

Hypertension artérielle

LES ENJEUX

Les maladies cardiovasculaires sont **la première cause de décès en France**⁽¹⁾ et l'hypertension artérielle (HTA) en est l'un des facteurs de risque les plus importants et les plus fréquents⁽²⁾.

Selon l'étude nationale nutrition santé, conduite en 2006-2007 en France métropolitaine⁽³⁾ la prévalence de l'HTA (au seuil de 140/90 mm Hg) chez l'adulte est à 31 % (18-74 ans), plus élevée chez les hommes (34,1 %) que chez les femmes (27,8 %). Cette prévalence augmente de manière prononcée avec l'âge, dépassant les deux tiers (67,3 %) dans la tranche d'âge 65-74 ans (l'étude Mona Lisa⁽⁴⁾, sur la même période, établit les mêmes constats).

Toutes les recommandations professionnelles – françaises⁽⁵⁾, étrangères^(6,7,8) et internationales^(9,10) – posent comme premier objectif dans la prise en charge d'un sujet hypertendu d'obtenir la réduction maximale du risque à long terme de la morbi-mortalité cardiovasculaire. Ceci implique le traitement adapté des facteurs de risque modifiables (tabagisme, surpoids, dyslipidémie, diabète) et un **contrôle de la pression artérielle**.

Le bénéfice du traitement antihypertenseur est corrélé avec la baisse des chiffres tensionnels. Ainsi, dans le cas d'une HTA (hormis en cas de diabète ou d'atteinte rénale), il est recommandé de faire baisser la pression artérielle en dessous de 140 mm Hg pour sa composante systolique et 90 mm Hg pour la diastolique. Chez le patient diabétique, l'objectif est une pression < 130/80 mm Hg, et chez le patient insuffisant rénal, une pression < 130/80 mm Hg avec une protéinurie < 0,5 g/j.

La **loi de santé publique de 2004**⁽¹¹⁾ a inscrit comme un de ses objectifs la réduction de 2 à 3 mm Hg la moyenne de la pression artérielle de la population française, objectif repris dans le programme national nutrition santé⁽¹²⁾.

ÉTAT DES PRATIQUES

Le constat est le même dans nombre de pays^(6,13,14,15,16) : malgré un arsenal thérapeutique efficace et une relative amélioration depuis quelques années, le contrôle de l'HTA reste médiocre. Globalement, la proportion de patients traités dont la pression artérielle mesurée est inférieure au seuil de 140/90 mm Hg est de l'ordre de 30 % et dépasse rarement un cas sur deux. Il a été calculé qu'au Royaume-Uni le mauvais contrôle de la pression artérielle des personnes hypertendues était à l'origine chaque année de 62 000 décès⁽¹⁷⁾.

En France, l'étude précitée ENNS⁽³⁾ indique que 50,4 % des personnes hypertendues sont traitées, et que, parmi ces dernières, 50,9 % seulement ont une pression artérielle suffisamment abaissée.

L'étude Mona Lisa⁽⁴⁾ rapporte une proportion de patients traités de l'ordre de 80 % mais avec en moyenne un contrôle moindre de la pression artérielle (24 % des hommes traités ; 39 % des femmes).

Les **raisons de cette insuffisance du contrôle effectif** des chiffres tensionnels tiennent à des facteurs liés aussi bien aux médecins qu'aux patients. Pour les médecins, sont notamment invoquées une méconnaissance des recommandations⁽¹⁸⁾, une sous-estimation du risque cardiovasculaire lié à un mauvais contrôle tensionnel⁽¹⁹⁾, des difficultés à obtenir de leurs patients des changements dans leur hygiène de vie⁽²⁰⁾, une réticence à prescrire un traitement médicamenteux en qualité (association) et quantité (augmentation des doses) adaptées^(21,22). Pour les patients, le facteur principal est la mauvaise observance du traitement médicamenteux et des règles hygiéno-diététiques⁽²³⁾, souvent conjuguée avec une faible conscience des risques à long terme d'une HTA non contrôlée⁽²⁴⁾.

La marge de progrès reste donc considérable, et le rôle du médecin traitant dans la prise en charge de cette affection complexe, même s'il n'en est pas le seul acteur, est déterminant⁽²⁵⁾.

