



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

16384

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY I

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2003

N° 43

THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par
Sébastien GRILLAT
Le jeudi 17 Avril 2003

**PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE
ET REPRESENTATIONS DE LA MALADIE HYPERTENSIVE
AU SEIN DE LA COHORTE STANISLAS.
*ENQUETE REALISEE AUPRES DE 134 PATIENTS LORRAINS.***

Examineurs de la thèse

M. le Professeur Faiëz ZANNAD

Président

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Juge

M. le Professeur Francis GUILLEMIN

Juge

Mme le Docteur Catherine AUBRY

Juge

M. le Docteur Jean-Marc BOIVIN

Directeur et juge

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D 007 216434 2

2

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Sébastien GRILLAT

Le jeudi 17 Avril 2003

**PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE
ET REPRESENTATIONS DE LA MALADIE HYPERTENSIVE
AU SEIN DE LA COHORTE STANISLAS.
*ENQUETE REALISEE AUPRES DE 134 PATIENTS LORRAINS.***

Examineurs de la thèse

M. le Professeur Faiëz ZANNAD

Président

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Juge

M. le Professeur Francis GUILLEMIN

Juge

Mme le Docteur Catherine AUBRY

Juge

M. le Docteur Jean-Marc BOIVIN

Directeur et juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Henry COUDANE

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Roger BENICHOUX – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Jean-Claude HOEFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes*)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie*)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE
Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique*)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie*)

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –
Professeur Christian de CHILLOU de CHURET

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie*)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie digestive*)

-

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne*)

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27^{ème} section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK

Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIIEWSKI – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Mickaël KRAMER – Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique)*)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN
Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER
Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Adrien DUPREZ
Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A notre maître et président de thèse,

Monsieur le Professeur Faiëz ZANNAD
Professeur de Thérapeutique,
Médecin délégué du Centre d'Investigation Clinique du CHU de Nancy,
Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider cette thèse.

Pour votre enseignement, dont la qualité pédagogique nous a permis de découvrir et apprécier le domaine si passionnant de la pharmacologie et de la cardiologie.

Pour votre accueil, votre confiance et votre intérêt dans notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A nos juges,

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Professeur de médecine interne,
Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury,
Pour la qualité de votre enseignement,
Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur de santé publique,
Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury,
Pour votre accueil au sein du service que vous dirigez,
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

Madame le Docteur Catherine AUBRY
Spécialiste en santé publique, médecin responsable au centre de Médecine
Préventive de Vandoeuvre-lès-Nancy,
Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury,
Pour votre compétence, votre disponibilité et votre confiance qui nous ont
permis d'initier et de mener à bien notre travail,
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Jean-Marc BOIVIN
Médecin, enseignant, chercheur au département universitaire de
Médecine générale,
Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury,
Pour votre disponibilité, votre patience et vos précieux conseils dans la
réalisation de notre travail,
Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A ma mère Marie-Claire, à mon beau-père Robert,
A mon frère Thibaud,

Avec tout mon amour.

A mes grands-parents Josette et Robert,
A Marie-Aleth et Michel,

Avec toute mon affection.

A toute ma famille,

A tous mes amis.

A tout le personnel du Centre de Médecine Préventive qui m'a accueilli
chaleureusement,

A celles et ceux qui ont contribué à ce travail,

A Nadine, Viviane, Héla, Mickaël, Blandine, Anne-Rose, Marie-José
Longis et René Guéguen qui m'ont offert leur précieuse collaboration et leur
soutien tout au long de ce travail,

Mes plus sincères remerciements et ma profonde amitié.

