

Evaluation de l'impact de visites confraternelles avec ou sans examen conjoint sur le comportement des malades hypertendus exonérés du ticket modérateur

Assessment of the impact of group appointments, with or without joint examination, on the behaviour of hypertensive patients who are exempt from contributing to their health expenses

Salanave B¹, Bertin N², Vernay M¹, Ricordeau Ph³, Allemand H⁴

Résumé

Objectif : Évaluer l'impact sur le comportement des malades d'une visite confraternelle avec examen conjoint des patients.

Méthodes : Etude de type essai comparatif randomisé sur la population des malades du Régime général nouvellement admis en ALD₃₀ pour hypertension artérielle sévère. L'efficacité de l'intervention était définie par la modification, sept mois après l'inclusion, du comportement du malade à l'égard du tabagisme, de la perte de poids et de l'observance du traitement. Son évaluation était fondée sur la comparaison de trois groupes de malades : le groupe ayant bénéficié d'une visite confraternelle avec examen conjoint ; le groupe dont le médecin a fait l'objet d'une visite confraternelle seule ; le groupe considéré comme "témoin". Tous les patients ont été examinés par un médecin-conseil.

Résultats : Nous avons inclus 4 484 malades dans l'étude. Entre les mesures initiales et finales, 190 malades (4,2 %) ont été perdus de vue. La proportion de malades ayant modifié leur comportement entre les deux mesures, variait de 20,8 % dans le groupe examen conjoint à 17,0 % dans le groupe témoin ($p = 0,009$). Le groupe visite confraternelle ne présentait pas de différence significative par rapport aux deux autres groupes. Concernant les pressions artérielles moyennes (systoliques et diastoliques) des baisses significatives étaient enregistrées en sept mois quel que soit le groupe d'intervention

Conclusion : Même si la visite confraternelle avec examen conjoint semble favoriser les modifications comportementales des patients, il reste que le gain apporté par cette procédure est réduit au regard du coût humain qu'elle génère.

Prat Organ Soins 2008;39(2):87-94

Mots-clés : Hypertension artérielle ; visites confraternelles ; comportement du malade ; évaluation des pratiques médicales et éducationnelles ; affections de longue durée ; maladie chronique ; participation du patient ; France.

Summary

Aim: Assess the impact, on the behaviour of patients, of a group appointment with a joint examination of patients.

Methods: Standard randomized comparative study on patients, who are part of the general health insurance scheme, newly admitted for a long-term disorder (ALD₃₀) for severe hypertension. The effectiveness of the appointment was defined by the modification, seven months after admission, of the patient's behaviour regarding smoking, weight loss and following their treatment. It was assessed through a comparison of three groups of patients: one attending a group appointment with a joint examination, another for which the doctor made a group appointment only and the third considered to be the "control" group. All the patients were examined by a medical adviser.

Results: We included 4,484 patients in the study, of whom we lost track of 190 patients (4.2 %) between the initial and final measurements. The proportion of patients who changed their behaviour between the two measurements varied from 20.8 % in the joint examination group to 17.0 % in the control group ($p = 0.009$). The group with joint examination did not present any significant difference compared with the other two groups. Significant falls in average blood pressure (systolic and diastolic) were recorded over the seven months, irrespective of the group.

Conclusion: Even if the group appointment with a joint examination seems to encourage patients to change their behaviour, the advantage gained by this procedure is reduced in view of the human cost it generates.

Prat Organ Soins 2008;39(2):87-94

Keywords: High blood pressure; individual academic detailing; patient's behaviour; educational and medical practices evaluation; co-payments exonerating long-term illness; chronic disease; patient participation; France.

¹ Statisticien, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris.

² Médecin-conseil, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris.

³ Médecin-conseil chef de service, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris.

⁴ Médecin-conseil national, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris.

