

Hypertension artérielle sévère en France : traitement et contrôle tensionnel en 1999 et 2003

Severe high blood pressure in France: Treatment and blood pressure control in 1999 and 2003

Tilly B¹, Salanave B², Ricordeau Ph³, Bertin N⁴, Guilhot J⁵, Fender P⁶, Allemand H⁷

Résumé

Objectif : Dans le cadre d'un programme d'interventions pluriannuel (1999-2003) l'Assurance maladie a mené deux études portant sur des malades atteints d'hypertension artérielle (HTA). L'objectif était d'analyser les prises en charge, traitement et contrôle tensionnel, au regard des recommandations de l'ANAES (1997) et d'en mesurer l'évolution entre le début et la fin du programme.

Méthode : Deux études de pratique médicale descriptives et rétrospectives ont été menées sur tout le territoire français en 1999 et 2003 sur deux échantillons de malades, âgés de 20 à 80 ans, inclus lors de l'attribution de l'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée pour HTA sévère. Les informations ont été collectées par les médecins-conseils après examen des malades et recueil de données déclaratives auprès des médecins traitants à partir de leurs dossiers médicaux. L'indicateur principal concernait le contrôle tensionnel, déterminé à partir de la moyenne des trois dernières mesures des pressions artérielles systoliques (PAS) et diastoliques (PAD) relevées par le médecin traitant.

Résultats : La première étude (mai à novembre 1999) a concerné 10 665 malades (50 383 en effectif redressé) et 8 377 médecins ; la deuxième étude (quinze jours en janvier 2003) a porté sur 2 584 malades et 2 376 médecins. L'âge moyen était de 63,1 ans \pm 0,2 en 1999 et de 64,4 ans \pm 0,4 en 2003. En 1999, 23,7 % \pm 0,9 des malades ont suivi la totalité des mesures hygiéno-diététiques, 25,3 % \pm 1,7 en 2003. Une prescription potentiellement contre-indiquée a été constatée pour 27,3 % \pm 1,3 des malades en 1999 et pour 32,9 % \pm 2,6 en 2003. Entre 1999 et 2003, la proportion de malades avec une pression artérielle contrôlée (PAS et PAD < 140/90 mm Hg ou PAS \leq 160 mm Hg si âge \geq 60 ans avec HTA systolique isolée) est passée de 40,8 % \pm 1,1 à 45,5 % \pm 1,9. Aux seuils 130/85 mm Hg, le contrôle tensionnel était atteint pour 6,7 % \pm 1,1 des diabétiques en 1999 et 5,4 % \pm 1,7 en 2003. Aux seuils 125/75 mm Hg, le contrôle tensionnel était atteint pour 5,2 % des insuffisants rénaux en 1999 et 2,8 % en 2003.

Conclusion : Le résultat sur le contrôle tensionnel, globalement en progression, reste néanmoins préoccupant chez les diabétiques et les insuffisants rénaux. Ce bilan contrasté est malgré tout encourageant pour tous ceux qui portent les messages de bonne pratique qu'ils soient à destination du grand public, des malades ou des professionnels de santé.

Rev Med Ass Maladie 2004;35,3:167-180

Mots-clés : hypertension artérielle, évaluation des pratiques médicales, programme d'interventions, contrôle de la pression artérielle, recommandations de bonnes pratiques.

Summary

Aim: As part of its long-term program (1999-2003) of health initiatives, the French health fund conducted two studies concerning patients with high blood pressure (HBP). The aim was to analyze the overall-care, treatment and blood pressure control obtained with respect to the 1997 ANAES guidelines and to measure the evolution between the beginning and the end of the program.

Method: We performed two retrospective observational studies over the entire French territory in 1999 and 2003 on two samples of patients between the ages of 20 and 80 years who were enrolled when they first obtained exemption from making co-payments for their long-term illness, HBP. Study data was collected from the health fund's salaried physician-advisors following the clinical examination of the patients and from information contained in the patient files of the corresponding attending physicians. The main parameter studied was blood pressure control which was assessed by using the average of the last three systolic (SBP) and diastolic (DBP) blood pressure measurements recorded by the patients' attending physicians.

Results: The first study (from May 1999 to November 1999) concerned 10,665 patients (50,383 in corrected numbers) and 8,377 physicians and the second study (15 days in January 2003) concerned 2,584 patients and 2,376 physicians. The average age of the patients was 63.1 \pm 0.2 years in 1999 and 64.4 \pm 0.4 years in 2003. In 1999, 23.7 \pm 0.9% of the patients entirely complied with the life-style recommendations in the guidelines compared to 25.3 \pm 1.7% in 2003. Patient prescriptions contained a potentially contra-indicated medication in 27.3 \pm 1.3% of the patients in 1999 and in 32.9 \pm 2.6% in 2003. Between 1999 and 2003, the proportion of well-controlled patients (SBP and DBP < 140/90 mm HG or SBP = or < 160 mm Hg if more than 60 years-old with isolated systolic HBP) increased from 40.8 \pm 1.1% to 45.5 \pm 1.9%. Using the threshold of 130/85 mm Hg, 6.7 \pm 1.1% of the diabetic patients were considered well-controlled in 1999 and 5.4 \pm 1.7% in 2003. Using the threshold of 125/75 mm Hg, 5.2% of patients in kidney failure were considered well-controlled in 1999 and 2.8% in 2003.

Conclusions: Between 1999 and 2003, the results on blood pressure control were generally improved but remained insufficient with respect to diabetics and patients in kidney failure. These somewhat mixed results are nevertheless encouraging for those who have tried to ameliorate medical practice by addressing appropriate messages to the general public, patients or healthcare professionals.

Rev Med Ass Maladie 2004;35,3:167-180

Key words: high blood pressure, evaluation of medical practice, healthcare initiatives, blood pressure control, good practice guidelines.

¹ Médecin-conseil chef de service, Echelon local du service médical d'Ille-et-Vilaine (CNAMTS)

² Statisticien, Direction du service médical (CNAMTS)

³ Médecin-conseil chef de service, Direction du service médical (CNAMTS)

⁴ Médecin-conseil, Direction du service médical (CNAMTS)

⁵ Médecin-conseil régional adjoint, Direction régionale du service médical de Rhône-Alpes (CNAMTS)

⁶ Médecin-conseil national adjoint, Direction du service médical (CNAMTS)

⁷ Médecin-conseil national, Direction du service médical (CNAMTS)

Adresse pour correspondance : Benoit Salanave, Direction du service médical (CNAMTS), 26-50 av. Pr. André Lémierre, F-75986 Paris cedex 20
e-mail : benoit.salanave@cnamts.fr

INTRODUCTION

Entre 1997 et 1999, les experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du *Joint national committee* (JNC), de la *British Hypertension Society* et de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), en publiant leurs recommandations de bonne pratique (RBP) sur la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) [1-4], ont insisté sur l'insuffisance du contrôle tensionnel comme responsable d'une importante morbi-mortalité cardiovasculaire. Selon l'ANAES, seulement 20 à 30 % des hypertendus traités étaient contrôlés en France en 1997. La fréquence de l'HTA – estimée à 41 % dans la population des malades âgés de 18 ans ou plus consultant en médecine générale en France [5, 6] –, le nombre important de malades bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre des 30 affections de longue durée¹ (ETM₃₀) pour cette pathologie – près de 500 000 en 1994 [7] – et le constat des experts d'une insuffisance d'efficacité de la prise en charge des malades, ont conduit l'assurance maladie à se mobiliser sur le problème du contrôle de l'HTA.

Le choix s'est porté sur la réalisation d'un programme d'interventions (*lire encadré*), d'envergure nationale, tourné essentiellement vers les médecins généralistes avec l'objectif d'amener progressivement une part croissante de la population des hypertendus traités au contrôle tensionnel en s'appuyant sur les RBP de l'ANAES (1997). Piloté au plan national et coordonné en régions par les unions régionales des caisses d'assurance maladie, le programme [8, 9] s'est déroulé de 1999 à 2003 et a été construit autour de la promotion des RBP auprès des médecins traitants, tous destinataires en mai 1999 d'une synthèse du texte de l'ANAES.

Les interventions ont principalement mobilisé les services médicaux des trois principaux régimes d'Assurance maladie (général, agricole, professions indépendantes). Les médecins-conseils, sur l'ensemble du territoire de France métropolitaine et des départements d'outre-mer, ont rencontré individuellement les médecins traitants à l'occasion de l'admission de malades hypertendus au bénéfice de l'ETM₃₀. Ces rencontres², dénommées *visites confraternelles*, étaient destinées, par un échange entre le médecin-conseil et le médecin traitant sur le cas particulier de chaque malade, à promouvoir les RBP à travers une forme de « rappel » dont on connaît l'efficacité pour faciliter et accompagner leur appropriation par les professionnels de santé [10].

