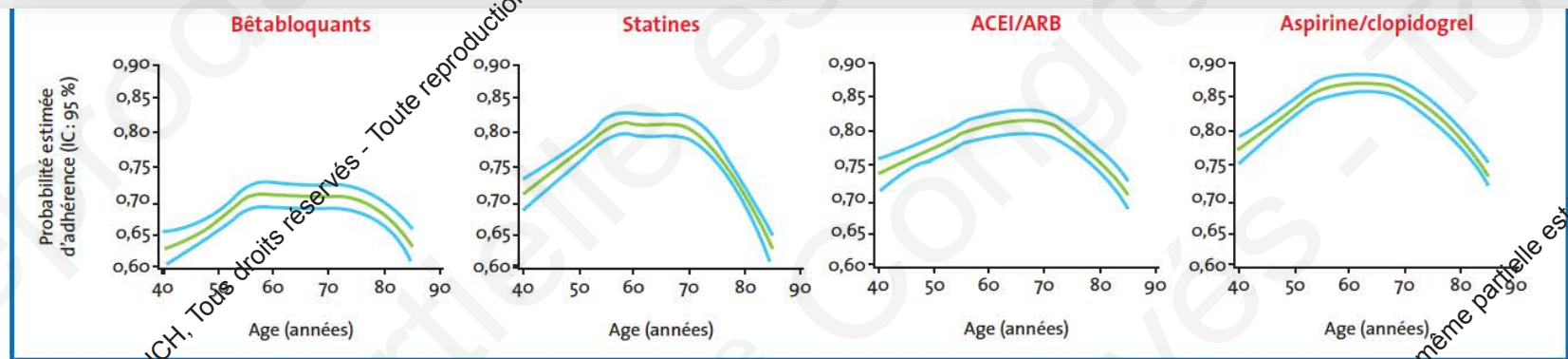


FIG. 1 : Adhérence thérapeutique aux principales classes thérapeutiques après un infarctus du myocarde (bêta-bloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion/antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2, statines, antiagrégants plaquettaires) selon l'âge. D'après P. Tuppin et al. [5].

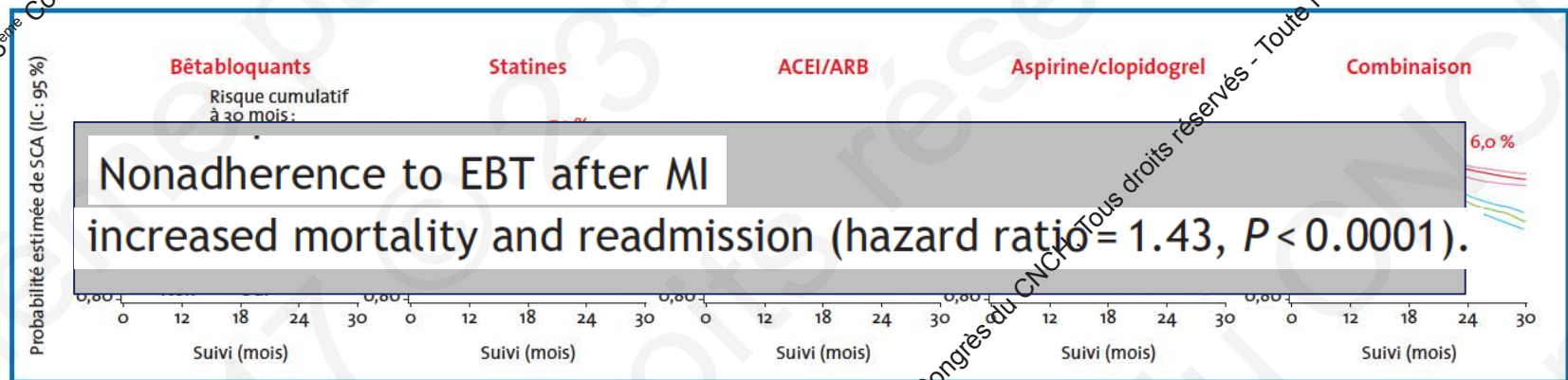


FIG. 2 : Survenue des syndromes coronariens aigus (SCA) à 30 mois selon l'adhérence aux différents traitements chez les survivants des patients hospitalisés pour