INTRODUCTION

Entre 2000 et 2005, les recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) ont été mises à jour par les experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de la Société européenne de l'HTA, du *Joint national committee* (JNC), de la *British Hypertension Society* et de la Haute autorité de santé (HAS) [1-5]. L'ensemble de ces publications intégrait les derniers résultats d'études portant sur l'efficacité des antihypertenseurs et insistaient sur la prise en charge médicamenteuse de l'HTA. Cependant, dans ces recommandations, le traitement non médicamenteux était considéré comme un élément déterminant de la prise en charge et comme un complément indispensable au traitement médicamenteux.

Au cours de la même période, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a mené des actions de communication auprès des médecins sur l'hypertension artérielle. L'objectif était d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients en vue d'amener progressivement une part croissante des hypertendus traités au contrôle tensionnel. Les études d'évaluation de ces actions [6], menées en 1999 et 2003, ont montré que le suivi des mesures hygiéno-diététiques par les patients (notamment la réduction pondérale et l'arrêt du tabagisme) n'était pas optimal ce qui expliquait, au moins en partie, que le taux de patients contrôlés restait insuffisant. L'observance insuffisante des traitements médicamenteux est également un obstacle important à l'obtention du contrôle tensionnel [7, 8].

Ces différents éléments montrent l'importance de l'implication du patient dans la prise en charge de sa maladie. L'efficacité de la responsabilisation du malade a déjà été montrée pour les malades diabétiques [9, 10], mais concernant les hypertendus, et en dehors des travaux portant sur l'observance du traitement médicamenteux, l'impact d'interventions sur le comportement du malade a rarement été étudié.

L'Assurance maladie a donc débuté fin 2003 une expérimentation visant à évaluer l'impact sur le comportement des malades d'une visite confraternelle avec examen conjoint. Il s'agissait d'une visite du médecin-conseil au cabinet du médecin traitant, au cours de laquelle le malade était consulté conjointement par les deux médecins. Ces derniers s'accordaient, avec le malade, sur une mesure hygiéno-diététique particulière à suivre comme l'arrêt du tabac, la réduction du poids, ou sur l'amélioration de l'observance du traitement médicamenteux.

L'objet de la présente publication est de présenter les résultats de l'évaluation de cette intervention par rapport, d'une part, à une visite confraternelle sans examen conjoint, et d'autre part, à l'absence de visite confraternelle.

MÉTHODES

1. Le schéma général d'étude

L'étude était de type essai comparatif randomisé. La population source était constituée des malades du Régime général nouvellement admis au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur pour HTA sévère, l'une des trente affections de longue durée¹ (ALD₃₀). L'efficacité de l'intervention était définie par la modification du comportement du malade à l'égard du tabagisme, de la perte de poids et de l'observance du traitement médicamenteux. Son évaluation était fondée sur la comparaison des trois groupes de malades suivants :

- le groupe 1 des malades ayant bénéficié d'une visite confraternelle avec examen conjoint ;
- le groupe 2 des malades dont le médecin a fait l'objet d'une visite confraternelle sans examen conjoint ;
- le groupe 3 des malades considérés comme "témoins".

Afin de pouvoir mettre en évidence, entre les groupes, une différence significative d'au moins 5 % de la proportion de malades ayant modifié leur comportement, la taille de chaque groupe a été fixée à 1 500 malades.

2. La mesure initiale et la sélection de la population étudiée

Pour constituer ces trois groupes, un recueil exhaustif de toutes les demandes d'admission en ALD₃₀ pour HTA sévère a été réalisé du 6 octobre 2003 au 27 février 2004. La sélection de la population étudiée s'est faite par étape. La première permettait de sélectionner les malades qui seraient convoqués au service médical de l'Assurance maladie après vérification des critères de convocation suivants :

- présenter les critères d'exonération du ticket modérateur permettant l'attribution de ALD₃₀ pour HTA primitive ;
- être né entre le 1^{er} janvier 1929 et le 31 décembre 1985 (bornes incluses), c'est-à-dire être âgé de 18 à 74 ans ;
- ne pas souffrir d'une affection particulièrement grave dont le pronostic vital, fonctionnel ou psychiatrique, serait mauvais à court terme ;
- être suivi par un médecin généraliste signataire de la demande d'admission en ALD₃₀, relevant du secteur géographique de sa propre Caisse primaire d'assurance maladie et être le premier malade de ce médecin pour l'étude.

