

Hypertension artérielle Quels traitements ? Quels résultats ?

Comment sont pris en charge les malades atteints d'une hypertension artérielle ? Une enquête montre que la qualité des soins est assurée pour une partie des malades mais que des améliorations sont nécessaires pour étendre cette qualité à tous.

Bruno Tilly

Médecin conseil, division enquête,

Joëlle Guilhot

Médecin conseil,

responsable de la division enquête

Benoît Salanave

Statisticien, division statistique

Pierre Fender

Médecin conseil,

responsable du département

Département analyse des soins

de ville et hospitalier

Hubert Allemant

Professeur, médecin conseil national

Échelon national du service médical de

l'assurance maladie, Cnamts

Une des préoccupations de l'assurance maladie est d'améliorer la qualité des soins, particulièrement quand il s'agit de la prise en charge médicale de pathologies chroniques. Ainsi, en 1999 deux programmes d'intervention de portée nationale ont été mis en œuvre, l'un sur le diabète, « réalité sanitaire préoccupante » selon le Haut Comité de la santé publique [1] et le second sur l'hypertension artérielle (HTA), autre problème sérieux de santé en France et dans les autres pays occidentaux (lire encadrés page ci-contre).

Ces programmes de santé publique s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques élaborées et publiées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) et comportent, dans leur phase initiale, une mesure des prises en charge médicales en comparaison à ces recommandations. Le constat sur le diabète [2], publié en mars dernier dans cette revue [3] montrait que, en 1998, moins de la moitié des diabétiques de type 2 bénéficiait d'un suivi conforme aux recommandations publiées en 1999. Pour l'HTA, une enquête nationale [4], portant sur des malades atteints d'une HTA sévère essentielle, a permis de répondre à différentes questions concernant à la fois les modalités thérapeutiques et leurs résultats au plan tensionnel comparativement aux recommandations publiées par l'Anaes en 1997 [5].

L'enquête, menée par les services médicaux de l'assurance maladie*, s'est déroulée du 31 mai à mi-novembre 1999

sur l'ensemble du territoire français (métropole et Dom). Elle a été réalisée sur un échantillon stratifié avec taux de sondage différenciés selon les régions. Les informations recueillies étaient rétrospectives : elles portaient sur les pratiques déclarées par les médecins traitants à l'occasion de la visite confraternelle effectuée par le médecin conseil lors de chaque nouvelle demande d'exonération du ticket modérateur** pour l'HTA sévère essentielle chez des malades âgés de 20 à 80 ans. La prise en charge médicale a été analysée en mesurant la distance entre les pratiques observées et le standard déduit des recommandations.

Une population d'hypertendus à haut risque cardiovasculaire...

Les résultats de l'enquête ont été établis à partir des informations déclarées par 8 377 médecins, dont 94 % de généralistes, et concernaient 10 665 malades.

Un peu plus de la moitié des malades (51 %) étaient des femmes. L'âge moyen était de 62,08 ans (0,33 pour les hommes) et de 64,07 ans (0,35 pour les femmes).

* Il s'agit des trois principaux régimes d'assurance maladie obligatoire : régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes, chaque régime disposant d'un service médical propre.

** Les critères médicaux d'exonération du ticket modérateur, définis par le Haut Comité médical de la sécurité sociale, combinent le niveau des chiffres tensionnels, le traitement médicamenteux prescrit nécessitant deux principes actifs au moins, ou l'existence d'au moins un des retentissements organiques de l'HTA suivants : cardiaque, rénal, vasculaire cérébral, artériel des membres inférieurs, oculaire.

Améliorer la qualité des soins par des programmes d'intervention

Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'assurance maladie s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques élaborées et publiées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Ils comportent trois phases :

- la comparaison des prises en charge médicales aux recommandations de l'Anaes et la publication des résultats ;
- des rencontres entre les médecins conseils de l'assurance maladie et les médecins traitants. Ces visites confraternelles sont l'occasion de promouvoir les recommandations de l'Anaes auprès des médecins traitants à partir des projets thérapeutiques concernant leurs patients. Elles permettent d'engager un dialogue entre professionnels, basé sur l'échange d'informations et la concertation, et ainsi constituent l'axe principal des programmes de santé publique. Elles témoignent, de la part des médecins conseils, d'une démarche novatrice d'accompagnement des médecins pour la prise en charge de leurs patients ;
- l'analyse de l'impact de ces interventions sur l'évolution des prises en charge médicales et la publication des résultats.

Le programme national sur la prise en charge médicale de l'HTA a débuté en mai 1999. Les rencontres entre médecins conseils et médecins traitants ont eu lieu jusqu'à la fin de l'année 1999. La presque totalité des médecins conseils de terrain (environ 2 000) a été mobilisée pour réaliser près de 20 000 visites confraternelles dans le cadre du programme HTA, touchant ainsi près d'un généraliste sur trois en France.

