

# Le médecin généraliste traite-t-il efficacement l'hypertension artérielle ?

par le Dr Etienne Bourdon\*

\* Médecin généraliste  
5500 Dinant

**A** lors que de nombreux animateurs de GLEM réfléchissent à la manière d'impliquer davantage leurs membres dans la réflexion sur leur pratique, voici une expérience réussie.

Plus de 80 % des belges consultent leur médecin généraliste au moins une fois par an et la plupart de ces consultations comportent une mesure de la pression artérielle.

Selon diverses études, près de la moitié des patients hypertendus ne sont pas efficacement traités, voire pas traités du tout.

Qu'en est-il dans la réalité des pratiques de notre GLEM ?

C'est la question qu'en ma qualité de modérateur du GLEM O158 « Généralistes Dinantais », j'ai posée en mars 2003 à mes consœurs et confrères. Les 15 MG membres du GLEM O158 ont alors collecté les données concernant 300 patients traités médicalement pour HTA.

## LES OBJECTIFS

Cette observation visait à répondre à plusieurs questions :

1. Traitons-nous efficacement l'HTA ? Plus précisément, obtenons-nous des chiffres tensionnels égaux ou inférieurs à 140/90 mmHg et même égaux ou inférieurs à 130/85 mmHg chez les patients à haut risque cardio-vasculaire ? Le patient à haut risque cardio-vasculaire est défini par « une probabilité de 20 % ou plus de présenter dans les 10 ans un infarctus ou une autre complication ischémique cardiaque ou cérébrale » (Professeur BOLAND).
2. Quelles substances et quelles associations médicamenteuses utilisons-nous ?
3. Quels effets secondaires observons-nous ?
4. Avec quel type de thérapie obtenons-nous les meilleurs résultats ?

## MÉTHODE DE TRAVAIL

Les 15 MG ont scrupuleusement noté la TA mesurée en consultation chez 300 patients pris au hasard. Ces patients devaient obligatoirement être traités par minimum un médicament anti-hypertenseur.

Le mot d'ordre était clairement de ne pas tricher et de noter la TA réellement observée même si celle-ci n'était pas jugée satisfaisante par le praticien. Cette TA était mesurée avec le matériel habituel du praticien. Cette observation n'a nullement la prétention de refléter la réalité du traitement de l'HTA en médecine générale. Elle est le reflet de ce que ses membres ont pu observer, à un moment donné, dans leur pratique, avec les moyens habituels de cette pratique.

## LES 300 PATIENTS

- 139 hommes, (46,3 %) et 161 femmes (53,7 %) ont été inclus dans cette observation.

- Le plus jeune est âgé de 29 ans, le plus âgé de 95 ans. Leur répartition dans les différentes tranches d'âges est détaillée dans le tableau 1.

Tableau 1: nombre de patients dans chaque tranche d'âges.

≤ 40 ans	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 à 90	+ de 90
8	30	68	73	93	26	2
2,6 %	10 %	22,6 %	24,3 %	31 %	8,6 %	0,6 %

- 15,3 % de nos patients sont fumeurs (46 patients);
- 28,6 % de nos patients sont traités pour excès de cholestérol (86 patients);
- 18 % sont diabétiques, majoritairement de type 2 (54 patients);
- 21,6 % de nos patients ont des antécédents cardio-vasculaires personnels (65 patients): infarctus, accident vasculaire cérébral, artérite des membres inférieurs, ...
- enfin, 3,3 % de nos patients ont des antécédents familiaux d'affection cardio-vasculaire (10 patients).

## LES MÉDICAMENTS UTILISÉS

- 443 médicaments sont prescrits pour nos 300 patients, ce qui représente une moyenne de 1,47 médicament par patient;
- les prescriptions de médicaments génériques ne représentent que 6,3 % (28 sur 443);
- les médicaments diurétiques représentent 30,5 % de nos prescriptions (135 médicaments);
- les médicaments bêta-bloquants représentent 26,2 % de nos prescriptions (116 médicaments);
- les médicaments antagonistes du calcium représentent 18,7 % de nos prescriptions (83 médicaments);
- les IEC représentent 15,6 % de nos prescriptions (69 médicaments);
- les sartans représentent 19,8 % de nos prescriptions (88 médicaments);
- enfin nous prescrivons 2,7 % d'hypotenseurs autres: alfabloquants et substances à action centrale.