Pour mesurer l'évolution des pratiques entre le début et la fin du programme, deux études d'évaluation ont été réalisées, en 1999 et 2003. L'objet de la présente publication est d'en présenter les principaux résultats sous forme d'une analyse comparative des prises en charge thérapeutiques et du contrôle tensionnel entre 1999 et 2003.

MÉTHODES

Les deux études menées par les médecins-conseils de l'assurance maladie sur la totalité du territoire français – départements d'outre-mer compris – étaient des études d'analyse de pratique, descriptives et rétrospectives. Elles ont été réalisées selon une méthode identique dont la description détaillée figure dans le rapport publié en mai 2000 [11]. Nous en rappelons ici les points principaux.

1. Populations étudiées et échantillonnage

Il s'agissait de tous les malades hypertendus, affiliés à l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie, présentant une première demande d'admission au bénéfice de l'ETM₃₀ pour HTA et répondant aux critères d'inclusion sur une période prédéterminée. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être âgé de 20 à 80 ans,
- présenter une HTA essentielle,
- être admis au bénéfice de l'ETM₃₀ sur avis du médecin-conseil après évaluation de l'état du malade au regard des critères médicaux de gravité requis pour l'ETM₃₀ de l'HTA [12] combinant : le niveau des chiffres de pression artérielle, le traitement antihypertenseur et l'existence d'une atteinte organique liée à l'HTA (cœur, artères, cerveau, rein, œil).

En 1999, la période d'inclusion a varié de trois semaines à six mois selon les régions, constituant au plan national un échantillon stratifié avec taux de sondage différenciés selon les régions. En 2003, un échantillon aléatoire simple a été constitué avec une période d'inclusion fixée à quinze jours pour toutes les régions.

2. Recueil des données

Les informations ont été recueillies par les médecins-conseils lors de l'examen des malades et auprès des médecins traitants à partir des données du dossier médical des malades. Il s'agissait principalement

¹ La participation financière à la charge des assurés sociaux (ticket modérateur) est supprimée lorsque les soins prodigués sont en rapport avec une des trente affections de longue durée inscrites sur une liste fixée par voie réglementaire (art. L. 322-3-3 et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale). L'hypertension artérielle sévère figure sur cette liste.

² Environ 34 000 rencontres ont eu lieu entre mai 1999 et décembre 2002.

des pressions artérielles mesurées par le médecin traitant lors de ses trois dernières consultations, du suivi des mesures hygiéno-diététiques par le malade, du traitement médicamenteux antihypertenseur et des comorbidités connues du médecin traitant et susceptibles, selon l'ANAES, d'orienter le choix thérapeutique.

3. Méthode d'évaluation

La prise en charge des malades a été analysée en comparant les pratiques déclarées et le standard déduit des RBP de l'ANAES (1997) selon une méthode inspirée de celles proposées dans l'évaluation des pratiques professionnelles [13-14].

Le principal indicateur d'évaluation concernait le contrôle tensionnel, déterminé à partir de la moyenne des trois dernières pressions artérielles systoliques (PAS) et diastoliques (PAD) fournies par le médecin traitant. Selon le standard de l'ANAES (1997), le contrôle tensionnel était atteint si PAS et PAD étaient $< 140/90$ mm Hg et, pour les malades de 60 à 80 ans atteints d'une HTA systolique isolée (c'est-à-dire PAD < 90 mm Hg), le contrôle était atteint si PAS était ≤ 160 mm Hg.

Les seuils de contrôle tensionnel étaient : 130/85 mm Hg pour les malades diabétiques et 125/75 mm Hg pour les malades insuffisants rénaux.

Les autres indicateurs d'évaluation concernaient les modalités du traitement hygiéno-diététique et médicamenteux. Les mesures hygiéno-diététiques retenues étaient la réduction du poids, des apports sodés, de la consommation d'alcool et l'augmentation de l'activité physique. L'analyse a été faite selon les informations communiquées par le médecin traitant sur le suivi de ces différentes mesures par le malade. Le traitement médicamenteux a été analysé en comparant les comorbidités connues des médecins traitants et les choix de personnalisation du traitement recommandés par l'ANAES, choix préférentiel ou contre-indications.

4. Analyse statistique

La comparaison des indicateurs d'une période à l'autre a été réalisée par confrontation des intervalles de confiance à 95 %. Les différences ont été jugées significatives dès lors que les intervalles de confiance étaient disjoints. Le calcul des variances des indicateurs de l'étude de 1999, en utilisant les formules spécifiques des sondages stratifiés [15], a permis de déterminer des intervalles de confiance qui tiennent compte de la pondération et qui sont directement comparables aux intervalles de confiance de l'étude de 2003, calculés, eux, selon les formules des sondages aléatoires simples, et par l'utilisation de la loi de Poisson dans le cas de proportions faibles.

RÉSULTATS

1. Populations

De mai à novembre 1999, la première étude a concerné 10 665 malades suivis par 8 377 médecins différents dont 90,6 % $\pm 0,9$ de généralistes. Extrapolés au plan national sur l'année 1999 pour tenir compte du poids respectif de chaque région, les résultats portaient sur 50 383 malades. La deuxième étude, du 13 au 24 janvier 2003, a concerné 2 584 malades suivis par 2 376 médecins, dont 90,2 % $\pm 1,2$ de généralistes.

La population des malades était plus jeune en 1999 par rapport à 2003 (tableau I) avec notamment une moindre proportion de malades dans la classe d'âge 60 à 80 ans, 65,3 % $\pm 1,1$ pour 68,3 % $\pm 1,8$. Les principales complications ou comorbidités étaient identiques en 1999 et en 2003, à l'exception d'une fréquence plus élevée de l'insuffisance cardiaque en 1999 (9,2 % $\pm 0,6$) par rapport à 2003 (7,3 % $\pm 1,0$).

Près d'un malade sur quatre (24,9 % $\pm 0,9$ en 1999 et 23,3 % $\pm 1,6$ en 2003) présentait une atteinte coronarienne ou cérébrovasculaire. La proportion de malades avec au moins un facteur de risque cardiovasculaire majeur autre que l'HTA (dyslipidémie, diabète ou tabagisme) est passée de 63,9 % $\pm 1,1$ en 1999 à 70,5 % $\pm 1,8$ en 2003. Plus de trois malades sur quatre étaient en surpoids : indice de masse corporelle (IMC) > 25 kg/m² pour 78,4 % $\pm 0,9$ des malades en 1999 et 79,4 % $\pm 1,6$ en 2003. Plus de quatre malades sur dix étaient considérés comme obèses (IMC ≥ 30) : 40,3 % $\pm 1,1$ en 1999 et 41,3 % $\pm 1,9$ en 2003.

2. Suivi des mesures hygiéno-diététiques

Près d'un malade sur quatre a suivi la totalité des mesures hygiéno-diététiques nécessitées par son état : 23,7 % $\pm 0,9$ en 1999 et 25,3 % $\pm 1,7$ en 2003. Plus de la moitié des malades a suivi une mesure parmi celles indiquées : 56,6 % $\pm 1,1$ en 1999 et 55,3 % $\pm 1,9$ en 2003. Près d'un malade sur cinq n'a suivi aucune mesure : 19,7 % $\pm 0,9$ en 1999 et 19,4 % $\pm 1,5$ en 2003.

Le suivi des mesures hygiéno-diététiques prises une à une (tableau II) a évolué différemment entre 1999 et 2003 : diminution de 5,4 points pour le non-suivi de la réduction des apports sodés et augmentation de 5,1 points pour le non-suivi de la réduction du poids.