L'HTA, problème de santé publique pour les pays occidentaux

L'hypertension artérielle (HTA) est définie par une élévation permanente de la pression artérielle, supérieure ou égale à 140 mmHg pour la pression artérielle systolique et/ou supérieure ou égale à 90 mmHg pour la pression artérielle diastolique.

C'est une maladie chronique grave, reconnue également comme étant un facteur de risque majeur dans la survenue des maladies cardio-vasculaires. À pression artérielle égale, ce risque est très augmenté par la présence de cofacteurs tels que le tabagisme, la dyslipidémie ou le diabète.

Le traitement de l'hypertension artérielle est destiné à réduire le risque cardio-vasculaire. Son objectif est de « contrôler » la pression artérielle, c'est-à-dire de la normaliser en l'abaissant sous les seuils de 140/90 mmHg chez la plupart des malades, voire encore moins chez les diabétiques ou les insuffisants rénaux. Il est basé sur des mesures hygiéno-diététiques associées, le plus souvent, à un traitement médicamenteux anti-hypertenseur.

En raison de sa gravité et de sa fréquence, l'hypertension artérielle pose un problème sérieux de santé publique dans l'ensemble des pays occidentaux. C'est le constat établi par les experts des quatre principaux organismes ayant publié des recommandations sur la prise en charge de l'hypertension artérielle : l'Organisation mondiale de la santé [8], le Joint National Committee (États-Unis) [9], la British Hypertension Society (Royaume-Uni) [10], et l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (France) [5].

En France, l'hypertension artérielle touche environ 7 millions de personnes et elle génère la prescription de médicaments anti-hypertenseurs à hauteur de 9 milliards de francs par an. Environ 500 000 malades sont atteints d'une HTA sévère exonérée du ticket modérateur.

Les experts de l'Anaes estiment qu'on peut attribuer au traitement de l'hypertension artérielle une partie de la réduction des décès par accident cérébro-vasculaire ou coronaire mesurée en France depuis plus de deux décennies. Cependant, ils se montrent critiques sur l'efficacité du traitement anti-hypertenseur en France — seulement 20 à 30 % des hypertendus traités étant contrôlés — et considèrent qu'évaluer l'efficacité de la prise en charge des patients hypertendus dans notre pays et l'augmenter est un objectif utile [5].

Plus du tiers des malades (35 %) étaient âgés de moins de 60 ans.

Dans cette population d'hypertendus traités pour leur HTA depuis en moyenne neuf ans, 63 % des malades présentaient au moins un des trois cofacteurs de risque cardio-vasculaire majeurs suivants : 44 % étaient traités pour dyslipidémie, 28 % étaient diabétiques, et 15 % étaient fumeurs.

Une pathologie coronarienne était associée à l'hypertension chez 14 % des malades et à un accident ou un antécédent cérébro-vasculaire dans 13 % des cas.

... dans laquelle quatre malades sur dix ont une pression artérielle strictement normalisée

En utilisant les seuils de contrôle tensionnel des recommandations de l'Anaes (lire encadré p. 10), le contrôle strict des chiffres tensionnels a été observé chez 41 % des malades. En prenant en compte les valeurs égales aux seuils 140/90, 12 % des malades ont été considérés comme à la limite du contrôle tensionnel, ce qui finalement portait la proportion de contrôle tensionnel à 53 %.

En comparaison des chiffres publiés sur d'autres populations françaises, européennes ou américaines, qui varient entre 25 % et 40 %, ce résultat pourrait être jugé satisfaisant, d'autant plus que cette population est difficile à prendre en charge en raison de la sévérité de l'HTA. Mais c'est aussi une population dont le risque cardio-vasculaire est élevé et pour laquelle le bénéfice attendu du contrôle tensionnel est particulièrement important.

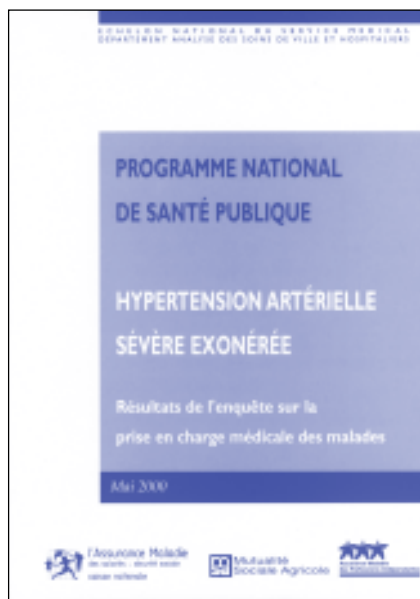
L'insuffisance de ce contrôle est encore plus préoccupante pour certaines catégories de malades. Dans la population des moins de 60 ans, le contrôle tensionnel strict n'est constaté que pour 27 % des malades et ce pourcentage est porté à 44 % en prenant en compte les valeurs-seuil.