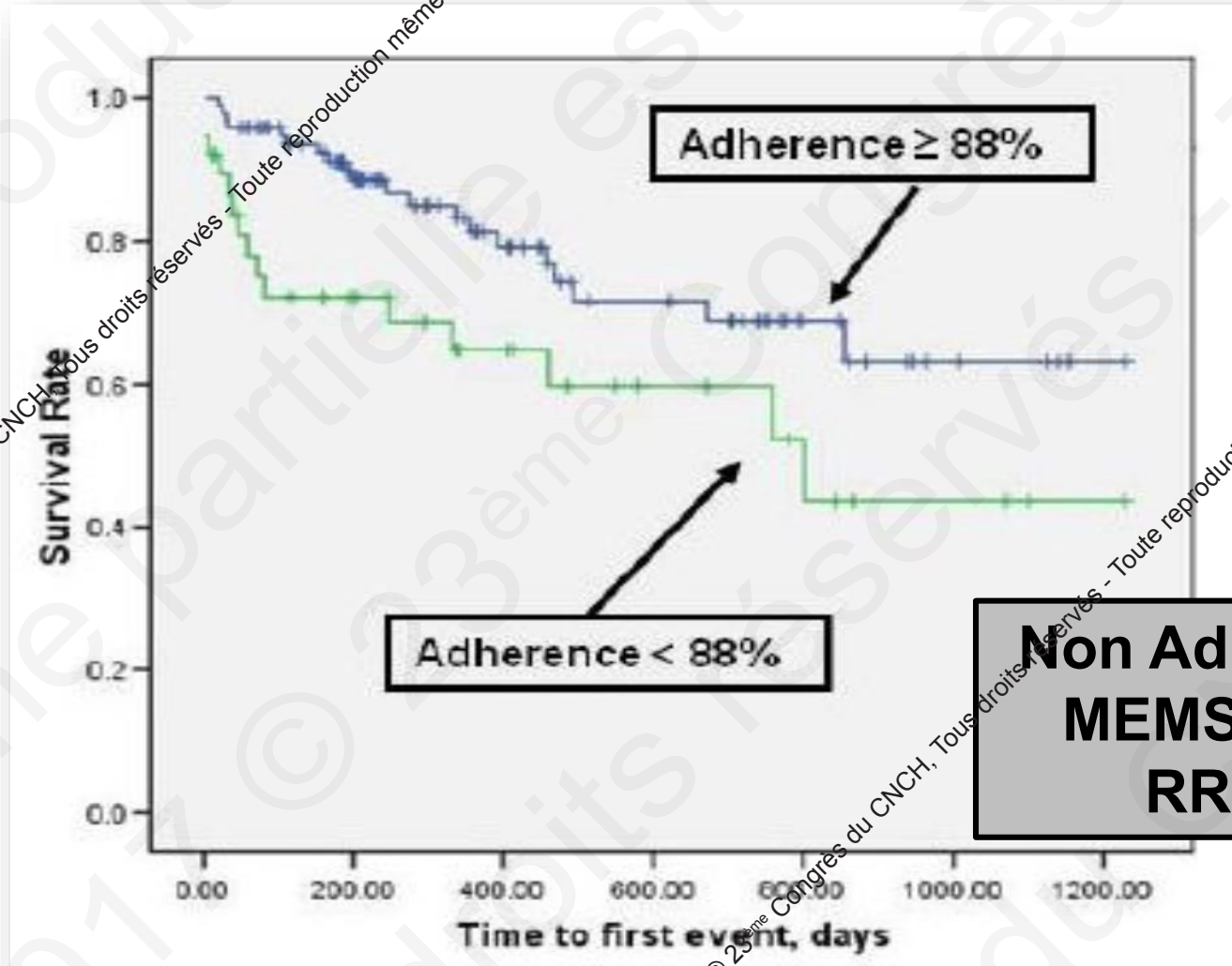
Evaluation of the impact of the recent controversy over statins in France: The EVANS study

Évaluation de l'impact de la controverse récente sur les statines en France

En prévention primaire, 24,3% des patients interrogés ont déclaré avoir l'intention d'arrêter les statines contre 8,6% prévention secondaire ($p < 0,001$). En France, cette polémique pourrait engendrer 4992 événements cardiovasculaires majeurs dont 1159 décès par an si les patients arrêtent réellement leur statine.

A Saib , Arch Cardiovasc Disease 2013, 106: 511-516

Defining an Evidence-Based Cutpoint for Medication Adherence in Heart Failure



Adhérence au traitement Anticoagulant

	Apixaban	Dabigatran	Rivaroxaban	Warfarine
Adhérence AVK : 40% NACO 47% 64.661 patients FA				
CHA2DS2-VASc entre 0 et 1	40,6%	28,6%	30,8%	25,2%
CHA2DS2-VASc entre 1 et 2	51,9%	46,9%	48,8%	37,3%
CHA2DS2-VASc ≥ 4	54,1%	48,7%	50,9%	42%

Impact of a Better Adherence to Antihypertensive Agents on Cerebrovascular Disease for Primary Prevention

Table 4. Change in RR of Cerebrovascular Disease After Adjustment for Unmeasured Confounders

	Prevalence of Risk Factor‡ (high risk; medium risk)†		OR* (95% CI)		
	High Adherence Group	Low Adherence Group	High Risk†	Medium Risk†	Estimated RR (95% IC) of CD
Scenario 1	15% (8%; 7%)	19% (12%; 7%)	1.8 (1.2–2.3)	1.3 (1.1–1.8)	0.80 (0.72–0.90)
Scenario 2	15% (8%; 7%)	19% (12%; 7%)	2.5 (1.6–3.5)	2.0 (1.2–3.0)	0.82 (0.73–0.92)
Scenario 3	15% (8%; 7%)	25% (12%; 13%)	1.8 (1.2–2.3)	1.3 (1.1–1.8)	0.82 (0.73–0.92)
Scenario 4	15% (8%; 7%)	25% (18%; 7%)	3.0 (1.2–4.0)	2.0 (1.1–3.0)	0.91 (0.78–1.08)
Scenario 5	15% (8%; 7%)	25% (18%; 7%)	4.0 (1.2–5.0)	2.0 (1.1–3.0)	0.96 (0.81–1.16)

*Risk factor between the confounder and CD.