3. Traitement médicamenteux

La composition du traitement a évolué de 1999 à 2003 (tableau III). Les monothérapies et les bithérapies « construites », c'est-à-dire prescrites sous forme de deux spécialités différentes, ont été plus

Tableau I
Principales caractéristiques des malades en 1999 ($n = 10\ 665^a$) et 2003 ($n = 2\ 584$)

Caractéristiques	1999 % ou moyenne ($\pm IC^b$)		2003 % ou moyenne ($\pm IC^b$)
Age moyen (an)	63,1 ($\pm 0,2$)	*	64,4 ($\pm 0,4$)
Proportion de malades âgés de 60 à 80 ans	65,3 ($\pm 1,1$)	*	68,3 ($\pm 1,8$)
Proportion de femmes	51,0 ($\pm 1,1$)		52,4 ($\pm 1,9$)
IMC moyen (kg/m^2)	29,4 ($\pm 0,1$)		29,6 ($\pm 0,2$)
Dyslipidémie traitée	44,0 ($\pm 1,1$)	*	54,3 ($\pm 1,9$)
Diabète	27,5 ($\pm 1,0$)		28,4 ($\pm 1,7$)
Tabagisme ^c	14,8 ($\pm 0,8$)		14,4 ($\pm 1,4$)
Insuffisance coronarienne ou post-infarctus	15,0 ($\pm 0,7$)		14,3 ($\pm 1,4$)
Accidents ou antécédents cérébro-vasculaires	12,7 ($\pm 0,7$)		10,8 ($\pm 1,2$)
Insuffisance cardiaque	9,2 ($\pm 0,6$)	*	7,3 ($\pm 1,0$)
Artérite des membres inférieurs	8,6 ($\pm 0,6$)		7,8 ($\pm 1,0$)
Insuffisance rénale	4,2 ($\pm 0,4$)		4,2 ($\pm 0,8$)

^a En 1999, les proportions et les moyennes ont été calculées sur l'effectif redressé ($n = 50\ 383$) permettant de tenir compte du poids respectif de chaque région.

^b IC : intervalle de confiance au risque alpha de 5 %.

^c Tabagisme : concerne les malades n'ayant pas cessé de fumer depuis plus d'un an.

* Les intervalles de confiance sont disjoints.

(Source : Programme HTA de l'assurance maladie. Enquêtes nationales d'évaluation sur la prise en charge médicale de l'hypertension artérielle sévère exonérée du ticket modérateur en France en 1999 et 2003.)

Tableau II
Suivi des mesures hygiéno-diététiques en 1999 ($n = 10\ 665^a$) et 2003 ($n = 2\ 584$)

Mesure hygiéno-diététique ^b indiquée	Malades n'ayant pas suivi la mesure 1999 % ($\pm IC^c$)		Malades n'ayant pas suivi la mesure 2003 % ($\pm IC^c$)
Réduction de la consommation d'alcool	14,3 ($\pm 0,8$)		13,1 ($\pm 1,3$)
Réduction des apports sodés	34,1 ($\pm 1,1$)	*	28,7 ($\pm 1,8$)
Réduction du poids	43,9 ($\pm 1,1$)	*	49,0 ($\pm 1,9$)
Augmentation de l'activité physique	52,8 ($\pm 1,1$)		51,9 ($\pm 1,9$)

^a En 1999, les proportions ont été calculées sur l'effectif redressé ($n = 50\ 383$) permettant de tenir compte du poids respectif de chaque région.

^b Mesures hygiéno-diététiques recommandées pour abaisser la pression artérielle (ANAES 1997).

^c IC : intervalle de confiance au risque alpha de 5 %.

* Les intervalles de confiance sont disjoints.

(Source : Programme HTA de l'assurance maladie. Enquêtes nationales d'évaluation sur la prise en charge médicale de l'hypertension artérielle sévère exonérée du ticket modérateur en France en 1999 et 2003.)

utilisées en 1999 par rapport à 2003, à l'inverse des trithérapies ou plus : 52,6 % \pm 1,1 des traitements en 1999 et 58,9 % \pm 1,9 en 2003.

4. Classes thérapeutiques et spécialités

Les différentes classes thérapeutiques antihypertensives ont été prescrites différemment en 1999 et 2003 (tableau IV). Les diurétiques et les antagonistes de l'angiotensine II (AAII) étaient moins utilisés en 1999 qu'en 2003. À l'inverse, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et la catégorie autre antihypertenseur (centraux, alpha-bloquants et vasodilatateurs périphériques) étaient plus utilisés en 1999 qu'en 2003.

5. Choix préférentiels selon les comorbidités

Selon les comorbidités déclarées par le médecin traitant et les recommandations de l'ANAES, les situations où un choix thérapeutique préférentiel était possible concernaient 57,1 % \pm 1,1 des malades en 1999 et 56,9 % \pm 1,9 en 2003. Une prescription préférentielle a été constatée pour 68,0 % \pm 1,4 de ces malades en 1999 et pour 65,1 % \pm 2,4 en 2003. Le détail par affection figure au tableau V. Chez les malades diabétiques, la fréquence de la prescription d'un AAII est passée de 21,2 % \pm 1,7 en 1999 à 35,5 % \pm 3,5 en 2003. Chez les non-diabétiques, la fréquence est passée de 28,9 % \pm 1,2 en 1999 à 40,8 % \pm 2,2 en 2003.

Tableau III
Répartition des malades selon le nombre de spécialités et de principes actifs du traitement antihypertenseur en 1999 ($n = 10\ 653^a$) et 2003 ($n = 2\ 584$)

Composition du traitement	Proportion de malades en 1999 % ($\pm IC^b$)		Proportion de malades en 2003 % ($\pm IC^b$)
Monothérapie	12,9 ($\pm 0,7$)	*	10,7 ($\pm 1,2$)
Bithérapie à dose fixe ^c	6,3 ($\pm 0,5$)		6,5 ($\pm 1,0$)
Bithérapie « construite » ^d	28,2 ($\pm 1,0$)	*	23,8 ($\pm 1,6$)
Trithérapie	34,2 ($\pm 1,0$)		36,8 ($\pm 1,9$)
Quadrithérapie ou plus	18,4 ($\pm 0,8$)	*	22,1 ($\pm 1,6$)

^a En 1999, les proportions ont été calculées sur l'effectif redressé ($n = 50\ 327$) permettant de tenir compte du poids respectif de chaque région. Le traitement médicamenteux était non-remplacé pour 12 malades, soit 0,1 % après redressement.

^b IC : intervalle de confiance au risque alpha de 5 %.

^c Bithérapie à dose fixe : deux principes actifs réunis dans une spécialité unique.

^d Bithérapie « construite » : deux principes actifs sous forme de deux spécialités différentes.

* Les intervalles de confiance sont disjoints.

(Source : Programme HTA de l'assurance maladie. Enquêtes nationales d'évaluation sur la prise en charge médicale de l'hypertension artérielle sévère exonérée du ticket modérateur en France en 1999 et 2003.)

Tableau IV
Répartition des malades selon les classes thérapeutiques du traitement antihypertenseur en 1999 ($n = 10\ 653^a$) et 2003 ($n = 2\ 584$)

Le traitement antihypertenseur comporte au moins une spécialité de la classe thérapeutique	Malades concernés en 1999 % ($\pm IC^b$)		Malades concernés en 2003 % ($\pm IC^b$)
Diurétique	62,2 ($\pm 1,1$)	*	66,1 ($\pm 1,8$)
Bêtabloquant	45,7 ($\pm 1,1$)		47,7 ($\pm 1,9$)
Antagoniste calcique	43,4 ($\pm 1,1$)		44,7 ($\pm 1,9$)
IEC ^c	41,7 ($\pm 1,1$)	*	34,9 ($\pm 1,8$)
AAII ^d	26,9 ($\pm 1,0$)	*	39,3 ($\pm 1,9$)
Autre antihypertenseur ^e	22,9 ($\pm 0,9$)	*	19,9 ($\pm 1,5$)

^a En 1999, les proportions ont été calculées sur l'effectif redressé ($n = 50\ 327$) permettant de tenir compte du poids respectif de chaque région. Le traitement médicamenteux était non-remplacé pour 12 malades, soit 0,1 % après redressement.

^b IC : intervalle de confiance au risque alpha de 5 %.

^c IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion.

^d AAI : antagoniste de l'angiotensine II.

^e Autre antihypertenseur : antihypertenseurs centraux, alpha-bloquants, vasodilatateurs périphériques.

* Les intervalles de confiance sont disjoints.

(Source : Programme HTA de l'assurance maladie. Enquêtes nationales d'évaluation sur la prise en charge médicale de l'hypertension artérielle sévère exonérée du ticket modérateur en France en 1999 et 2003.)

6. Contre-indications selon les comorbidités

Les situations où des contre-indications thérapeutiques étaient possibles, selon les affections déclarées par le médecin traitant et les recommandations de l'ANAES, concernaient 50,9 % \pm 1,1 des malades en 1999 et 49,6 % \pm 1,9 en 2003. Une prescription potentiellement contre-indiquée a été constatée pour 27,3 % \pm 1,3 de ces malades en 1999 et pour 32,9 % \pm 2,6 en 2003. Le détail par affection figure au tableau VI.