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.

Pour la mesure initiale, tous les malades ont été convoqués au service médical et un questionnaire initial a été rempli par le médecin-conseil enquêteur. Ce premier questionnaire comportait des informations administratives (date de la mesure initiale, année de naissance et sexe du malade), les caractéristiques du malade (poids, taille, tension artérielle, tabagisme), quelques éléments sur le traitement médicamenteux et six questions sur l'observance du traitement médicamenteux antihypertenseur, issues d'une grille élaborée et validée par un service spécialisé [7] et permettant d'évaluer le niveau d'observance de chaque malade.

A l'issue du remplissage du questionnaire initial, la deuxième étape de sélection de la population étudiée consistait à déterminer les malades vérifiant l'un au moins des trois critères d'éligibilité suivants :

- être fumeur ;
- être en surpoids, le surpoids étant défini par un indice de masse corporelle (IMC) strictement supérieur à 25, quel que soit le sexe ;
- être insuffisamment observant du traitement médicamenteux antihypertenseur, le malade étant considéré comme insuffisamment observant quand il avait répondu « OUI » à au moins trois des six questions sur l'observance.

La dernière étape de sélection de la population étudiée consistait à demander au malade s'il était d'accord pour participer à l'étude. S'il donnait son accord, le médecin-conseil devait encore obtenir l'accord du médecin traitant avant d'inclure définitivement le malade dans l'étude.

Tous les questionnaires initiaux des malades convoqués ont été saisis à l'aide d'un logiciel informatique qui permettait de vérifier les critères de sélection des différentes étapes et qui, pour les malades vérifiant ces critères, et uniquement à ce stade, affectait de manière aléatoire le malade sélectionné à l'un des trois groupes d'inclusion. Les mesures initiales se sont étalées de novembre 2003 à avril 2004.

3. Les interventions

Les visites confraternelles avec ou sans examen conjoint ont été organisées dans un délai maximum de deux mois après la mesure initiale.

Pour le groupe 1, les visites confraternelles avec examen conjoint ont eu lieu au cabinet du médecin traitant à l'occasion d'une consultation habituelle du malade à laquelle était convié le médecin-conseil. Au cours de cet examen conjoint, le médecin traitant et le médecin-conseil engageaient le malade à respecter le protocole thérapeutique

défini conjointement et à choisir une mesure à suivre parmi l'arrêt du tabac, la réduction de poids ou l'observance du traitement.

Pour le groupe 2, une visite confraternelle était organisée entre le médecin-conseil et le médecin traitant à son cabinet, sans examen conjoint du malade (les messages destinés aux malades sur le respect des mesures hygiéno-diététiques et l'observance médicamenteuse sont strictement identiques à ceux diffusés aux malades du groupe précédent mais ils le sont par l'intermédiaire du médecin traitant et en l'absence du médecin-conseil)

Pour le groupe 3, aucune visite confraternelle n'était organisée. La demande d'admission en ALD₃₀ était traitée selon les procédures habituelles.

4. La mesure finale

Pour évaluer l'efficacité de ces interventions, une seconde mesure, dite mesure finale, a été réalisée sept mois après la mesure initiale. Tous les malades inclus dans l'un des trois groupes ont été à nouveau convoqués au service médical pour un examen au cours duquel le médecin-conseil enquêteur a renseigné un questionnaire final. Ce second questionnaire contenait les mêmes items que le questionnaire initial (poids, taille, tension artérielle, tabagisme et les six questions sur l'observance). Il était rempli sans que le médecin-conseil enquêteur n'ait connaissance des réponses portées sur le questionnaire initial.

Les mesures finales se sont étalées de juin 2004 à novembre 2004.