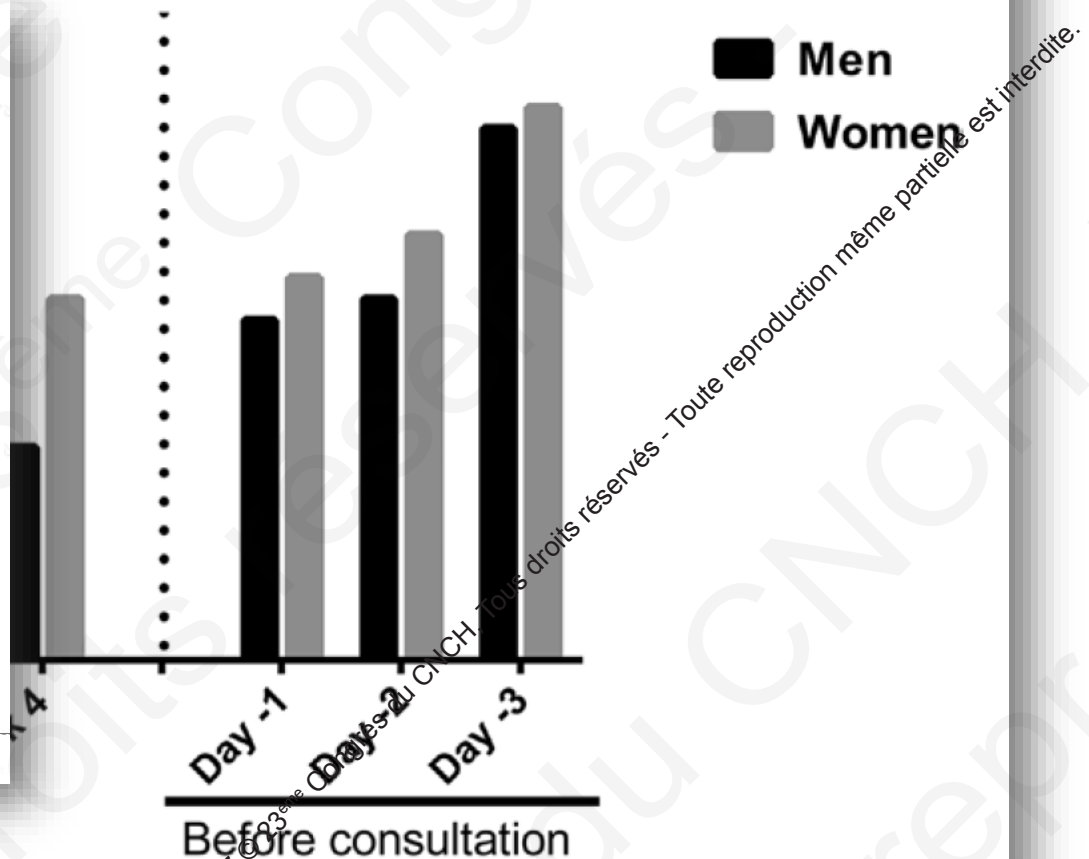
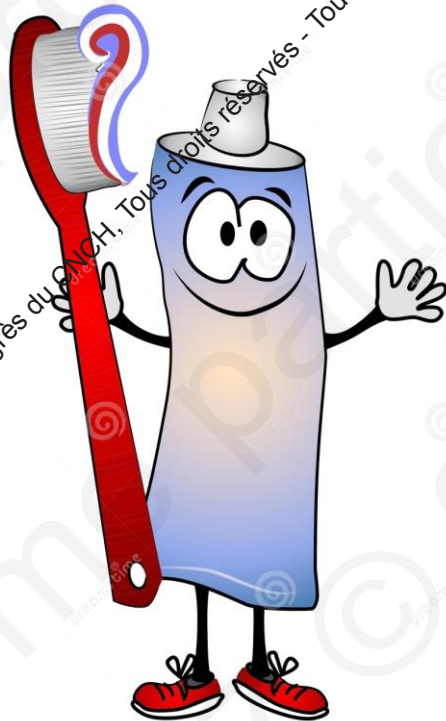
†High risk; medium risk are defined as smokers (current smokers or former smokers) or obesity (severe or moderated).

‡Proportion at high risk factor and medium risk factor among high adherence and low adherence groups.