7. Contrôle tensionnel

Le contrôle tensionnel a augmenté, passant de 40,8 % \pm 1,1 dans la population de 1999 à 45,5 %

\pm 1,9 dans celle de 2003, avec une évolution significative dans la classe d'âge 60 à 80 ans (tableau VII). Après standardisation sur l'âge et le sexe de la population de 1999, le contrôle tensionnel était atteint chez 44,9 % \pm 2,6 des malades en 2003.

Selon le standard de l'ANAES (1997) commun à tous les hypertendus, le contrôle tensionnel n'était pas différent entre les diabétiques et les non-diabétiques tant en 1999 (41,4 % \pm 2,0 et 40,3 % \pm 1,3) qu'en 2003 (44,8 % \pm 3,7 et 46,0 % \pm 2,3) ; il n'existait pas non plus de différence de contrôle tensionnel entre les insuffisants rénaux et les non-insuffisants rénaux : 39,9 % \pm 5,3 et 40,8 % \pm 1,1 en 1999, 49,5 % \pm 9,5 et 45,3 % \pm 2,0 en 2003.

Tableau V
Répartition des malades^a en fonction des différentes affections associées à l'hypertension artérielle et de l'existence ou non du choix thérapeutique préférentiel correspondant dans le traitement antihypertenseur en 1999 et 2003

Affection associée (classe thérapeutique préférentielle relevée dans le traitement du malade)	Proportion de malades avec le choix préférentiel parmi les malades présentant l'affection (<i>pop1</i>) comparée à la proportion de malades avec ce choix thérapeutique dans le reste de la population (<i>pop2</i>)	
	Étude 1999 % <i>pop1</i> (% <i>pop2</i>) <i>p</i> ^b	Étude 2003 % <i>pop1</i> (% <i>pop2</i>) <i>p</i> ^b
Diabète (Inhibiteurs de l'enzyme de conversion)	47,6 (39,5) < 0,001	42,5 (32,1) < 0,001
Insuffisance rénale (Inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou diurétiques de l'anse)	59,4 (51,0) < 0,001	55,6 (42,3) 0,006
Insuffisance coronaire (Bêtabloquants ou antagonistes calciques)	80,0 (70,9) < 0,001	80,7 (74,3) 0,010
Post-infarctus (Inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou bêtabloquants)	84,9 (71,2) < 0,001	85,6 (68,0) < 0,001
Insuffisance cardiaque (Inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou diurétiques)	87,3 (75,1) < 0,001	88,8 (76,7) < 0,001
Artérite des membres inférieurs (Inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou antagonistes calciques)	74,3 (68,4) < 0,001	64,0 (65,5) NS
Migraine (Bêtabloquants)	51,6 (44,9) < 0,001	54,3 (46,9) 0,016
Hyperthyroïdie (Bêtabloquants)	46,8 (45,6) NS	46,8 (47,8) NS
Syndrome de Raynaud (Antagonistes calciques ou vasodilatateurs périphériques ou alphabloquants)	50,1 (49,5) NS	55,0 (49,4) NS

^a Concerne les malades pour lesquels le médecin traitant a déclaré l'existence d'au moins une affection susceptible d'induire un choix préférentiel dans la prescription du traitement antihypertenseur (selon les recommandations de l'ANAES de 1997, sans tenir compte des éventuelles modifications d'autorisation de mise sur le marché survenues depuis février 1997). En 1999 ($n = 10\ 615$, toutes les proportions ont été calculées sur les effectifs redressés permettant de tenir compte du poids respectif de chaque région soit $n = 49\ 948$), 57,1 % des malades étaient dans cette situation et, en 2003 ($n = 2\ 576$), la proportion était de 56,9 %.

^b Degré de signification : affichage de *p*, si le test du khi2 montre une différence significative entre les deux populations (*pop1* et *pop2*), ou NS (non significatif) si $p \geq 0,05$.

(Source : Programme HTA de l'assurance maladie. Enquêtes nationales d'évaluation sur la prise en charge médicale de l'hypertension artérielle sévère exonérée du ticket modérateur en France en 1999 et 2003.)

Aux seuils 130/85 mm Hg, le contrôle tensionnel était atteint pour 6,7 % \pm 1,1 des diabétiques en 1999 et 5,4 % \pm 1,7 en 2003 et, aux seuils 125/75 mm Hg, le contrôle tensionnel était atteint pour 5,2 % \pm 2,7 des insuffisants rénaux en 1999 et 2,8 % [0,6-8,2]³ en 2003.

DISCUSSION

Ces deux études menées en 1999 et 2003 apportent par leur couverture nationale et les populations concernées de nombreux enrichissements à la connaissance du traitement de l'HTA et du contrôle tensionnel au regard des RBP de l'ANAES. Sélectionnées sur

les critères médicaux de gravité requis pour l'attribution de l'ETM₃₀, les populations étudiées étaient à haut risque cardiovasculaire et susceptibles de tirer le plus grand bénéfice de la bonne application des recommandations des experts, étant établi que la baisse des chiffres tensionnels réduit le risque cardiovasculaire d'autant plus que le risque de base est élevé [1-4,16].

1. Bilan encourageant mais contrasté

Abordés sous cet angle, les principaux résultats de notre analyse comparative des pratiques dans ces deux populations montrent des possibilités d'amélioration du traitement et du contrôle tensionnel.

³ Intervalle de confiance estimé par la loi de Poisson.

Tableau VI
Répartition des malades^a en fonction des différentes affections associées à l'hypertension artérielle et de l'existence ou non d'une contre-indication dans le traitement antihypertenseur en 1999 et 2003

Affection associée (classe thérapeutique potentiellement contre-indiquée relevée dans le traitement du malade)	Proportion de malades avec la prescription potentiellement contre-indiquée parmi les malades présentant l'affection (pop1) comparée à la proportion de malades avec ce choix thérapeutique dans le reste de la population (pop2)	
	Étude 1999 % pop1 (% pop2) p ^b	Étude 2003 % pop1 (% pop2) p ^b
Insuffisance rénale (Diurétiques thiazidiques ou diurétiques épargneurs de potassium)	28,2 (50,8) < 0,001	47,2 (57,9) < 0,029
Trouble de la conduction auriculo-ventriculaire (Bêtabloquants ou antagonistes calciques sauf dihydropyridine)	42,7 (54,9) < 0,001	55,1 (56,6) NS
Insuffisance cardiaque (Bêtabloquants ou antagonistes calciques sauf dihydropyridine)	36,1 (54,9) < 0,001	51,6 (56,6) NS
Artérite des membres inférieurs (Bêtabloquants sauf cétiprolol et labétalol)	27,0 (41,7) < 0,001	36,0 (41,4) NS
Bronchopathie, asthme (Bêtabloquants sauf cétiprolol)	20,2 (41,7) < 0,001	20,4 (44,0) < 0,001
Syndrome dépressif (Antihypertenseurs d'action centrale)	13,8 (14,5) NS	12,8 (13,1) NS
Syndrome de Raynaud (Bêtabloquants sauf cétiprolol et labétalol)	39,5 (37,9) NS	36,7 (41,0) NS

^a Concerne les malades pour lesquels le médecin traitant a déclaré l'existence d'au moins une affection susceptible d'induire la prescription d'une classe thérapeutique antihypertensive contre-indiquée (selon les recommandations de l'ANAES de 1997). En 1999 ($n = 10\ 609$), toutes les proportions ont été calculées sur les effectifs redressés permettant de tenir compte du poids respectif de chaque région soit $n = 49\ 924$), 50,9 % des malades étaient dans cette situation et, en 2003 ($n = 2\ 576$), la proportion était de 49,6 %.

^b Degré de signification : affichage de p, si le test du khi2 montre une différence significative entre les deux populations (pop1 et pop2), ou NS (non significatif) si $p \geq 0,05$.

(Source : Programme HTA de l'Assurance maladie. Enquêtes nationales d'évaluation sur la prise en charge médicale de l'hypertension artérielle sévère exonérée du ticket modérateur en France en 1999 et 2003.)

Tableau VII
Contrôle tensionnel^a en fonction de l'âge en 1999 ($n = 10\ 380^b$) et 2003 ($n = 2\ 520^c$)

Classe d'âge	Proportion de malades contrôlés en 1999 % (IC ^d)		Proportion de malades contrôlés en 2003 % (IC ^d)
20 à 59 ans	26,5 ($\pm 1,8$)		28,2 ($\pm 3,2$)
60 à 80 ans	48,4 ($\pm 1,3$)	*	53,1 ($\pm 2,3$)
Ensemble	40,8 ($\pm 1,1$)	*	45,5 ($\pm 1,9$)

^a Selon le standard de l'ANAES 1997, pression artérielle systolique (PAS) et pression artérielle diastolique (PAD) exprimées en mm Hg, contrôle tensionnel si PAS < 140 et PAD < 90 ou PAS ≤ 160 si âge de 60 à 80 ans avec HTA systolique isolée, c'est-à-dire PAD < 90.

