

Un tiers d'hypertendus en Belgique

La prévalence de l'hypertension artérielle dans la population générale atteint aujourd'hui 28,4% contre 35% dans les années 80-90. A peine 21,5% des patients sont effectivement contrôlés, un chiffre qui monte chez les plus de 65 ans (48,5%) sauf chez les diabétiques (24%). C'est ce qu'a expliqué le Dr Annie Saint-Remy (Santé publique/Epidémiologie, CHU de Liège) lors d'un symposium du CBH*.

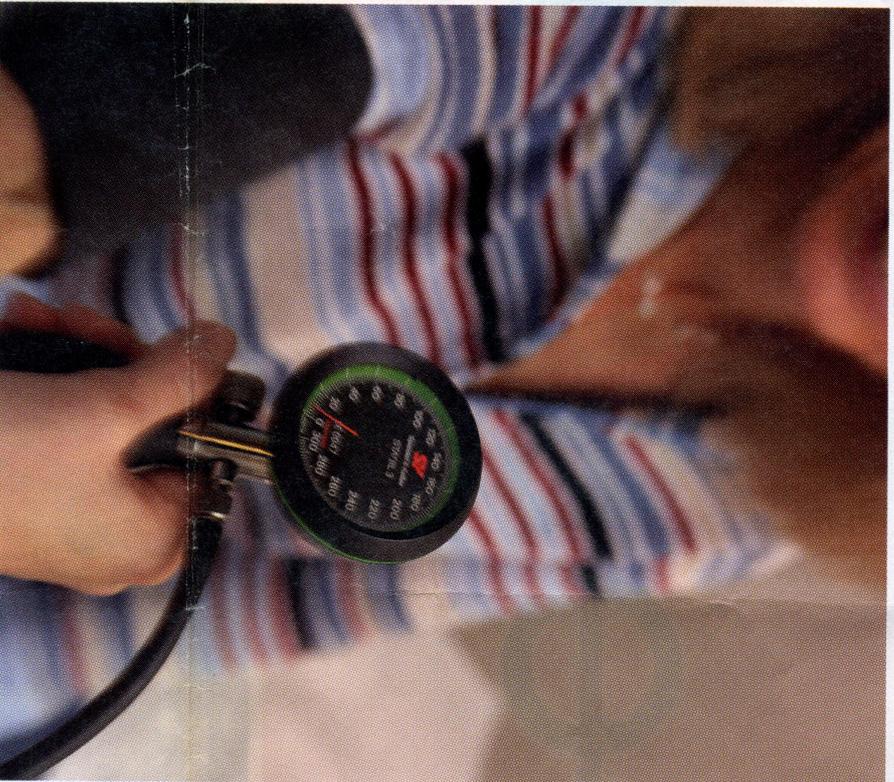
Entre 1980 et 1998, sur une population de près de 34.000 personnes, la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) était estimée à 41% chez les hommes et 31% chez les femmes. En 2004, l'étude BSCIP (Institut Belge de Santé publique) incluant 12.945 personnes, faisait état d'une prévalence de 27,5% dans la population générale (26,6% chez les hommes, 30% chez les femmes) pour un seuil fixé à 140/90 mm Hg. Une étude¹ de 2010 l'estime à 28,4% dans une population âgée de 21 à 68 ans.

A titre de comparaison, la prévalence mondiale a été estimée entre 2001 et 2007 à 38% chez les hommes, 32% chez les femmes, avec en perspective pour 2025 une augmentation de 60%². Celui-ci devrait aller de pair avec une augmentation majeure de la mortalité par maladies cardio- et cérébro-vasculaires, pour toutes les tranches d'âges, comme cela a été montré dans une méta-analyse de 61 études observationnelles incluant près de 1 million de personnes³.

De l-Insyst à PAPY-65

Le nombre de patients hypertendus contrôlés est aujourd'hui de 21,5% selon la récente étude belge l-Insyst effectuée sur une population de 11.562 patients hypertendus (>18 ans)

enrôlés par 994 généralistes⁴. Une situation plus ou moins comparable au reste de l'Europe avec des taux de 21% en Suède et 12% en Pologne. Les Etats-Unis revendiquent 63% de patients



©Th.Strickaert

contrôlés et 82% des médecins américains pensent que leurs patients sont bien suivis. Ce décalage se retrouve dans des pays comme la France, l'Allemagne, l'Espagne ou le Royaume-Uni⁵.

Et chez le sujet âgé? Une étude belge récente⁶, PAPY-65, a inclus en 2007, 1.272 sujets d'un âge moyen de 72 ans dont 55% de femmes, présentant une PA moyenne de 134 +/- 13/79 +/- 8 mmHg (PA avant traitement: 171 +/- 17/97 +/- 10 mmHg). L'analyse des données montre que 48,5% des patients ont une PA out140/90 (52,7% pour la PAS, 76,2% pour la PAD); ce chiffre tombe à 24% chez les patients diabétiques (out130/80 mmHg).

La même étude révèle que 72% des patients reçoivent 2 antihypertenseurs et plus. Le bon chiffre observé chez le sujet âgé est à relier aux résultats d'une étude comme Syst-Eur qui a montré l'intérêt du traitement antihypertenseur chez le sujet âgé.

Meilleur contrôle?

Les efforts doivent porter sur 2 points. Le premier est la lutte contre l'inertie clinique qui fige les traitements ou n'identifie pas suffisamment les co-morbidités. Les recommandations internationales de l'ESH sont suivies par à peine 51,7% des médecins, un peu plus lorsqu'il s'agit de traiter une PAD élevée (66,2%). C'est la conclusion de l'étude belge l-Decide qui a analysé les données de 3.947 patients hypertendus (âge moyen 63 ans), traités depuis au moins 6 mois et non contrôlés sous traitement. Chez

le patient diabétique, la PAD est mieux traitée (63%) que la PAS (18,9%).

Un élément intéressant est que beaucoup de médecins jugent les valeurs cibles trop basses, trop difficiles à atteindre et compliquées en pratique quotidienne. La classification actuelle de la PA en optimale, normale, normale haute, hypertension de grade 1, 2, 3, hypertension systolique isolée, est difficile à transposer en pratique quotidienne. Le deuxième niveau est la compliance du patient à peine supérieure à 50% pour diverses raisons dont un déni de la maladie, le coût des médicaments, la peur des effets secondaires et le manque de communication avec son médecin.

«C'est finalement l'objectif ultime en privilégiant une approche par l'estimation globale du risque plutôt que par une dichotomie normotendu/hypertendu. Il faut sensibiliser les médecins qui hésitent à modifier ou changer les traitements, il faut privilégier les associations fixes qui favorisent la compliance du patient. Le cas échéant, il faut plus recourir aux techniques d'automesure/monitoring ambulatoire et ne pas oublier les enfants et adolescents», conclut le Dr Saint-Remy.

Dr Claude Biéva

*Bruxelles, 26 février 2011

1. Blood Press 2011;20(2):69-76

2. Lancet 2005;365:217-23

3. Lancet 2002;360:1903-13

4. J Hypertens 2008;26:2057-63

5. Arch Intern Med 2007;167:141-7

6. Drugs and Aging 2010;27:573-88