Pour limiter au maximum le nombre de perdus de vue, diverses procédures ont été mises en place :

- dès la mesure initiale, le malade inclus était informé de cette seconde convocation au service médical et donnait son accord de principe ;
- la convocation pour la mesure finale se faisait par relances successives : trois courriers de convocation pouvaient être envoyés à 15 jours d'intervalle ; puis des relances téléphoniques étaient effectuées pendant trois semaines si nécessaire ;
- les déménagements étaient pris en compte dès la mesure initiale, si possible, ou détectés avec l'aide des médecins traitants ; la mesure finale était alors réalisée par le service médical de la caisse de destination.

5. Critère de jugement

L'efficacité des interventions a été mesurée en comparant, dans chaque groupe, la proportion de malades ayant mo-

difié leur comportement. La modification du comportement d'un malade était définie par la vérification d'au moins un des trois critères suivants :

- arrêt déclaré de la consommation de tabac au moment de la mesure finale pour un malade qui s'était déclaré fumeur lors de la mesure initiale ;
- réduction pondérale de 5 % ou plus pour un malade en surpoids (IMC > 25) lors de la mesure initiale ;
- amélioration de l'observance du traitement médicamenteux définie par le passage d'un score d'observance ≥ 3 lors de la mesure initiale à un score ≤ 2 lors de la mesure finale.

6. Analyse statistique

Les données anonymes ont été analysées avec SPSS® v11.5 (SPSS Inc, Chicago, IL). L'analyse a été réalisée en intention de traiter (un patient affecté par tirage au sort dans l'un des deux groupes avec intervention restait dans son groupe que l'intervention ait eu lieu ou pas). A condition de représenter moins de 10 % des patients inclus, les patients perdus de vue entre les mesures initiales et finales ont été retirés de l'analyse. Des calculs de Khi^2 et des tests de comparaisons de moyennes ont été réalisés pour comparer les trois groupes. Une régression logistique a été menée dans le but de contrôler les quelques variables pour lesquelles des différences entre les trois groupes étaient constatées au moment de la mesure initiale. Le modèle incluait ces variables ainsi que celles participant à la définition du critère de jugement et leurs éventuelles interactions.

Les différences entre les caractéristiques initiales et finales des malades ont été testées, pour les moyennes, par des tests t sur échantillons appariés, et pour les proportions, par des Khi^2 de McNemar.

RÉSULTATS

1. Population étudiée

Parmi les 7 884 malades nouvellement admis en ALD pour HTA sévère, convoqués au service médical, et pour lesquels un questionnaire initial a été rempli, 1 323 (16,8 %) étaient déclarés non-éligibles, c'est-à-dire ni fumeurs, ni en surpoids, ni non-observants. Parmi les 6 561 malades éligibles, 2 077 refus (31,7 %) ont été exprimés, soit de la part du malade (21,3 %), soit de la part du médecin traitant (10,4 %) malgré l'accord préalable de son patient.

Ainsi, 4 484 malades ont été inclus dans l'étude et répartis dans les trois groupes d'intervention (tableau I). Entre les mesures initiales et finales, 190 malades (4,2 %) ont

été perdus de vue et retirés de l'analyse. La comparaison des trois groupes a finalement porté sur 4 294 malades.

2. Comparaison inter-groupes

La comparaison des caractéristiques des malades selon les trois groupes d'intervention faisait apparaître quelques différences (tableau II).

Le groupe visite confraternelle comportait un peu plus de femmes que les deux autres groupes ($p = 0,024$ avec le groupe témoin et $p = 0,047$ avec le groupe examen conjoint). Le groupe visite confraternelle comptait également un peu plus de malades obèses ($p = 0,033$ avec le groupe témoin et $p = 0,017$ avec le groupe examen conjoint).

Le groupe témoin affichait un âge moyen légèrement supérieur aux deux autres groupes ($p = 0,030$ avec le groupe examen conjoint et $p = 0,014$ avec le groupe visite confraternelle). A l'inverse, le groupe témoin comportait une proportion moindre de malades traités par au moins un diurétique ($p = 0,015$ avec le groupe examen conjoint et $p = 0,035$ avec le groupe visite confraternelle).

