

HTA : un peu mieux ces 10 dernières années ?

Mots clés :

HTA
Qualité des
soins
Observance
Recom-
mandation
Risque
cardiovas-
culaire

Depuis l'apparition des 1^{ers} diurétiques, il y a une cinquantaine d'années, les nombreux anti-hypertenseurs disponibles ont permis de contrôler la majorité des hypertensions artérielles (HTA). De nombreux essais d'intervention ont montré que cela réduisait l'incidence des maladies cardiovasculaires indépendamment de l'âge, du sexe, du type ou de la gravité de l'HTA, de la présence de comorbidités. Les stratégies efficaces ont été bien codifiées dans des recommandations de toutes origines aux conclusions globalement convergentes. Pourtant, le constat universel est celui de résultats insuffisants. Des études récentes aux USA^{1,4} et, à moindre échelle, en France^{2,3} ont cependant montré qu'ils étaient en relatif progrès, bien que l'on puisse encore mieux faire. Et si, comme le disent certains commentateurs dont l'un des responsables du JNC VII américain des années 2000⁴, l'un des grands défis des années à venir était celui de la prévention primaire (*Bibliomed 615*) ?

Les 20 dernières années aux USA

Selon les données épidémiologiques de la *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)* 2005-2006, environ 65 millions d'individus sont atteints d'HTA aux USA. Egan *et al.* ont analysé l'évolution de l'obtention d'un contrôle correct de l'HTA (PA <14/9 sous traitement) entre 1988-1994 et 1999-2008 sur un échantillon représentatif de 42 856 adultes¹ : il est passé de 27% à 50% (p=0,006), la PA des patients hypertendus contrôlés passant de 143/80 à 135/74. Cela traduit une meilleure reconnaissance de l'HTA (81% vs 69%), plus de patients traités (72% vs 54%) et une plus grande proportion de patients contrôlés parmi ceux qui sont traités (69% vs 51%). Le contrôle de l'HTA s'est amélioré significativement quels que soient l'âge, le groupe racial et le sexe, moins cependant chez les plus jeunes (18-39 ans) que chez les personnes d'âge moyen ou au-delà et chez les Hispano et Afro-Américains que chez les blancs.

Données françaises

L'Étude nationale nutrition santé (ENNS)², étude transversale a concerné en 2006-2007 un échantillon national représentatif de la population des 18-74 ans. La PA moyenne se situait à 123/78. La prévalence de l'HTA (systolique >140 et/ou diastolique >90) était de 31% (34 chez les hommes, 28 chez les femmes) augmentant avec l'âge. 52% des adultes hypertendus savaient

qu'ils l'étaient, dont 82% avaient un traitement médicamenteux. Parmi ceux-ci, 50,9% étaient contrôlés. Les résultats de l'étude *Mona Lisa* sont comparables³, compte tenu de l'âge (35-74 ans), proches de ceux de l'étude *Monica* il y a 10 ans, dans les mêmes populations (Lille, Bas-Rhin, Haute-Garonne). La prévalence de l'HTA est de 47% chez les hommes, 35% chez les femmes, augmentant avec l'âge et selon un gradient significatif nord-sud. 80% des hypertendus sont traités, dont 53% par plurithérapie (59% chez les plus âgés) ; la PA n'est bien contrôlée que chez 24% des hommes et 39% des femmes et ce contrôle diminue avec l'âge.

Le défi de la prévention primaire de l'HTA

Progrès limités, donc, mais indéniables sur les 10 dernières années⁴ : jusque dans les années 2000, l'augmentation de prévalence de l'HTA (de plus en plus recherchée) était accompagnée d'une augmentation du nombre d'HTA non contrôlées. Paradoxe, puisque les traitements disponibles étaient efficaces... Les études récentes montrent une amélioration de cette tendance, encore modérée. Mais les interventions non médicamenteuses restent insuffisantes, individuelles (lutte contre le surpoids, alimentation équilibrée, activité physique, dès l'enfance) ou sociétales (étiquetage alimentaire, limite des apports sodés, etc.). A long terme, l'approche efficace du risque cardiovasculaire devrait être préventive plus que curative⁴.

Que conclure pour notre pratique ?

La « règle des 1/2 » des années 2000 de l'HTA est dépassée : elle disait que 50% des hypertendus étaient connus, 25% traités et 12,5% arrivant « à la cible », aux USA, ce sont plutôt maintenant 80, 60 et plus de 40% ; les chiffres français sont moins optimistes (50, 40 et 20%), principalement du fait des HTA méconnues. « Peut mieux faire »...

Ces résultats sont multifactoriels. Ils dépendent en grande partie des préférences et représentations des patients (*Bibliomed 558*). Il n'existe évidemment pas d'interventions possibles sur l'âge et le sexe, les 2 facteurs qui interviennent pour plus de 80% dans la prédiction du risque cardiovasculaire. Il reste de ce point de vue 2 défis majeurs : **prévenir**, comme le souligne Chobanian⁴, et **dépister** pour traiter le plus précocement possible l'HTA, l'objectif étant de limiter la durée et l'intensité d'exposition individuelle⁵. Les aspects « médicamenteux » sont essentiels, mais tout autant les « non médicamenteux ».

Références :

- 1- Egan BM *et al.* US Trends in Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension, 1988-2008. *JAMA*. 2010; 303: 2043-50.
- 2- 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.
- 3- Wagner A *et al.* État des lieux sur l'hypertension artérielle en France en 2007 : l'étude *Mona Lisa*. *BEH*. 2008; 49-50: 483-6.
- 4- Chobanian AV. The Hypertension Paradox. More Uncontrolled Disease despite Improved Therapy. *N Engl J Med* 2009; 361: 878-87.
- 5- Sniderman AD, Furberg CD. Age as a modifiable risk factor for cardiovascular disease. *Lancet*. 2008; 371: 1547-9.