Le « Top ten » des médicaments utilisés le plus fréquemment est le suivant: aténolol, amlodipine, indapamine, lisinopril, bisoprolol, irbésartan, losartan, nifédipine, spironolactone, péridopril.

## L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS PRESCRITS

62,6 % (188 patients) ne consomment qu'un seul médicament antihypertenseur (parfois combiné, p. ex. Zestorétic®).

## ABSTRACT

This is an example of observation, by the members of a GLEM, of practices of drug therapies in blood hypertension.

This observation and analysis allowed an exchange of thoughts through the GLEM and underlining of domains where improvements are possible. This qualitative approach gave rise also to new questioning.

**Key Words:**  
Evaluation, blood hypertension, drug therapy.

## RÉSUMÉ

Exemple d'observation de pratiques réalisée par les membres d'un GLEM dans le domaine des traitements médicamenteux de l'hypertension artérielle.

Cette observation et son analyse ont permis de nourrir une réflexion au sein du GLEM et de mettre en évidence les domaines de pratique ou des améliorations sont possibles. Cette démarche qualitative a également fait naître de nouvelles interrogations.

**Mots clefs:**  
Évaluation, hypertension artérielle, traitement médicamenteux.

29,3 % (88 patients) consomment 2 médicaments  
6,3 % (19 patients) reçoivent 3 médicaments.  
2 patients reçoivent 4 médicaments.  
2 patients reçoivent 5 médicaments.  
Un seul patient reçoit 6 médicaments pour traiter son hypertension.

Il faut signaler que 67,5 % des patients traités en monothérapie ont une tension inférieure ou égale à 140/90.

Nous obtenons un chiffre de 63,5 % de normalisation en bi-thérapie et de 61 % en tri-thérapie.

Au total, quel que soit le nombre de médicaments, 61,3 % des patients (184 sur 300) obtiennent un chiffre tensionnel égal ou inférieur à 140/90 mmHg.

61,1 % (33 sur 54) de nos patients diabétiques reçoivent un IEC ou un sartan.

38,8 % (21 sur 54) de nos patients diabétiques obtiennent une tension égale ou inférieure à 130/85.

Les patients avec antécédents personnels d'affections cardio-vasculaires (65 patients), 23 (35,3 %) obtiennent une tension égale ou inférieure à 130/85.

Enfin, chez les patients combinant diabète et antécédents personnels cardio-vasculaires (16 patients), 8 (50 %) obtiennent une tension égale ou inférieure à 130/85.

## LES EFFETS SECONDAIRES OBSERVÉS

Seuls 8 % (24 sur 300) de nos patients signalent spontanément des effets secondaires. Ceux-ci sont essentiellement constitués d'œdèmes des membres inférieurs, crampes, bouffées de chaleur, extrémités froides, toux, somnolence, troubles érectiles, nervosisme, insomnie, vertige, sensation de bouche sèche, nausées.

Parmi les effets secondaires notés par le médecin : hypotension, hyponatrémie, hyperkaliémie.

## DISCUSSION DES RÉSULTATS

Nous soignons majoritairement des patients du 3<sup>e</sup> âge (environ 65 %) et rencontrons relativement peu de jeunes hypertendus traités. Cela semble conforme aux données épidémiologiques. Par contre, le nombre de patients fumeurs est inférieur à ce qui était attendu (15,3 % versus 20 %). Les MG ont-ils réellement interrogé leurs patients sur leurs habitudes tabagiques ?

Le nombre de patients avec antécédents familiaux cardio-vasculaires semble également peu élevé (3,3 % contre 20 % dans la littérature). Ici aussi, les MG ont-ils pris le temps de réaliser une anamnèse des antécédents familiaux ?

Si plus de 60 % de nos patients atteignent les valeurs cibles de pression artérielle (140/90), ce pourcentage se réduit à environ 30 % chez nos patients à « haut risque ». Nous devons donc réfléchir à la manière d'améliorer nos performances en ce domaine.