3. Critère de jugement

Le critère de jugement, à savoir la proportion de malades ayant modifié leur comportement entre les deux mesures, variait de 20,8 % dans le groupe examen conjoint à 17,0 % dans le groupe témoin (tableau III). La différence était significative entre ces deux groupes ($p = 0,009$). En réintégrant les perdus de vue dans l'analyse et en considérant qu'ils n'avaient pas modifié leurs comportements, elle restait significative ($p = 0,023$). La régression logistique montrait que l'odds-ratio mesurant le risque de ne pas changer de comportement restait significativement différent de un pour le groupe examen conjoint par rapport au groupe témoin, après ajustement sur les variables laissant apparaître des différences entre les groupes.

Le groupe visite confraternelle ne présentait pas de différence significative par rapport aux deux autres groupes. Le critère de jugement se décomposait de la façon suivante :

- parmi les 4 133 malades en surpoids ou obèses, 500 (12,1 %) avaient perdu au moins 5 % de leur poids ;
- parmi les 285 malades non-observants, 227 (79,6 %) avaient amélioré leur score d'observance ;
- parmi les 678 fumeurs, 128 (18,9 %) avaient arrêté de fumer au moment de la mesure finale.

4. Comparaison entre les mesures initiale et finale

Concernant les pressions artérielles moyennes (systoliques et diastoliques) et la proportion de malades non-

Tableau I
Répartition de la population d'étude selon les trois groupes d'intervention (CNAMTS, France, 2004).

	Groupe 1 Examen conjoint	Groupe 2 Visite confraternelle	Groupe 3 Témoin	Total
Effectif initial	1 491	1 492	1 501	4 484
Perdus de vue	n 85	54	51	190
	% ^a 5,7	3,6	3,4	4,2
Effectif final	1 406	1 438	1 450	4 294

^a : χ^2 global = 11,88 et p = 0,0026.

Source : CNAMTS, impact des visites avec examen conjoint sur le comportement des malades hypertendus, 2004.

Tableau II
Caractéristiques des malades, au moment de la mesure initiale, selon les trois groupes d'intervention (CNAMTS, France, 2004).

	Groupe 1 Examen conjoint	Groupe 2 Visite confraternelle	Groupe 3 Témoin	p ^a	Total	
Age moyen (an)	59,4	59,3	60,1	*	59,6	
Femmes (%)	45,4	49,1	44,9	*	46,5	
IMC (%)	<=25 3,6	4,2	3,5	}	3,7	
surpoids]25;30]	40,0	34,8	39,4		*	38,1
obésité IMC>30	56,4	61,0	57,1			58,2
Tabagisme (%)	15,9	16,4	15,1	ns	15,8	
Non-observance (%)	7,2	6,2	6,6	ns	6,6	
PAS (mmHg)	159,7	159,2	159,3	ns	159,4	
PAD (mmHg)	93,8	93,6	93,3	ns	93,6	
Nbr comprimés / j	6,91	6,86	6,92	ns	6,90	
Proportion (%) de malades traités par au moins un :						
A. calcique ^b	45,4	44,4	43,7	ns	44,5	
AAII ^c	46,8	49,4	47,9	ns	48,0	
Bétabloquant	51,8	48,3	51,0	ns	50,3	
Diurétique	69,9	69,3	65,7	*	68,3	
IEC ^d	32,9	31,5	32,9	ns	32,4	

^a : Degré de signification de la comparaison globale des trois groupes : * si p < 0,05 et ns (non significatif) si p ≥ 0,05.

^b : Antagoniste calcique.

^c : Antagoniste de l'angiotensine II.

^d : Inhibiteur de l'enzyme de conversion.

Source : CNAMTS, impact des visites avec examen conjoint sur le comportement des malades hypertendus, 2004.