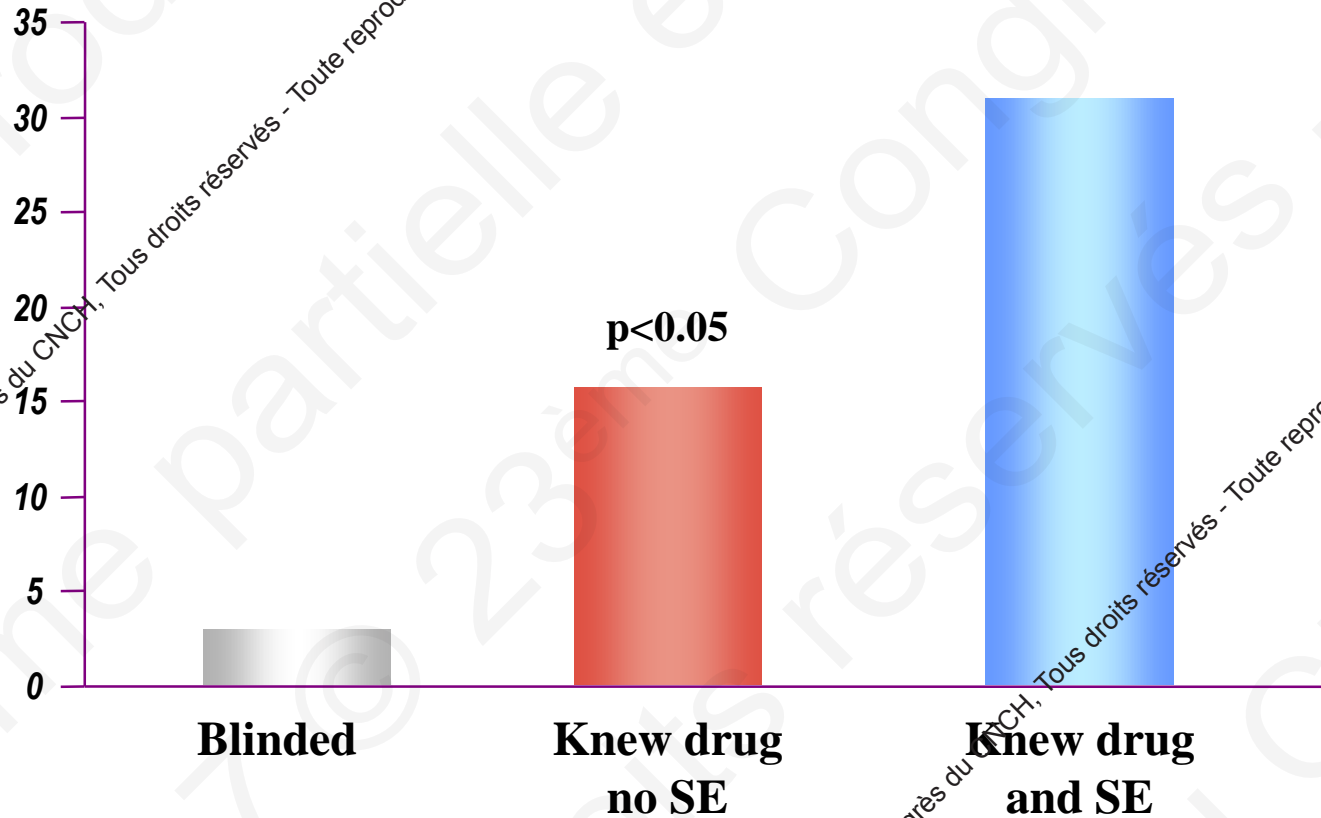
F Z Kettani , Stroke, 2009 ; 40 :213-220.

white-coat adherence in hypertensive patients receiving once-daily diuretic therapy.

Drug adherence (%)



Dysfonction érectile sous β -bloquants



Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research

What is already known on this topic

Between 30% and 50% of people with hypertension do not take drugs regularly

Qualitative research in other chronic conditions showed that patients often actively decide to avoid drugs rather than unintentionally missing them

Qualitative studies have focused on the health beliefs of specific ethnic groups in hypertension, suggesting that cultural factors contribute to low rates of control

What this study adds

People with hypertension interviewed in qualitative studies often relied on the presence of stress or symptoms to determine whether their blood pressure was raised

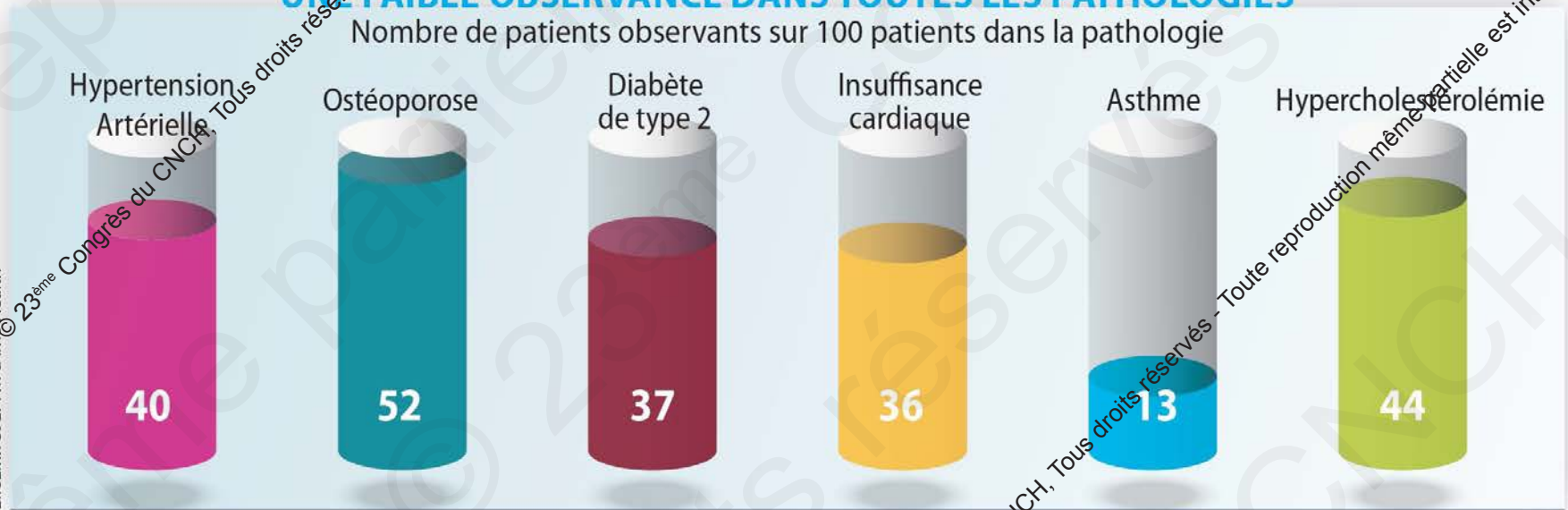
This perceived connection led many to reduce or stop drugs in response to fewer symptoms or less stress