^b En 1999, les proportions ont été calculées sur l'effectif redressé ($n = 48\ 924$) permettant de tenir compte du poids respectif de chaque région. La mesure de la pression artérielle était non renseignée pour 285 malades, soit 2,9 % après redressement.

^c En 2003, la mesure de la pression artérielle était non renseignée pour 64 malades, soit 2,5 %.

^d IC : intervalle de confiance au risque alpha de 5 %.

* Les intervalles de confiance sont disjoints.

(Source : Programme HTA de l'Assurance maladie. Enquêtes nationales d'évaluation sur la prise en charge médicale de l'hypertension artérielle sévère exonérée du ticket modérateur en France en 1999 et 2003.)

Elles concernent principalement, d'une part, les malades par l'insuffisance persistante du suivi des mesures hygiéno-diététiques et, d'autre part, les médecins traitants par le choix non optimal des classes thérapeutiques pour réduire les risques de contre-indications et d'effets secondaires.

Le résultat sur le contrôle tensionnel est contrasté, encourageant sur l'ensemble des populations,

affichant une progression de près de cinq points pour atteindre plus de 45 % en 2003, mais encore insuffisant chez les plus jeunes et particulièrement préoccupant chez les malades diabétiques ou insuffisants rénaux. Même modeste et partiel, le gain de contrôle tensionnel dans ces populations à haut risque cardiovasculaire prises en charge à 100 % par l'assurance maladie montre la voie des possibilités

d'amélioration du contrôle de l'HTA dans l'ensemble de la population des hypertendus traités en France, estimée à plus de huit millions de malades en 2002 [17].

2. Limites des études

En 1999 comme en 2003, l'inclusion des malades était subordonnée à l'avis du médecin-conseil sur les critères de gravité ouvrant droit à l'ETM₃₀ pour HTA sévère. Cette procédure médico-administrative, habituelle pour les médecins-conseils et bien connue des médecins traitants, explique le peu de différence entre les deux populations et la fiabilité que nous accordons aux données déclaratives des médecins traitants.

a) Populations peu différentes et à haut risque cardiovasculaire

Les quelques différences dans les caractéristiques des deux populations ne peuvent pas, à elles seules, expliquer l'amélioration du contrôle tensionnel comme en témoignent les résultats confirmés après standardisation sur l'âge et le sexe.

La procédure d'admission à l'ETM₃₀ explique en partie l'âge moyen plus élevé en 2003 par rapport à 1999, avec une proportion plus importante des malades dans la classe d'âge 60-80 ans. De nouvelles dispositions réglementaires introduites en 2000 et 2002 concernant une valorisation supplémentaire de la tarification des visites à domicile et leur prise en charge à 100 % pour les malades de 75 ans ou plus en ETM₃₀, ont pu amener un plus grand nombre de malades à faire une demande d'ETM₃₀.

La diminution de la prévalence de l'insuffisance cardiaque, dont l'épidémiologie est par ailleurs peu connue en France [18, 19], a pu avoir une influence favorable sur le contrôle tensionnel mais de manière très restreinte car elle concerne moins de 10 % des populations.

Enfin, l'augmentation isolée et très nette du nombre de malades sous hypolipémiants, à rapprocher de celle de la vente de ces médicaments entre 1991 et 2001 [20], nous paraît sans influence sur le contrôle tensionnel : il est probable que cette forte progression soit plus liée aux pratiques de prescription qu'à une augmentation réelle de la prévalence des troubles lipidiques [21].

La comparaison des autres caractéristiques montre que les deux populations étaient homogènes et à haut risque cardiovasculaire comme l'indique l'estimation que nous en avons faite sur la seule population de 1999 en utilisant les équations de Framingham : les risques coronarien et cérébro-vasculaire à 10 ans étaient ≥ 20 % pour respectivement 19,6 % et 27,9 % des malades [22].

b) Données fournies par les médecins traitants : déclaratives et fiables

Les données des deux études ont été recueillies au cours de la procédure d'ETM₃₀. Les médecins traitants connaissent bien l'importance de cette procédure pour leurs malades et sont attentifs à la qualité des informations qu'ils fournissent à cette occasion dans leur pratique habituelle. Les données fournies correspondaient à la connaissance qu'avait le médecin traitant de son malade et reflétaient la perception que ce médecin avait des particularités de son patient censées justifier ses choix thérapeutiques.

Ce mode de recueil a sans doute beaucoup limité les biais de déclaration et était adapté à l'objectif de l'étude : évaluer les pratiques du médecin traitant en se plaçant de son point de vue.

3. Responsabilisation des malades par le traitement hygiéno-diététique

Dans ces deux études, la prise en charge hygiéno-diététique est insuffisante, voire inexistante chez trois malades sur quatre. Il est pourtant bien établi que le traitement non médicamenteux est un complément indispensable à l'efficacité du traitement médicamenteux [1-4].

Les mesures hygiéno-diététiques les plus négligées par les malades sont l'augmentation de l'activité physique et la réduction du poids, mesures non suivies par un malade sur deux. Ces deux mesures sont très liées et importantes dans ces populations à haut risque cardiovasculaire où le surpoids (IMC > 25 kg/m²) concerne près de 80 % des malades et l'obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) plus de 40 %, chiffres très au-delà de ceux fournis par la dernière étude Inserm-Obepi [23], avec une prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population adulte française en 2003, respectivement de 41,6 % et 11,6 %.

Plusieurs initiatives peuvent aider les médecins traitants à faire mieux adhérer leurs malades aux consignes hygiéno-diététiques. Le Comité français de lutte contre l'hypertension artérielle (CFLHTA), à partir du constat que nous avons établi sur la population 1999 [11], a choisi le thème « Hypertension et activité physique » pour sa campagne d'information grand public 2003 [24].

Dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS), lancé en 2001 [25] et dont l'un des objectifs est la réduction de la prévalence de l'obésité chez l'adulte de 20 % à cinq ans, chaque médecin traitant a été destinataire en 2002 du guide « *La santé vient en mangeant : le guide alimentaire pour tous* », puis en 2003 d'un dossier explicatif sur la mesure de l'IMC. Une campagne nationale de promotion de l'activité physique menée en partenariat par le ministère de la Santé et l'Assurance maladie a été lancée en 2004.

Enfin, l'Assurance maladie a débuté fin 2003 une expérimentation visant à évaluer l'efficacité sur le comportement des malades d'une intervention innovante dénommée « visite confraternelle avec examen conjoint ». Il s'agit d'une visite du médecin-conseil au cabinet du médecin traitant à l'occasion de la procédure d'ETM₃₀ pour HTA sévère, au cours de laquelle le malade est vu *conjointement* par les deux médecins. Ces derniers s'accordent sur le traitement hygiéno-diététique et médicamenteux du malade et l'incitent à suivre particulièrement une préconisation dans son traitement comme l'arrêt du tabac, la réduction du poids ou encore l'observance du traitement. Ce dispositif est destiné à responsabiliser le malade par une démarche active dans la prise en charge de son HTA.

Pour les autres mesures hygiéno-diététiques, il faut signaler la meilleure adhésion des malades aux consignes sur l'alcool, près de 90 % de suivi, et sur le sel, en progression nette et atteignant plus de 70 % de suivi. Cette évolution est à rapprocher des constats du PNNS en 2001 et de l'Académie de médecine [26] donnant l'alerte sur l'effet délétère populationnel de l'excès de sel dans l'alimentation des Français et proposant une série d'actions destinées à réduire progressivement de 20 % leur consommation de sel en cinq ans.

4. Possibilité d'amélioration dans les choix thérapeutiques

L'analyse des prescriptions médicamenteuses selon les RBP de l'ANAES montre que plus de la moitié des malades des deux études présentaient une comorbidité dont les médecins devaient tenir compte pour prescrire le traitement le mieux adapté, soit pour garantir une meilleure efficacité (choix préférentiel), soit pour garantir une meilleure sécurité (contre-indication). Près de 70 % des malades ont bénéficié du choix préférentiel adapté à leur état pathologique. Cependant, l'exposition des malades au risque lié à la prescription d'une classe thérapeutique contre-indiquée touchait 27 % des malades en 1999 et 33 % en 2003. Les écarts persistants concernant le manque de vigilance sur la sécurité des traitements demeurent préoccupants et doivent être corrigés en priorité en commençant par une communication large auprès des médecins afin de les sensibiliser aux situations où les risques de contre-indications sont les plus fréquents.