Tableau III
Critère de jugement : proportion de malades ayant modifié leur comportement selon les trois groupes d'intervention et odds-ratio ajustés (CNAMTS, France, 2004).

	Groupe 1 Examen conjoint	Groupe 2 Visite confraternelle	Groupe 3 Témoin	Total
Malades ayant modifié leur comportement				
n	293	276	247	816
% ^a	20,8	19,2	17,0	19,0
Régression logistique				
OR ajusté ^b	0,76	0,85	1,00	
Intervalle de confiance	[0,62 ; 0,94]	[0,69 ; 1,05]		
significativité	0,011	0,132		

^a : χ^2 global = 6,76 et p = 0,034.

^b : variables d'ajustement entrées dans le modèle de régression logistique : l'observance, le tabagisme, l'obésité, l'âge, le sexe et le traitement par un diurétique.

Source : CNAMTS, impact des visites avec examen conjoint sur le comportement des malades hypertendus, 2004.

contrôlés sur le plan tensionnel, des baisses significatives étaient enregistrées entre les mesures initiales et finales quel que soit le groupe d'intervention (tableau IV). Les baisses les plus importantes étaient observées dans le groupe examen conjoint qui affichait également des baisses significatives en matière d'IMC moyen et de taux de tabagisme.

DISCUSSION

Les résultats de cet essai randomisé ont montré que la visite confraternelle avec examen conjoint, associant le médecin traitant et le médecin-conseil autour du patient hypertendu, avait un impact positif sur le comportement du malade. La proportion de malades ayant modifié leur comportement était de 17 % dans le groupe témoin et atteignait presque 21 % dans le groupe examen conjoint. Avec 19 % de modifications, le groupe visite confrater-

nelle sans examen conjoint était dans une situation intermédiaire qui ne lui permettait pas de se distinguer significativement des deux autres groupes.

Le schéma de l'étude a conduit à réduire autant que possible les biais de sélection. En particulier, le fait de reculer le tirage au sort déterminant le groupe d'intervention de chaque malade le plus tard possible dans le processus d'inclusion, a permis de limiter au maximum les différences entre les trois groupes. Les critères d'éligibilité (surpoids, tabagisme ou non-observance) et les consentements des malades et des médecins traitants étant vérifiés avant le tirage au sort, le nombre plus important de perdus de vue dans le groupe examen conjoint ne pouvait être dû que, d'une part, à des refus tardifs plus fréquents dans ce groupe de malades qui, malgré leur accord initial, ont finalement refusé de se présenter à la mesure finale, ou d'autre part, à d'éventuelles variations aléatoires. Quoiqu'il en soit, la proportion de perdus de vue est res-

Tableau IV
Evolution des caractéristiques des malades entre les mesures initiale et finale selon les trois groupes d'intervention (CNAMTS, France, 2004).

		Mesure initiale	Mesure finale	Signification p ^a
% Non-observants	groupe 1 examen conjoint	7,2	5,6	ns
	groupe 2 visite confraternelle	6,2	5,8	ns
	groupe 3 témoin	6,6	5,8	ns
% Fumeurs	groupe 1 examen conjoint	15,9	14,5	0,040
	groupe 2 visite confraternelle	16,4	15,3	ns
	groupe 3 témoin	15,1	14,5	ns
IMC ^b moyen	groupe 1 examen conjoint	31,84	31,65	0,000
	groupe 2 visite confraternelle	32,24	32,18	ns
	groupe 3 témoin	31,89	31,85	ns
% Non-contrôlés ^c	groupe 1 examen conjoint	85,3	72,7	0,000
	groupe 2 visite confraternelle	83,2	74,1	0,000
	groupe 3 témoin	84,9	74,4	0,000
PAS ^d moyenne en mmHg	groupe 1 examen conjoint	159,72	151,05	0,000
	groupe 2 visite confraternelle	159,18	151,54	0,000
	groupe 3 témoin	159,32	152,24	0,000
PAD ^e moyenne en mmHg	groupe 1 examen conjoint	93,85	88,73	0,000
	groupe 2 visite confraternelle	93,55	90,04	0,000
	groupe 3 témoin	93,28	89,02	0,000

^a : degré de signification du Khi2 de McNemar pour les proportions et du test t sur échantillons appariés pour les moyennes ; ns = non significatif si p ≥ 5%.