There seem to be few major differences in understanding of hypertension between people from different ethnic groups and countries—calls for culturally specific education by the authors of qualitative studies may not be justified

Observance: le Medication Possession Ratio (MPR) : ratio moyen dispensation/prescription

UNE FAIBLE OBSERVANCE DANS TOUTES LES PATHOLOGIES

Nombre de patients observants sur 100 patients dans la pathologie



Sources : MPRsc 2017 - calcul sur données des bases LifeLink et EPPM d'IMS Health

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



CONSENSUS D'EXPERTS



Augmenter l'efficacité des interventions sur l'observance aurait un plus grand impact sur la santé de la population que n'importe quelle amélioration des traitements médicaux.

“Increasing the effectiveness of adherence interventions may have a far greater impact on the health of the population than any improvement in specific medical treatments”¹

¹ Haynes RB. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001, Issue 1, 2001.

WHO report (2003, 211 p.) *Adherence to long-term therapies, evidence for action*, p. 11



CONSENSUS D'EXPERTS

- **Une observance insuffisante est plus fréquente dans 3 situations maintenant reconnues :**
 - première année du traitement,
 - sujets polymédiqués,
 - HTA apparemment résistante

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

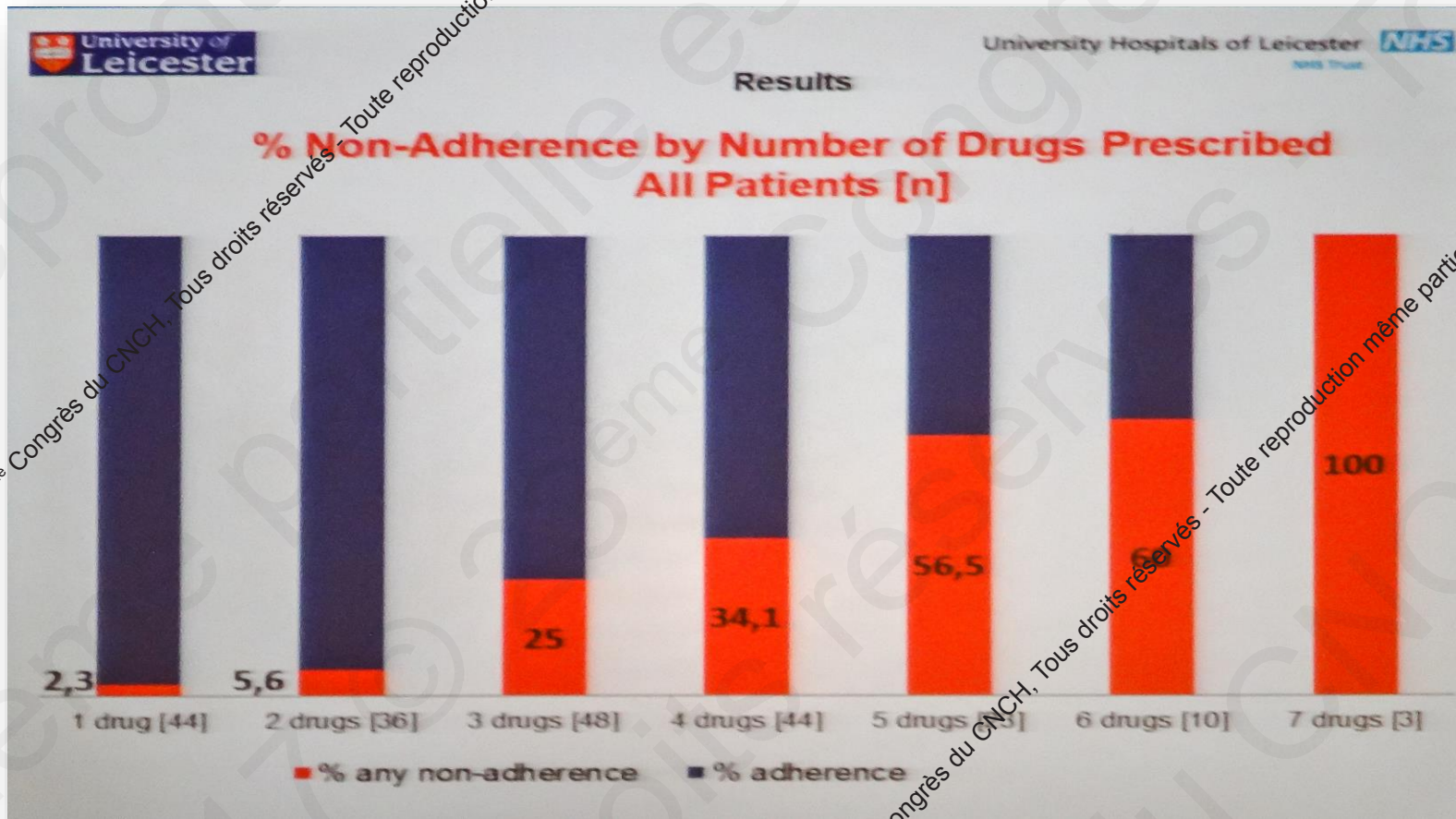
Evaluation par classe des médicaments antihypertenseurs