Notre travail s'est appuyé sur les RBP de l'ANAES (1997) dont une mise à jour a été faite en 2000 [27]. En 2003 et 2004, les principales RBP ont également été mises à jour : *Joint National Committee VII* [28], Société européenne de l'HTA [29], OMS [30] et *British Hypertension Society* [31]. Plusieurs méta-analyses traitant de l'effet clinique des différentes classes thérapeutiques antihypertensives [32-34] ont également été publiées à cette période. Ces

publications intègrent les résultats d'études sur l'utilisation des AAI (losartan, irbesartan) chez les hypertendus diabétiques [35-38] ou non [39] et leur reconnaissent un bénéfice clinique dans le traitement de l'HTA. Nos deux études font état d'une progression de l'utilisation des AAI chez les diabétiques (21 à 35 %), plus forte que celle constatée chez les non-diabétiques (29 à 41 %), ce qui suggère que ce choix préférentiel a déjà commencé à obtenir l'adhésion des prescripteurs. La prescription des IEC diminue chez les diabétiques (48 à 42 %) et chez les non-diabétiques (40 à 32 %), tout en restant plus fréquente chez les diabétiques que dans le reste de la population, en accord avec les RBP de l'ANAES (1997). Ces évolutions se retrouvent sur la fréquence d'utilisation des classes thérapeutiques toutes comorbidités confondues : les IEC affichant le recul le plus important entre 1999 et 2003 (de 42 à 35 %) et les AAI la progression la plus forte (de 27 à 39 %). Cette forte évolution des AAI est également retrouvée dans une statistique de l'assurance maladie montrant une progression de 41 % du remboursement des AAI entre 2001 et 2002 [40]. Les effets secondaires, plus fréquents avec les IEC [32, 41], sont probablement une des explications à ces évolutions.

5. Contrôle tensionnel globalement amélioré mais toujours insuffisant dans certaines sous-populations

Le contrôle tensionnel s'est amélioré entre 1999 et 2003 sur l'ensemble de la population atteignant plus de 45 % en 2003. Ce résultat pourrait se traduire par une moindre survenue de complications coronariennes ou cérébro-vasculaires chez les malades contrôlés. Ce bénéfice pourrait être le plus important dans la population des 60-80 ans (53 % de contrôlés en 2003), la plus exposée au risque d'accident vasculaire cérébral (AVC), une des premières causes du handicap acquis de l'adulte, 75 % des malades survivant à leur AVC ayant des séquelles définitives [42].

Cependant, le critère pour le contrôle tensionnel de la PAS dans la classe d'âge 60-80 ans est beaucoup moins exigeant : 160 mm Hg par rapport à 140 mm Hg chez les 20-59 ans. Dans cette dernière classe d'âge, le contrôle tensionnel n'a pas évolué, restant entre 26 et 28 %. Ces données sont très proches de celles publiées sur le contrôle tensionnel de populations d'hypertendus traités au Canada, aux États-Unis, en Chine, allant de 25 à 30 %, mais très au-dessus de celles de populations en Europe (Allemagne, Suède, Angleterre, Espagne, Italie), où le contrôle tensionnel n'atteint pas 10 % [43-46]. En France les données fluctuent entre 17 et 33 % [5, 6, 47-52].

Le contrôle tensionnel des diabétiques et des insuffisants rénaux reste très bas au regard des RBP,

respectivement entre 5 et 7 % aux seuils 130/85 mm Hg et entre 3 et 5 % aux seuils 125/75 mm Hg. Des niveaux comparables ont été publiés dans deux études françaises [53, 54]. Ce constat est préoccupant d'autant plus que les RBP les plus récentes sur l'HTA [28-31] ont abaissé les seuils du contrôle tensionnel à 130/80 mm Hg pour les diabétiques.

Les insuffisances du contrôle tensionnel sont bien documentées dans les RBP [1-4, 27-31] et sont largement utilisées par les experts pour insister fortement sur les objectifs tensionnels à atteindre afin de réduire les complications cardiovasculaires.

Atteindre le contrôle tensionnel chez une majorité de malades est possible au cours d'essais cliniques. Par exemple dans les études ALLHAT et CONVINCE, sous les contraintes du protocole de l'essai, le contrôle tensionnel est passé respectivement de 27 à 66 % en cinq ans et de 21 à 68 % en deux ans [55, 56].

Cependant, dans les conditions habituelles de la pratique, les résultats sont moins convaincants. Une revue de la littérature portant sur l'utilisation de RBP dans le domaine des soins primaires fait état qu'aucune des sept études concernant l'HTA n'a pu démontrer l'efficacité de cette utilisation sur l'évolution des chiffres tensionnels [57]. Deux études américaines montrent une amélioration du contrôle tensionnel dans des populations d'hyper-tendus suivis par des médecins ayant bénéficié d'un programme d'aide à l'application de RBP, de 37 à 49 % dans l'une [58] et de 41 à 52 % dans l'autre [59, 60].

En France, sur le même type d'études, les résultats sont moins probants : pas d'amélioration du contrôle tensionnel (25 %) dans deux populations consultant des médecins généralistes entre 1994 et 1996 [52], progression de 24 à 31,5 % entre 1994 et 1999 dans deux populations consultant également des médecins généralistes [50], progression de 36 à 43 % dans une population de transplantés rénaux suivi par une équipe spécialisée sensibilisée aux résultats de la première évaluation [61].

6. Mobilisation sur le problème du contrôle de l'HTA en France

À l'aune de ces informations, la progression du contrôle tensionnel dans nos populations à haut risque cardiovasculaire est significative. Ce résultat est lié à l'investissement des nombreux acteurs qui interviennent sur le champ de l'hypertension artérielle en France au niveau national, régional ou local : l'Assurance maladie, la Société française d'hypertension artérielle (SFHTA), le CFLHTA qui s'est fortement mobilisé sous forme de campagnes annuelles de communication grand public et les programmes initiés par le ministère de la Santé depuis 2001 (le PNNS [25], le programme d'actions

insuffisance rénale chronique [62], le programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2 [63] et le programme national de réduction des risques cardiovasculaires [42]).

Les médecins traitants participent en relayant les initiatives engagées depuis 1999 sur l'HTA, le diabète, l'insuffisance rénale, le risque cardiovasculaire, l'obésité. Les objectifs affichés passent par une incitation au respect des RBP et convergent sur l'amélioration de la qualité des soins, au bénéfice des malades. La promotion des RBP par les visites confraternelles est une des mesures préconisées dans les programmes du ministère de la Santé [42, 62, 63] car elle a fait la preuve de son efficacité dans un programme similaire (*lire encadré*) à celui sur l'HTA et consacré au diabète de type 2 [64-66]. Ces campagnes de rencontres entre les médecins-conseils et les médecins traitants sont l'occasion d'échanger sur le cas précis d'un malade en utilisant les RBP et sont bien acceptées par les médecins traitants [67].

7. Faire du malade un partenaire actif et motivé dans sa prise en charge

Les initiatives depuis 1999 insistent sur le rôle que doivent prendre les malades dans leur propre prise en charge. La participation active du malade dans son traitement s'appuie sur le concept d'éducation thérapeutique [42, 63, 68] défini par l'OMS comme « un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient » [69, 70].

L'insuffisance constatée du suivi des consignes sur l'activité physique et le poids montrent le chemin à parcourir pour que la responsabilisation des malades soit effective. Cela nécessite des médecins formés, motivés et disponibles. L'observance insuffisante des traitements est également un obstacle important à l'obtention du contrôle tensionnel contre lequel le médecin doit essayer de se prémunir [71, 72]. L'efficacité de l'implication des malades dans leur prise en charge a déjà été montrée pour des malades diabétiques [73, 74] et l'expérimentation que mène l'assurance maladie depuis fin 2003 apportera des indications sur l'intérêt d'une relation tripartite (médecin traitant – malade – médecin-conseil) sur le comportement du malade et le résultat thérapeutique.

8. Poursuivre la mobilisation des acteurs en ciblant les populations les moins bien contrôlées

L'admission en ETM₃₀ pour HTA sévère pourrait être l'occasion de proposer aux médecins traitants un engagement, sous une forme à définir, pour leurs malades diabétiques ou insuffisants rénaux ou encore atteints d'une HTA résistante. Le dépistage de l'insuffisance rénale, dont on sait qu'il n'est pas toujours systématique en présence d'une HTA

[53,75], pourrait être facilitée par l'utilisation de la formule de Cockcroft et Gault [76]. La confirmation des HTA résistantes pourrait se faire en utilisant l'automesure tensionnelle [77, 78]. L'automesure pourrait également être utilisée pour favoriser la participation du malade en l'incitant à suivre régulièrement sa pression artérielle et en lui donnant des repères objectifs sur l'efficacité de son traitement, à partager avec son médecin traitant [79, 80]. On peut attendre de ce type d'actions, réalisées en synergie avec les initiatives de la SFHTA, du CFLHTA et les programmes du ministère de la Santé, une amélioration du contrôle tensionnel au-delà du constat fait aujourd'hui sur les populations admises à l'ETM₃₀ pour HTA sévère, qui, même modeste et partielle, est encourageante pour tous ceux qui portent les messages de bonne pratique qu'ils soient à destination du grand public, des malades ou des professionnels de santé.