SERMENT

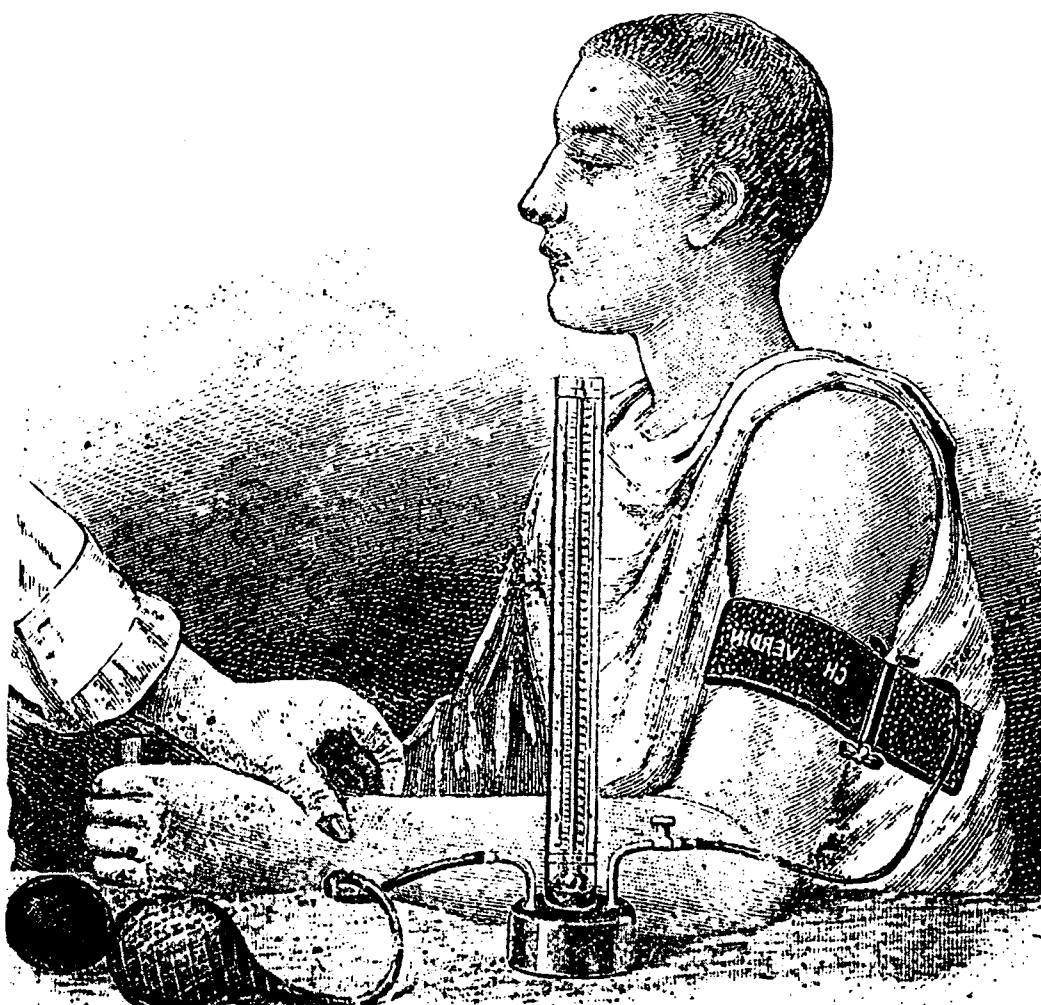
"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".



1896 : les pertinentes recommandations de Riva-Rocci

Dans son article publié le 17 décembre 1896 dans la *Gazzetta Medica di Torino*, Riva-Rocci émet des recommandations de mesure :

« Quand on a mis le patient dans la position que l'on croit la meilleure (dans les cas ordinaires le malade est assis sur son lit) le repos absolu et la grande quiétude sont indispensables, parce que toute émotion bien que minime est une cause de perturbation appréciable dans la hauteur de la pression artérielle. »

« Cottard essaya, pour calmer l'agitation de sa malade, le régime lacté. Mais les perpétuelles soupes au lait ne firent pas d'effet parce que ma grand-mère y mettait beaucoup de sel, dont on ignorait l'inconvénient en ce temps là (Widal n'ayant pas encore fait ses découvertes). Car la médecine étant un compendium d'erreurs successives contradictoires des médecins, en appelant à soi les meilleurs d'entre eux on a grande chance d'implorer une vérité qui sera reconnue fausse quelques années plus tard. De sorte que croire à la médecine serait la suprême folie, si n'y pas croire n'en était pas une plus grande, car de cet amoncellement d'erreurs se sont dégagées à la longue quelques vérités. »

Marcel Proust

A la recherche du temps perdu

Le côté de Guermantes.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	p.18
A. L'hypertension artérielle	p.18
B. Présentation de la Cohorte Stanislas	p.20
C. Présentation de l'enquête sur l'hypertension artérielle au sein de la Cohorte Stanislas	p.22
II. MATERIEL ET METHODE	p.24
A. Objectifs de l'enquête	p.24
B. Présentation de l'échantillon d'étude	p.24
1. Critères d'inclusion des patients	p.24
2. Choix des critères	p.25
3. Nombre de patients	p.25
C. L'enquête	p.25
1. Le questionnaire	p.25
2. Questionnaire téléphonique sur l'auto-mesure tensionnelle	p.28
3. Codification et saisie des réponses	p.28
4. Analyse statistique des données de l'enquête	p.29
5. Méthodes statistiques utilisées	p.30
III. RESULTATS DE L'ENQUETE	p.31
A. Introduction	p.31
B. Taux de réponses	p.31
C. Description des réponses	p.31
1. Deux groupes de patients	p.31
2. Les chiffres de pression artérielle déclarés	p.31
3. Connaissance et ancienneté du traitement antihypertenseur	p.33
4. Maladies chroniques concomitantes traitées	p.33
5. Nombre de comprimés quotidiens	p.33
6. Consultations chez le médecin traitant	p.36
7. Modification du traitement antihypertenseur	p.36
8. Observance au traitement antihypertenseur	p.36