Pour les diabétiques et les insuffisants rénaux, les chiffres sont inquiétants. En leur appliquant les seuils spécifiques à leur pathologie, qui sont plus exigeants (130/85 mmHg pour les diabétiques et 125/75 mmHg pour les insuffisants rénaux au lieu de 140/90 mmHg), à peine 15 % des malades diabétiques étaient contrôlés et cette proportion était encore moindre, 6 %, chez les insuffisants rénaux.

Les malades ne participent pas suffisamment à la prise en charge hygiéno-diététique de leur hypertension

En considérant séparément les quatre types de mesures hygiéno-diététiques indiquées dans le traitement anti-hypertenseur (lire encadré ci-contre), on constate un effort relatif de la part des malades : 86 % tenaient compte des conseils pour la consommation d'alcool, 66 % pour la consommation de sel, 56 % pour l'activité physique et 47 % pour le poids. Mais cet effort n'était que partiel pour plus de la moitié des malades (56 %). Il était total pour le quart d'entre eux (24 %) qui suivaient toutes les mesures nécessitées par leur état. Et pour un malade sur cinq (20 %), aucune mesure n'ayant été adoptée, tout restait à faire sur le plan hygiéno-diététique. Cette situation est préjudiciable au contrôle tensionnel comme l'ont montré les résultats de l'enquête : 25 % des malades ayant une pression artérielle normalisée avaient suivi toutes les mesures hygiéno-diététiques versus 22 % chez les malades ayant une pression artérielle non normalisée ($p < 0,001$).

Il convient donc d'encourager plus fortement encore les malades hypertendus à suivre toutes les mesures hygiéno-di-



Le rapport complet est disponible sur demande à la Cnamts, département des soins de ville et hospitaliers. Tél. 01 42 79 31 33. Internet : www.cnamts.fr.

Parmi les recommandations publiées par l'Anaes en 1997 [5]

Critères de normalisation des chiffres tensionnels

- Les chiffres de la mesure de la pression artérielle doivent être exprimés en mm de mercure (mmHg).
- Pour les malades âgés de moins de 60 ans, il faut abaisser les chiffres tensionnels strictement en dessous des seuils de 140 mmHg pour la pression artérielle systolique (PAS) et de 90 mmHg pour la pression artérielle diastolique (PAD). Pour les malades âgés de 60 à 80 ans et atteints d'une hypertension systolique isolée, le niveau à atteindre est une PAS inférieure ou égale à 160 mmHg.

Mesures hygiéno-diététiques indiquées dans le traitement anti-hypertenseur

Le traitement non médicamenteux de l'hypertension artérielle fait appel à :

- une diminution des apports sodés à 5 grammes par jour environ,
- une diminution des boissons alcoolisées à moins de 3 verres par jour (vin ou équivalent),
- la reprise d'une activité physique ou l'augmentation d'une activité physique insuffisante,
- des mesures diététiques visant à diminuer la surcharge pondérale.

tétiques, en particulier s'ils présentent d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire (tabac, dyslipidémie, diabète).

Des possibilités d'amélioration non négligeables dans le choix du traitement médicamenteux

Le choix du traitement médicamenteux anti-hypertenseur est relativement complexe : le prescripteur dispose de sept classes thérapeutiques*, commercialisées sous forme de plus de 300 spécialités. Pour optimiser le choix, et l'adapter au cas particulier de chaque malade, le texte de l'Anaes fournit plusieurs recommandations pour déterminer le traitement le mieux adapté en présence de certaines co-morbidités (choix préférentiel et contre-indications), et associer de façon efficace des spécialités de classes différentes.

Les traitements utilisés recouvraient la totalité des classes thérapeutiques existantes et 305 spécialités différentes ont été identifiées. Alors que le traitement de 13 % des malades était une monothérapie (un seul principe actif), c'était une bithérapie pour 35 % des malades, et une trithérapie ou plus pour plus de la moitié des malades (52 %). La classe des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)

était la plus prescrite en monothérapie (25 %), l'association IEC et diurétiques était la plus fréquente (49 %) parmi les bithérapies « construites »**, et les diurétiques étaient presque constamment prescrits en trithérapie ou plus (84 % en trithérapie et 96 % en quadrithérapie ou plus).