Remerciements

À tous les praticiens-conseils et agents administratifs des services médicaux de l'assurance maladie pour leur participation à ces études.

RÉFÉRENCES

- 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee. *J Hypertens* 1999;17:151-83.
- The Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). *Arch Intern Med* 1997;157:2413-46.
- Ramsay L, Williams B, Johnston G et al. Guidelines for Management of Hypertension: report of the third working party of the British Hypertension Society. *J Hum Hypertens* 1999;13:569-92.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Diagnostic et traitement de l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte de 20 à 80 ans. Paris : ANAES, 1997. (www.anaes.fr)
- Poggi L, Chamontin B, Lang T et al. Prévalence, traitement et contrôle de l'hypertension artérielle chez les consultants en médecine générale en France en 1994. *Arch Mal Cœur Vaiss* 1996;89:1075-80.
- Chamontin B, Poggi L, Lang T et al. Prevalence, treatment, and control of hypertension in the French population: data from a survey on high blood pressure in general practice, 1994. *Am J Hypertens* 1998;11:759-62.
- Fender P, Païta M, Ganay D, Benech JM. Prévalence des trente affections de longue durée pour les affiliés au régime général de l'assurance maladie en 1994. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1997;45:454-64.
- Guilhot J, Tilly B, Fender P, Allemand H, Johanel G. Programme national de santé publique sur la prise en charge de l'hypertension artérielle. XIX^{es} Journées de l'hypertension artérielle – Résumés – *Arch Mal Cœur Vaiss* 1998;92(Hors série):48.
- Tilly B, Guilhot J, Salanave B, Fender P, Allemand H. Hypertension artérielle. Quels traitements ? Quels résultats ? Actualité et Dossier en Santé Publique 2000;32:8-11.
- Durieux P, Jolly D. Comment améliorer les pratiques médicales. Les dossiers de l'Institut d'Etudes Politiques des Politiques de Santé. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 1999, 122 p.
- Tilly B, Guilhot J, Salanave B, Garrigue P, Fender P, Allemand H. Programme national de santé publique. Enquête nationale de l'assurance maladie sur la prise en charge médicale de l'hypertension artérielle sévère exonérée du ticket modérateur en France en 1999. Paris : Echelon national du service médical-CNAMTS ; mai 2000, 70 p. (disponible en téléchargement libre sur le site internet de la CNAMTS : www.ameli.fr/pdf/1081.pdf.)
- Recommandations du Haut comité médical de la Sécurité sociale sur l'exonération du ticket modérateur concernant les affections de longue durée exonérantes, actualisation avril 2002. Définition, modalités d'exonération du ticket modérateur de l'hypertension artérielle sévère. In: « Les Guides de l'assurance maladie : ALD30 Affections de Longue Durée Exonérantes ». Paris : CNAMTS, 2002. pp. 57-8.
- Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire. L'audit médical. Paris : ANDEM ; 1993, 33 p.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'audit clinique. Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. Paris : ANAES ; 1999, 32 p.
- Ardilly P. Calcul de précision. In : Les techniques de sondage. Paris : Ed Technip ; 1994. p 82.
- Gueyffier F, Froment A, Gouton M. New meta-analysis of treatment trials of hypertension: improving the estimate of therapeutic benefit. *J Hum Hypertens* 1996;10:1-8.
- Girerd X, Mourad JJ, Vaisse B, Poncelet P, Mallion JM, Herpin D. Estimation du nombre de sujets traités pour une hypertension, un diabète ou une hyperlipidémie en France : étude FLAHS 2002. *Arch Mal Cœur Vaiss* 2003;96:750-3.
- Béguin M, Houpe D, Peltier M et al. Epidémiologie et causes de l'insuffisance cardiaque dans la Somme. Résultats de l'étude ETICS. *Arch Mal Cœur Vaiss* 2004;97:113-9.
- Zannad F, Braincon S, Juillière Y et al. Incidence, clinical and etiological features and outcomes of advanced chronic heart failure: the EPICAL study. *J Am Coll Cardiol* 1999;33:734-42.
- Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé. Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France 1991-2001. 3^e éd. Paris : AFSSAPS - Direction des études médico-économiques et de l'information scientifique; Août 2003.
- Saba G, Weill A, Païta M et al. Instauration des traitements médicamenteux hypolipémiants en France en 2002. *Rev Med Ass Maladie* 2003;34:221-31.
- Tilly B, Salanave B, Chatellier G, Guilhot J, Fender P, Allemand H. Hypertension artérielle sévère : risque cardio-vasculaire et non-contrôle tensionnel. *Rev Med Ass Maladie* 2003;34:157-65.
- ObEpi 2003. 3^e enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et les surpoids en France. Dossier de presse. Institut Roche de l'obésité – Institut national de la santé et de la recherche médicale – SOFRES Juin 2003. (www.tns-sofres.com)
- Girerd X. « Je me dépense pour soigner ma tension » : le nouveau message du comité français de lutte contre l'hypertension artérielle. HTA-INFO 2002 ;12:13.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé. Programme national nutrition santé. Paris, avril 2001. (www.sante.gouv.fr)
- Bourel M, Ardaillou R. Contenu en sel de l'alimentation et hypertension artérielle. Rapport au nom de la Commission I (Biologie-Immunologie-Génétique). Paris : Académie nationale de médecine ; février 2004, 10 p. (www.academie-medecine.fr)
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Recommandations cliniques et données économiques. Paris : ANAES ; avril 2000, 130 p. (www.anaes.fr)
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003;42:1206-52.