En Belgique, 15 % des adultes seraient à haut risque. Dans notre étude nous rencontrons 34,3 % de patients à haut risque, c'est-à-dire combinant les facteurs de risques suivants : diabète et/ou antécédents personnels d'affection cardio-vasculaire. Ces patients correspondent à la « zone rouge » dans

l'algorithme clinique du Groupe de Recherche en prévention cardio-vasculaire de l'UCL.

Il est certain que d'autres patients doivent être inclus dans la catégorie « haut risque » : gros fumeurs associant d'autres facteurs de risque tels que dyslipédimies, antécédents familiaux, etc. Il appartient au médecin d'apprendre à évaluer lui-même le risque de son patient et à lui proposer un traitement plus agressif dans certains cas.

Seuls 38,8 % des patients diabétiques sont contrôlés aux normes requises. Ce chiffre peut sembler très bas. Cependant, il faut signaler qu'une récente étude belge (OCAPI) portant sur 952 patients diabétiques de type 2 a révélé que moins d'un patient sur six atteignait les normes tensionnelles. Nos résultats semblent donc meilleurs que ceux de cette étude. Toutefois, notre sous-groupe de patients diabétiques ne comporte pas tous nos patients diabétiques. Il existe donc un biais de sélection.

Notre GLEM est conscient qu'il peut améliorer ses performances parmi les patients diabétiques.

Il en est de même pour le groupe de patients avec antécédents personnels d'affections cardio-vasculaires. Seulement 35,3 % de ces patients à risque bénéficient d'un contrôle tensionnel optimal dans notre observation. L'amélioration de ce score est un des souhaits des membres du GLEM.

Les patients qui utilisent 4, 5, voire 6 médicaments ne sont pas tous contrôlés. Est-ce par manque de compliance ou est-ce en raison de la sévérité de leur hypertension ? Ce sous-groupe mériterait certainement une nouvelle observation à lui seul.

En monothérapie, l'emploi des substances suivantes est accompagné des meilleurs taux de contrôle tensionnel (83 % des patients avec une TA égale ou inférieure à 140/90) : captopril, péridopril, indapamine, amlodipine et losartan. Ces molécules n'ayant pas prouvé une efficacité supérieure aux autres, ce résultat serait-il lié à une meilleure compliance ? Cette compliance pouvant, elle-même, être liée à une moindre incidence (hypothétique) d'effets secondaires ? Ce point aussi mériterait d'être mieux analysé.

## CONCLUSION

Cette démarche, réalisée en toute indépendance, a permis aux médecins généralistes de notre GLEM et, nous l'espérons, aux médecins généralistes qui liront ce texte, de se rendre compte qu'il faut impérativement collecter et noter au dossier médical l'ensemble des facteurs de risques cardio-vasculaires présentés par les patients. Ceci afin de focaliser nos principaux efforts sur les patients à « haut risque ». En effet, ce sont ces patients qui tireront le bénéfice maximum du traitement de leur hypertension.

Au terme de cette étude, la majorité des médecins généralistes du GLEM ont décrété qu'ils seraient plus soucieux à l'avenir d'obtenir de meilleurs scores dans le traitement de l'hypertension artérielle.

Une seconde observation pourrait donc être réalisée dans quelques mois pour vérifier les résultats de ces bonnes résolutions. ■

*L'auteur remercie le Professeur BOLAND pour sa précieuse collaboration dans la définition des groupes à risque.*

*Texte spontané.  
Reçu en juin 2003.*

## DANS LA PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. L'observation par les membres du GLEM d'un domaine de leur pratique permet de les impliquer dans une réflexion qualitative.
2. La collecte de données à partir des pratiques de chaque membre nourrit une réflexion générale sur les habitudes de pratique.
3. Ce type de réflexion menée au départ de données de terrain encourage les améliorations de pratique.
4. Bien souvent, de nouvelles questions naissent de cette réflexion et alimentent la réflexion au cours des réunions suivantes du GLEM.

La Rédaction