^b : Indice de masse corporelle.

^c : Pression artérielle > 140/90 mmHg.

^d : Pression artérielle systolique.

^e : Pression artérielle diastolique.

Source : CNAMTS, impact des visites avec examen conjoint sur le comportement des malades hypertendus, 2004.

tée très inférieure à 10 % quel que soit le groupe. De plus, la réintégration des perdus de vue dans les effectifs des patients n'ayant pas modifié leur comportement ne changeait pas le degré de signification des différences observées entre les groupes.

Malgré le contrôle strict des biais de sélection, des différences sont apparues entre les groupes concernant la proportion de femmes, l'âge moyen, le niveau d'obésité et le traitement par diurétique. Les résultats de la régression logistique ont cependant montré que, même en ajustant sur ces variables, les modifications de comportement restaient significativement plus fréquentes dans le groupe examen conjoint que dans le groupe témoin.

Le choix des critères de modification du comportement s'est fondé sur la volonté d'utiliser des outils de mesure objectifs. Le poids ne posait pas de problème de mesure, la déclaration des patients concernant le tabagisme est généralement considérée comme fiable et la grille, validée, d'évaluation du niveau d'observance nous fournissait un moyen simple de mesure. D'autres critères tels que la baisse de la consommation d'alcool, de sel, de fromage, de charcuterie ou l'augmentation de la consommation de fruits et légumes ou d'une activité physique auraient pu être retenus, mais ils nous ont semblés plus difficiles à mesurer de façon suffisamment objective. Enfin, la pression artérielle a été enregistrée mais n'a pas été retenue parmi les critères d'amélioration dans la mesure où elle est directement dépendante du traitement médicamenteux. Le tableau IV montre que la baisse de la pression artérielle a été significative dans les trois groupes. Cette baisse était directement liée à l'intensification du traitement médicamenteux qui, bien souvent, accompagne, ou même justifie, la mise en ALD du patient hypertendu. L'effet « mise en ALD » était ici plus important que l'effet groupe ou modification du comportement. Même sans être toujours significatifs, tous les autres indicateurs du tableau IV se sont améliorés entre les mesures initiales et finales. S'il est raisonnable de penser que la mise en ALD s'accompagne souvent d'une amélioration de la prise en charge de l'hypertension, il faut tout de même souligner le fait que l'ensemble des patients de l'étude a bénéficié de deux visites au service du contrôle médical. Les patients, y compris ceux du groupe témoin, n'étaient donc pas dans une procédure de mise en ALD tout à fait habituelle. Ceci a probablement conduit à minimiser les différences entre les trois groupes.

Par ailleurs, il est également nécessaire de rappeler que notre population d'étude était très particulière. Non seulement il s'agissait de patients atteints d'une hypertension sévère, entrant dans une procédure de mise en ALD, mais ils étaient de surcroît en surpoids, fumeurs ou non-observants de leur traitement médicamenteux et volontaires

pour participer à cette étude. Cette sélection rend difficile toutes les comparaisons avec d'autres résultats. A titre d'exemple, l'enquête FLAHS [11] évaluait la proportion de fumeurs chez les hypertendus traités à 11 % en 2004 *versus* 16 % dans notre étude. Le taux d'arrêt du tabac dans cette même enquête était de 3 % *versus* 19 % dans notre étude ; la proportion de patients ayant perdu du poids était de 21 % contre 12 % de malades ayant perdu au moins 5 % de leur poids dans notre étude. Concernant l'observance au traitement médicamenteux, les comparaisons sont encore plus difficiles dans la mesure où elles sont très dépendantes des outils d'évaluation utilisés. Dans l'étude présentant la validation de la grille d'observance [7] que nous avons utilisée, 10 % des patients hypertendus ont un problème d'observance. Dans notre étude, seuls 7 % ont été considérés comme non-observants. Cette meilleure observance est probablement liée au moment de la mise en ALD, moment pendant lequel le malade est particulièrement sollicité et accompagné dans la prise en charge de sa maladie.