29. Guidelines Committee. 2003 European society of hypertension – European society of cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003;21:1011-53.
30. WHO-ISH writing group. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003;21:1983-92.
31. Williams B, Poulter NR, Brown MJ et al. British Hypertension Society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV) : summary. *BMJ* 2004;328:634-40.
32. Law MR, Wald NJ, Morris JK, Jordan RE. Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs : analysis of 354 randomised trials. *BMJ* 2003;326:1427.
33. Turnbull F. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different blood-pressure lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. *Lancet* 2003;362:1527-35.
34. Psaty BM, Lumley T, Furberg CD et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents: a network meta-analysis. *JAMA* 2003;289:2534-44.
35. Lewis EJ, Hunsicker LG, Clarke WR et al. Renoprotective effect of the angiotensin-receptor antagonist irbesartan in patients with nephropathy due to type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2001;345:851-60.
36. Parving HH, Lehnert H, Brochner-Mortensen J, Gomis R, Andersen S, Arner P. The effect of irbesartan on the development of diabetic nephropathy in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2001;345:870-8.
37. Brenner BM, Cooper M, de Zeeuw D et al. Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy. *N Engl J Med* 2001;345:861-9.
38. Lindholm LH, Ibsen H, Dahlof B and the LIFE study group. Cardiovascular morbidity and mortality in patients with diabetes in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002;359:1004-10.
39. Dahlof B, Devereux RB, Kjeldsen SE and the LIFE study group. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002;359:995-1003.
40. MEDIC'AM. Les médicaments remboursés par le régime général d'assurance maladie au cours des années 2001 et 2002. Paris : CNAMTS ; juillet 2003, 130 p. (www.ameli.fr)
41. Girerd X, Larguier JS, Misretta F, Alamercery Y, Van Ganse E. Comparaison de l'intolérance des traitements médicamenteux au cours de la prise en charge usuelle de patients hypertendus. XXIII^{es} Journées de l'hypertension artérielle – Résumés. *Arch Mal Cœur Vaiss* 2003 ; 96 (Hors série): 7-8.
42. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé. Programme national de réduction des risques cardiovasculaires 2002-2005. Paris, février 2002. (www.sante.gouv.fr)
43. Wolf-Maier K, Cooper RS, Kramer H et al. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. *Hypertension* 2004;43:10-7.
44. Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *JAMA* 2003;289:2363-9.
45. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *JAMA* 2003;290:199-206.
46. Gu D, Reynolds K, Wu X et al. InterASIA Collaborative Group. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in China. *Hypertension* 2002;40:920-7.
47. Lang T, de Gaudemaris R, Chatellier G, Hamici L, Diene E. Prevalence and therapeutic control of hypertension in 30,000 subjects in the workplace. *Hypertension* 2001;38:449-54.
48. Chamontin B, Lang T, Vaisse B et al. Données régionales sur la prise en charge de l'hypertension artérielle en France. *Arch Mal Cœur Vaiss* 2001;94:823-7.
49. Mounier-Vehier C, Amah G, Covillard J, Jabouweck O, Phan TM. Prise en charge de l'HTA essentielle et du niveau de risque cardiovasculaire. Observatoire en médecine générale – Enquête nationale (PHENOMEN): évaluation et stratification du risque cardiovasculaire selon les recommandations de l'ANAES 2000 dans une population d'hypertendus. *Arch Mal Cœur Vaiss* 2002;95:667-72.
50. Chamontin B, Lang T, Vaisse B et al. Evolution du contrôle de l'HTA en France de 1994 à 1999 en médecine générale. *Arch Mal Cœur Vaiss* 1999 ; 92 (Hors série):12.
51. Mallion JM, Poggi L. A population-based survey of drug treatment efficacy by the French National Committee for the Control of Arterial Hypertension. *Am J Hypertens* 1998;11:903-4.
52. Poggi L, Chamontin B, Lang T, Ménard J. An attempt to improve blood pressure control in the french population. Information and outcome awareness at the general practitioner level. *Am J Hypertens* 1998;11:905-8.
53. Mounier-Vehier C, Amah G, Duquenoy S, Fontaine P, Phan TM. L'évaluation de l'atteinte rénale est-elle satisfaisante chez l'hypertendu essentiel ? Observatoire en médecine générale, résultats d'une enquête nationale (PHENOMEN). *Arch Mal Cœur Vaiss* 2003;96:792-5.
54. Chamontin B, Lang T, Vaisse B et al. Quel est le risque cardiovasculaire des patients non contrôlés par le traitement antihypertenseur ? Résultats de l'enquête PHARE 2. Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux. XIX^{es} Journées de l'hypertension artérielle – Résumés – *Arch Mal Cœur Vaiss* 1999;92 (hors série):42.
55. Cushman WC, Ford CE, Cutler JA et al. Success and predictors of blood pressure control in diverse North American settings: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *J Clin Hypertens* 2002;4:393-404.
56. Black HR, Elliott WJ, Neaton DJ et al. Baseline characteristics and elderly blood pressure control in the CONVINCE trial. *Hypertension* 2001;37:12-8.
57. Worrall G, Chaulk P, Freae D. The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review. *CMAJ* 1997;156:1705-12.
58. Maue SK, Rivo ML, Weiss B, Farrelly EW, Brower-Stenger S. Effect of primary care physician-focused, population-based approach to blood pressure control. *Fam Med* 2002;34:508-13.
59. Godley P, Pham H, Rohack J, Woodward B, Yokoyama K, Maue SK. Opportunities for improving the quality of hypertension care in managed care setting. *Am J Health Syst Pharm* 2001;58:1728-33.
60. Godley P, Nguyen A, Yokoyama K, Rohack J, Woodward B, Chiang T. Improving hypertension care in a large group-model MCO. *Am J Health Syst Pharm* 2003;60:554-64.
61. Ben Fatma L, Etienne L, Barbier S et al. Normaliser la pression artérielle : un objectif difficile à atteindre chez les transplantés rénaux. XXIII^{es} Journées de l'hypertension artérielle – Résumés. *Arch Mal Cœur Vaiss* 2003;96(Hors série):55.
62. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé. Programme d'actions Insuffisance rénale chronique 2002-2004. Paris, septembre 2001. (www.sante.gouv.fr)
63. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé. Programme d'actions de prévention et prise en charge du diabète de type 2, 2002-2005. Paris, novembre 2001. (www.sante.gouv.fr)
64. Ricordeau Ph, Weill A, Bourrel R et al. Programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2. Evolution de la prise en charge des diabétiques non insulino traités entre 1998 et 2000. Paris : Direction du service médical-CNAMTS, février 2002 ; 92 p. (www.ameli.fr)

65. Weill A, Ricordeau Ph, Vallier N et al. *Impact du programme d'intervention de l'assurance maladie sur le diabète de type 2*. BEH 2002;20-21:87.
66. Ricordeau Ph, Durieux P, Weill A et al. *Effect of a nationwide program of educational outreach visits to improve the processes of care for patients with type 2 diabetes*. Int J Technol Assess Health Care 2003;19:705-10.
67. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. *Interventions en santé publique : bilan de la campagne d'échanges confraternels 1999*. Paris : Echelon national du service médical, Département analyse des soins de ville et hospitaliers ; septembre 2000, 12 p. (www.ameli.fr)
68. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé. *Plan national d'éducation pour la santé*. Paris : février 2001. (www.sante.gouv.fr)
69. World Health Organization : WHO Europe. *Therapeutic patient education: continuing education programs for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases*. WHO-Euro, Copenhagen, 1998. (www.euro.who.int)
70. Deccache A. *Quelles pratiques et compétences en éducation du patient ? Recommandations de l'OMS*. La Santé de l'Homme 1999;341:12-14.
71. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. *Évaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé*. Presse Med 2001;30:1044-8.
72. Buisson JG, Buchon D, Ribière AM, Moulin JL, Prévost M. *Comment évaluer l'observance dans l'HTA*. Rev Prat – Med Gen 2004;18:439-41.
73. Rachmani R, Levi Z, Slavachevski I, Avin M, Ravid M. *Teaching patients to monitor their risk factors retards the progression of vascular complications in high-risk patients with type 2 diabetes mellitus – a randomized prospective study*. Diabet Med 2002;19:385-92.
74. Guerci B, Drouin P, Grange V et al. *Asia Group. Self-monitoring of blood glucose significantly improves metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus: the Auto-Surveillance Intervention Active (ASIA) study*. Diabetes Metab 2003;29:587-94.
75. Chanard J. *Insuffisance rénale chronique et hypertension en pratique cardiologique de ville*. Presse Med 2001;30:26.
76. Cockcroft DW, Gault MH. *Prediction of creatinine clearance from serum creatinine*. Nephron 1976;16:31-41.
77. O'Brien E, Asmar R, Beilin L et al. *European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring. European Society of Hypertension recommendations for conventional, ambulatory and home blood pressure measurement*. J Hypertens 2003;21:821-48.
78. Stergiou GS, Alamara CV, Skeva II, Mountokalakis TD. *Diagnostic value of strategy for the detection of white coat hypertension based on ambulatory and home blood pressure monitoring*. J Hum Hypertens 2004;18:85-9.
79. Staessen JA, Den Hond E, Celis H et al. *Treatment of Hypertension Based on Home or Office Blood Pressure (THOP) Trial Investigators. Antihypertensive treatment based on blood pressure measurement at home or in the physician's office : a randomized controlled trial*. JAMA 2004;291:955-64.
80. Bobrie G, Chatellier G, Genes N et al. *Cardiovascular prognosis of « masked hypertension » detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients*. JAMA 2004;291:1342-9.

PROGRAMME D'INTERVENTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE

Depuis 1999, l'Assurance maladie met en œuvre des programmes d'interventions dont la finalité est d'amener la prise en charge de communautés de malades au niveau de qualité attendu par l'application des recommandations de bonnes pratiques (RBP) établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) ou l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Ces programmes sont organisés en trois temps :

- 1) analyse d'une situation initiale concernant la prise en charge d'une affection donnée,
- 2) campagne d'interventions de l'Assurance maladie auprès des professionnels de santé pour les accompagner dans l'appropriation des RBP,
- 3) analyse de la situation après interventions.

Les interventions de l'Assurance maladie comprennent un volet individuel, sous la forme d'échanges confraternels entre les médecins-conseils et les médecins traitants – dénommés visites confraternelles quand la rencontre a lieu au cabinet du médecin traitant – et un volet collectif mené par les caisses et les services médicaux au niveau national, régional et local.

Les interventions visent à mieux faire connaître aux professionnels de santé les RBP et à les inciter à les suivre dans leur pratique quotidienne.

Les analyses sont destinées à mesurer les écarts éventuels entre les pratiques observées et les RBP.

La comparaison de l'état des pratiques avant et après les interventions permet d'apprécier l'évolution des prises en charge au cours du programme.

Le choix des thèmes des programmes s'appuie sur quatre critères : les enjeux médicaux, les enjeux économiques, la faisabilité du programme et l'efficacité prévisionnelle des interventions.