Au plan qualitatif, les associations considérées comme les plus efficaces pour abaisser les chiffres tensionnels ont été retrouvées dans le traitement de 74 % des malades dont le traitement comportait au moins une bithérapie (87 %). L'association la plus fréquente était l'association bêtabloquant et diurétique (32 %). Le constat, plutôt bon sur le choix des associations, doit être relativisé par le fait que dans le cas des bithérapies « construites », où le prescripteur choisit chacune des deux spécialités qu'il va associer, moins d'une association sur deux (49 %) était parmi celles considérées comme les plus efficaces.

Parmi les malades (57 %), qui présentaient une pathologie susceptible d'induire le choix préférentiel d'une classe thérapeutique, 68 % ont bénéficié de la prescription adaptée. C'était le cas par exemple d'une prescription d'IEC ou de diurétiques

** Parmi les 35 % de malades bénéficiant d'une bithérapie, il faut distinguer deux types de bithérapie : les bithérapies à dose fixe sous forme d'une spécialité unique (6%) et les bithérapies « construites » par le prescripteur sous forme de deux spécialités différentes (29%).

* Diurétique, bêtabloquant, inhibiteur de l'enzyme de conversion, antagoniste (ou inhibiteur) calcique, antagoniste de l'angiotensine II, antihypertenseur d'action centrale, vasodilatateur et alpha-bloquant.

en présence d'une insuffisance cardiaque (87 %), ou encore de la prescription de bêtabloquants ou d'antagonistes calciques en présence d'une insuffisance coronaire (80 %). Cependant, la prescription d'IEC n'a été constatée que dans 48 % des traitements des malades diabétiques, alors que l'on connaît l'intérêt de les utiliser dans cette situation.

Parmi les malades qui présentaient une pathologie susceptible d'induire une contre-indication (51 %), plus du quart (27 %) suivait un traitement considéré comme potentiellement contre-indiqué. À titre d'exemples, la prescription d'anti-hypertenseurs d'action centrale a été constatée chez 14 % des malades présentant un syndrome dépressif ; celle de bêtabloquants l'a été chez 20 % des malades présentant une bronchopathie ou un asthme.

Le constat sur le choix du traitement médicamenteux est donc contrasté. Il est plutôt bon en ce qui concerne les choix préférentiels selon les co-morbidités. En revanche, il paraît nécessaire d'attirer l'attention des médecins traitants sur les situations particulières comme la prise en charge du diabétique, le choix des bithérapies « construites » et la proportion relativement élevée de prescriptions potentiellement contre-indiquées.

Un bilan global nuancé où certaines situations apparaissent préoccupantes par leurs conséquences prévisibles en termes de santé publique

Au vu des résultats, trop peu de malades ont leurs chiffres tensionnels contrôlés alors que cet aspect de la prise en charge est primordial dans une population à haut

risque cardio-vasculaire. Cette situation est préoccupante par ses conséquences prévisibles en termes de santé publique, en particulier pour les hypertendus diabétiques. Elle justifie pleinement la poursuite et l'intensification des interventions menées par l'assurance maladie dans le cadre de ses programmes. Ainsi il a été décidé d'organiser à la fin de l'année 2000 et au début de l'année 2001, une deuxième campagne de rencontres entre médecins conseils et médecins traitants. Ces interventions individuelles seront destinées à sensibiliser les médecins traitants aux problèmes de la prise en charge concomitante de ces deux pathologies, à partir des deux textes de l'Anaes parus en 2000 sur le diabète [6] et l'HTA [7], qui mettent à jour et complètent les recommandations antérieures. ■

références

1. Haut Comité de la santé publique. *Diabète : prévention, dispositif de soins et éducation du patient*. Rennes : Éditions ENSP, 1998.
2. Weill A, Ricordeau Ph, Bourrel R, Vallier N, Fender P, Allemand H. *Programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2. La prise en charge des diabétiques exclusivement traités par hypoglycémiant oraux en 1998*. Données du régime général de l'Assurance maladie, octobre 1999, Échelon national du service médical, Cnamts.
3. Ricordeau Ph., Weill A., Fender P., Allemand H. Diabète de type 2 non-insulino traité. Vers une meilleure prise en charge des malades. *Adsp*, n° 30 mars 2000 ; 10-13.
4. 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 : Échelon national du service médical, Cnamts, 2000, 70 p.
5. 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.
6. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications*. Paris : Anaes, mars 2000.
7. 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.
8. Chalmers J et al. WHO-ISH Hypertension Guidelines Committee. 1999 World Health Organization – International Society of Hypertension. Guidelines for the Management of Hypertension. *Journal of Hypertension* 1999, 17 : 151-85
9. The Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). *Archives of Internal Medicine* 1997 ; 157 : 2413-46
10. Ramsay LE, Williams B, Johnston GD, MacGregor L, Potter JF, Poulter NR, et al. Guidelines for Management of Hypertension : report of the third working party of the British Hypertension Society. *Journal of Human Hypertension* 1999 ; 13 : 569-92