Quoiqu'il en soit, ces différents éléments ne sont pas de nature à remettre en cause la validité de la comparaison des résultats entre les trois groupes. La visite confraternelle est certes plus efficace pour amener le malade à changer son comportement, mais le fait de passer de 17 % à 21 % de modifications doit être mis en parallèle avec l'investissement considérable des médecins-conseils et des médecins traitants pour motiver les patients. Par ailleurs, cette amélioration a été mesurée après un délai moyen de sept mois. Nous n'avons aucune indication quant au caractère pérenne de ces modifications. Le délai de sept mois avait été retenu comme étant un compromis acceptable entre, d'une part, le temps nécessaire avant de mesurer les effets d'un éventuel régime alimentaire, ou de stabiliser un arrêt du tabagisme et, d'autre part, l'augmentation, au fur et à mesure du temps qui passe, du risque d'oublier de bonnes résolutions concernant l'observance de son traitement médicamenteux. Une troisième mesure à un an d'intervalle aurait pu être envisagée mais n'a finalement pas été programmée compte tenu du risque important de voir se multiplier le nombre des perdus de vue.

Même si la visite confraternelle avec examen conjoint semble favoriser les modifications comportementales des patients, et en supposant que ces modifications améliorent durablement les critères cliniques de la pression artérielle, il reste que le gain apporté par cette procédure est réduit au regard du coût humain qu'elle génère (pour l'assurance maladie et pour les médecins traitants). D'autres stratégies doivent être envisagées pour favoriser l'auto-prise en charge d'un plus grand nombre de patients atteints d'hypertension artérielle ou éventuellement d'une autre maladie chronique. Dans le cadre du diabète par

exemple, une revue de la littérature [12] a déjà montré les avantages de l'éducation en groupe pour améliorer les critères cliniques. Enfin, au moins pour le diabète, la mise en place d'un *disease management* à la française, comme la CNAMTS l'envisage, pourrait aider certains patients à davantage s'impliquer dans la prise en charge et le suivi de leur maladie.

Remerciements

Les auteurs remercient les médecins-conseils et les personnels administratifs du service médical du régime général de l'assurance maladie qui ont participé au recueil des données, ainsi que les relecteurs pour leurs commentaires et suggestions.

RÉFÉRENCES

1. 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.
2. Guidelines Committee. 2003 European society of hypertension - European society of cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003;21:1011-53.
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003;42:1206-52.
4. Williams B, Poulter NR, Brown MJ, Davis M, McInnes GT, Potter JF, et al. British Hypertension Society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV): summary. *BMJ* 2004;328:634-40.
5. Haute autorité de santé. *Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Actualisation 2005. Recommandations.* Paris : HAS ; juillet 2005, 29 p. (www.has-sante.fr).
6. Tilly B, Salanave B, Ricordeau Ph, Bertin N, Guilhot J, Fender P, et al. *Hypertension artérielle sévère en France : traitement et contrôle tensionnel en 1999 et 2003.* *Rev Med Ass Maladie* 2004 ;35:167-80.
7. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. *Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé.* *Presse Med* 2001;30:1044-8.
8. 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.
9. 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.
10. Guerci B, Drouin P, Grangé V, Bougnères P, Fontaine P, Kerlan 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.
11. Girerd X, Herpin D, Postel-Vinay N, Vâisse B, Poncelet P, Mallion JM, et al. *Evolution dans l'utilisation des traitements non médicamenteux et médicamenteux pour le traitement de l'hypertension artérielle en France : enquête flahs 2004.* *Arch Mal Cœur Vaiss* 2005;98:813-6.
12. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. *Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus.* *Cochrane Database Syst Rev* 2005;2:CD003417.