- **Among the patients recently handled by antihypertensive treatment:**
 - **28 % will have no other repayment in the next 12 months.**
- **On a population of patients, recently handled by antihypertensive and with at least a renewal of prescription after the initial prescription:**
 - **35 % of the patients will have no more antihypertensive treatment after a period of follow-up of 12 months**
 - **16 % of the patients preserve their initial treatment over 12 months of the period of follow-up.**

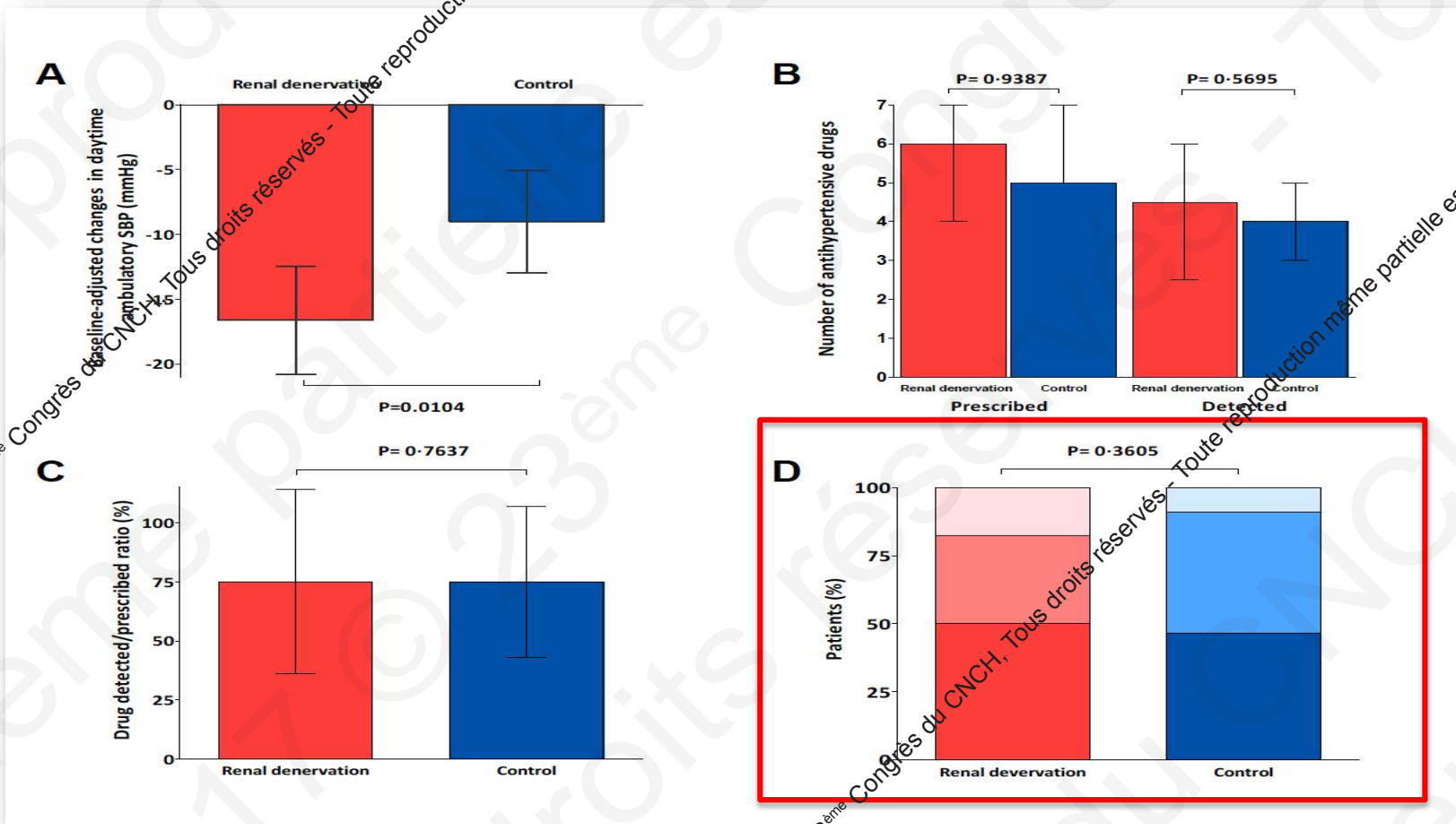
2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Importance de la non adhérence au traitement antihypertenseur étudié par spectrophotométrie de masse urinaire



Adherence to Antihypertensive Treatment and the Blood Pressure–Lowering Effects of Renal Denervation in the Renal Denervation for Hypertension (DENERHTN) Trial





- **De nouveaux outils sont proposés pour dépister une mauvaise observance médicamenteuse et y remédier :**