INDICATEUR ET OBJECTIF CIBLE

L'indicateur proposé est **déclaratif** : la part des patients hypertendus contrôlés c'est-à-dire dont la pression artérielle est $\leq 140/90$ mm de mercure parmi les patients hypertendus traités (par antihypertenseurs) ayant désigné le médecin comme « médecin traitant ».

→ Objectif cible à 3 ans :
50% des patients hypertendus traités normalisés

Le taux de départ est le même pour tous les médecins 30%. Il est basé sur les données de la littérature.

- (1) Groupe technique national de définition des objectifs de santé publique (GTNDO). Hypertension artérielle. In : Direction générale de la santé en collaboration avec l'INSERM. Rapport du groupe technique national de définition des objectifs de santé publique (GTNDO). Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique. Définition d'objectifs. Paris : Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées ; 13 mars 2003. pp. 483-90. (www.sante.gouv.fr)
- (2) Kearney PM et al. Global burden of hypertension : analysis of worldwide data. *Lancet* 2005 ; 365 : 217-23.
- (3) Godet- Thobie H et al. Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007. *BEH* 2008 ; 49-50 : 478-83.
- (4) Wagner A et al. Etat des lieux de l'hypertension artérielle en France en 2007 : l'étude Mona Lisa. *BEH* 2008 ; 49-50 : 483-6.
- (5) Haute Autorité de santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Actualisation 2005. Saint-Denis : HAS ; 2005. (www.has-sante.fr)
- (6) Chobanian AV et al. The seventh report of the Joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. The JNC 7 report. *JAMA* 2003 ; 289 : 2560-72.
- (7) Canadian Hypertension Education Program. 2008 CHEP Recommendations for the Management of Hypertension. (accès le 9 mars 2009 sur <http://hypertension.ca/chep/fr>).
- (8) National Institute for Health and Clinical Excellence. Hypertension. Management of hypertension in adults in primary care. London : NICE Clinical Guideline 34, 2006. (www.nice.org.uk)
- (9) European society of cardiology/European society of cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2007 ; 28 : 1462-1536. (www.escardio.org) [une traduction en français est accessible sur le site de la Société française d'hypertension artérielle www.sfhta.org]
- (10) World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. 2003 WHO/ISH statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003 ; 21 : 1983-92. (accès le 9 mars 2009 sur www.who.int)
- (11) Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (JO 11 août).
- (12) Ministère de la Santé et des Solidarités. Deuxième programme national nutrition santé 2006-2010. Actions et mesures. Septembre 2006 (www.sante.gouv.fr)
- (13) Wolf-Maier K et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 european countries, Canada, and the United States. *JAMA* 2003 ; 289 : 2363-9.
- (14) Whelton PK et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in North America, North Africa and Asia. *J Hum Hypertens* 2004 ; 18 : 545-51.
- (15) Falaschetti E et al. Continued improvement in hypertension management in England. Results from the Health Survey for England 2006. *Hypertens* 2009 ; 53 : 480-6.
- (16) Ong KL et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among United States adults 1999-2004. *Hypertension* 2007 ; 49 : 69-75.
- (17) He FJ et al. Cost of poor blood pressure control in the UK : 62 000 unnecessary deaths per year. *J Hum Hypertens* 2003 ; 17 : 455-7.
- (18) Bramlage P et al. Clinical practice and recent recommendations in hypertension management – reporting a gap in a global survey of 1259 primary care physicians in 17 countries. *Curr Med Res Op* 2007 ; 23 : 783-91.
- (19) Doroodchi H et al. Knowledge and attitudes of primary care physicians in the management of patients at risk for cardiovascular events. *BMC Fam Pract* 2008 ; 9 : 42. (www.biomedcentral.com)
- (20) Elliott WJ. What factors contribute to the inadequate control of elevated blood pressure ? *Curr Med Res Op* 2008 ; 10 (suppl 1) : 20-6.
- (21) Okonofua EC et al. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension* 2006 ; 47 : 345-51.
- (22) Phillips LS et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001 ; 35 : 825-34.
- (23) Schmitt D et al. Observance et hypertension artérielle. EMC (Elsevier SAS, Paris), Cardiologie, 11-302-A-25, 2006.
- (24) Dusing R. Overcoming barriers to effective blood pressure control in patients with hypertension. *Curr Med Res Op* 2006 ; 22 : 1545-53.
- (25) Mounier-Vehier C. Prise en charge de l'hypertension artérielle : pas si simple ! *Presse Med* 2009, 38 : 598-9.