- **FLAHS Obs**
- **EVAL Obs**
- **QUE Obs**

Calculateur FLAHS – Observance

<http://www.comitehta.org/flahs-observance-hta/>

Données démographiques			
> Sexe	<input type="radio"/> Homme	<input type="radio"/> Femme	
> Age (ans)	<input type="radio"/> 55 à 64	<input checked="" type="radio"/> 65 à 80	<input type="radio"/> 80 et plus
Traitements			
> Nombre de comprimés par jour pour traiter l'HTA	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3+
> Diabète traité	<input type="radio"/> Non	<input checked="" type="radio"/> Oui	
> Hypercholestérolémie traitée	<input type="radio"/> Non	<input checked="" type="radio"/> Oui	
Antécédents			
> Affection articulaire ou osseuse (arthrose, rhumatisme, mal de dos) ?	<input type="radio"/> Non	<input checked="" type="radio"/> Oui	
> Affection respiratoire (asthme, bronchite chronique, apnée du sommeil) ?	<input checked="" type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	
> Anxiété, dépression nerveuse	<input type="radio"/> Non	<input checked="" type="radio"/> Oui	
> Cancer	<input checked="" type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	
> Problème de vue important (cataracte, glaucome, cécité) ?	<input checked="" type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	
> Antécédent de maladies cardiovasculaires ?	<input checked="" type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

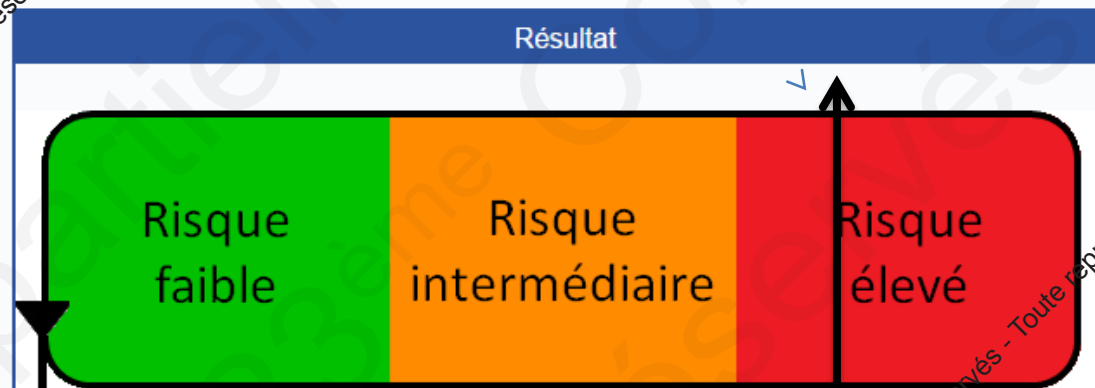
2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Calculateur FLAHS – Observance

<http://www.comitehta.org/flahs-observance-hta/>

FLAHS Observance HTA

Ecrit par Webmaster CFLHTA le 13 décembre 2016.



Le risque d'inobservance des traitements de l'HTA est élevé.

A propos de ce test

Le calcul du risque d'inobservance s'applique aux patients hypertendus traités âgés de 55 ans et plus dont la prise en charge médicale est assurée en France métropolitaine.

Le calculateur de risque FLAHS-OBSERVANCE a été mis au point sur la population des hypertendus traités âgés de 55 ans et plus participants de l'étude FLAHS 2015.

Girerd X et col. Ann Cardiol Angeiol 2016 Jun;65(3):219-22.



Observance: comment avez-vous pris votre traitement, au cours du dernier mois ?



Je n'ai pris AUCUN comprimé

J'ai pris TOUS les comprimés



Obtenir le résultat



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



Société Française
d'HyperTension Artérielle

«Agir pour l'Observance»



- [Accueil](#)
- [Le CFLHTA](#)
- [Actualités](#)
- [L'HTA c'est quoi](#)
- [Soigner son HTA](#)
- [Documents](#)

Comité Français de Lutte Contre l'Hypertension Artérielle

EvalObs

Evaluer l'observance →

Flahs Observance

Evaluer le risque d'inobservance →

Questionnaire Observance

Chercher à améliorer l'observance →

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Question répondue par le patient : oui	Propositions de réponses à donner par le médecin
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?	Pour être protégé de façon maximale, les médicaments de l'hypertension doivent être pris tous les jours de préférence le matin, ce qui permet d'éviter de les oublier.
Depuis la dernière consultation avez-vous manqué de médicament ?	Pour éviter que vous ne manquiez de médicaments, je vous conseille d'aller chez votre pharmacien lorsque vous débutez la dernière plaquette. En cas de rupture, votre pharmacien peut vous délivrer une boîte en attendant votre consultation.
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	Lorsque vous avez oublié de prendre le médicament le matin, vous pouvez le prendre jusqu'au soir, il n'est pas trop tard. Si vous l'oubliez une journée entière, ne prenez pas une double dose le lendemain.
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	S'il vous arrive d'oublier votre traitement une astuce est de préparer vos médicaments de la semaine dans un pilulier/semainier.
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	Si le traitement est à l'origine d'effets indésirables, il doit être modifié. Toutefois, un traitement ne doit pas être arrêté sans avis médical.

<p>Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?</p>	<p>Si le traitement est à l'origine d'effets indésirables, il doit être modifié. Toutefois, un traitement ne doit pas être arrêté sans avis médical.</p>
<p>Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?</p>	<p>Une simplification du traitement est parfois possible en utilisant des associations fixes.</p>
<p>Quand vous êtes en déplacement, vous arrive-t-il de ne pas prendre votre traitement ?</p>	<p>Mettez votre traitement en bagage cabine avec une ordonnance. En cas de décalage horaire, le médicament antihypertenseur sera pris aux horaires locaux selon l'ordonnance.</p>
<p>Êtes-vous encore indécis pour une prise régulière et à vie de médicaments pour votre hypertension ?</p>	<p>Il est difficile d'accepter la contrainte d'un traitement régulier et à vie de l'hypertension. Les données scientifiques et médicales ont démontré la nécessité mais surtout les bénéfices du traitement pour protéger votre santé. Demandez des explications à votre médecin pour connaître les bénéfices et les effets indésirables des médicaments.</p>

Antihypertensive Medication Adherence Strategies

COR	LOE	Recommendations for Antihypertensive Medication Adherence Strategies
I	B-R	In adults with hypertension, dosing of antihypertensive medication once daily rather than multiple times daily is beneficial to improve adherence.
Ila	B-NR	Use of combination pills rather than free individual components can be useful to improve adherence to antihypertensive therapy.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

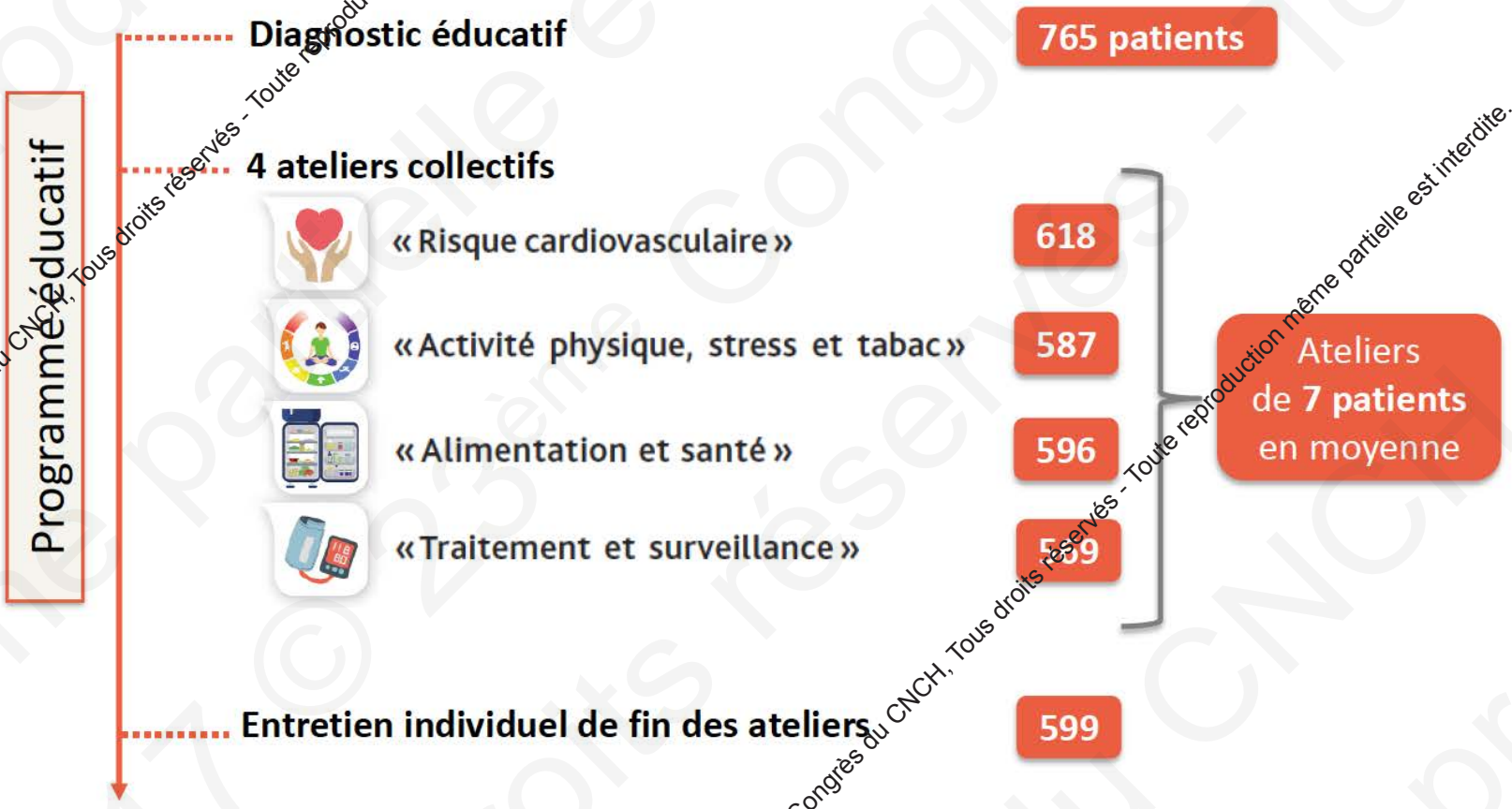
Structured, Team-Based Care Interventions for Hypertension Control

COR	LOE	Recommendation for Structured, Team-Based Care Interventions for Hypertension Control
I	A	A team-based care approach is recommended for adults with hypertension.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Offre de service aux médecins traitants par les Centres d'examens de santé
Education thérapeutique des patients présentant une HTA et/ou
une dyslipidémie associée à d'autres facteurs de risque cardiovasculaire



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



- **Toujours penser à l'Observance !**
- **Nouveaux outils : Eval-Obs, FLAHS-Obs**
- **Savoir en discuter : utiliser les questionnaires**
- **Attention aux nouveaux patients et aux sujets polymédiqués :**
 - **Savoir changer de traitement**
 - **Savoir simplifier les traitements**