9. Auto-mesure de la pression artérielle	p.36
10. Symptômes liés à l'HTA	p.36
11. Gravité de la maladie	p.38
12. Chiffres cibles de la pression artérielle	p.38
13. Moyens de prévention de l'HTA	p.38
14. Sources d'information sur l'HTA	p.38
15. Association de patients	p.40
16. « Paroles d'hypertendus »	p.40
D. Comparaison des deux groupes de patients au moment de l'enquête	p.42
1. Age moyen	p.42
2. Mode de réponse au questionnaire	p.42
3. Comparaison des réponses des deux groupes de patients	p.42
E. Données issues du deuxième examen de santé du CMP	p.44
1. Les différences entre les deux groupes	p.44
2. Les similitudes entre les deux groupes	p.44
3. Evolution de la prise en charge médicamenteuse de l'HTA	p.44
F. Evolution de l'HTA entre les deux examens de santé du CMP	p.46
IV. DISCUSSION	p.48
A. Introduction	p.48
B. Analyse des réponses à l'enquête et revue de la littérature médicale	p.49
1. Connaissance et acceptation de la maladie hypertensive	p.49
2. Connaissance des chiffres de la pression artérielle	p.50
3. Age des patients	p.51
4. Le traitement antihypertenseur	p.51
5. Observance et adhésion au traitement antihypertenseur	p.56
6. Mesure de l'observance thérapeutique	p.57
7. Les facteurs qui diminuent l'adhésion au traitement	p.58
8. Comment améliorer l'observance et l'adhésion au traitement ?	p.59
9. Maladies concomitantes	p.62
10. Consultations chez le médecin traitant	p.64
11. Symptômes liés à l'HTA	p.64
12. Perception de la maladie hypertensive	p.65
13. Moyens de prévention de l'HTA	p.66
14. Sources d'information sur l'HTA	p.67
15. Association de patients hypertendus	p.68
16. Organismes de lutte contre l'hypertension artérielle	p.68
17. Conclusion	p.68

V. CONCLUSION	p.69
----------------------	------

VI. BIBLIOGRAPHIE	p.70
--------------------------	------

VII. ANNEXES	p.75
---------------------	------

Annexe 1	p.76
-----------------	------

- Courrier de présentation de l'enquête	p.76
- Questionnaire « Votre hypertension et vous »	p.77
- Document annexe au questionnaire	
« Pour vous qu'est-ce que l'hypertension artérielle ? »	p.79

Annexe 2	p.80
-----------------	------

- Tableau III : résultats détaillés des réponses à l'enquête	p.80
--	------

I. INTRODUCTION

A. L'hypertension artérielle

Cela fait plus d'un siècle que l'hypertension artérielle (HTA) a fait la conquête de la médecine. Exactement depuis 1896, si l'on choisit comme référence initiale la mise au point du brassard gonflable par Riva-Rocci, étape essentielle pour la mesure de la pression artérielle chez l'homme (1).

L'HTA est **un problème majeur de santé publique** dans les pays industrialisés. En 2001, on comptait en France, **7 millions de patients hypertendus** soit environ 15 % de la population (2).

La maladie hypertensive constitue **un enjeu considérable** sur le plan médical et économique, c'est en effet le premier motif de prescription en médecine générale (2). C'est l'un des principaux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires (3). Par ailleurs, la prévalence de l'hypertension augmente progressivement avec l'âge : plus de 50 % des hypertendus ont plus de 65 ans (4).

Les données recueillies par le Centre de Médecine Préventive (CMP) de Vandoeuvre-lès-Nancy entre 1996 et 2000 montrent que le nombre de patients hypertendus a augmenté de façon significative dans deux des cinq départements de la région Lorraine par rapport à la période 1993-1997 (5). En Moselle, l'hypertension touche 19 % des hommes et 18 % des femmes, et en Meuse, 17 % des hommes et 14 % des femmes.

La Meurthe-et-Moselle se situe dans la moyenne avec 11% à 12 % d'individus hypertendus.

L'hypertension artérielle est définie par des valeurs de pression artérielle supérieures ou égales à **140/90 mmHg**, en référence à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS-ISH,1999) (6) et aux recommandations françaises de l'ANAES 2000 (7).

L' HTA est un facteur de risque cardio-vasculaire majeur responsable d'une grande partie des cas d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), d' insuffisances cardiaques, d'infarctus du myocarde (IDM) et de complications rénales graves conduisant à la dialyse (8). Elle est à l'origine de 72 000 décès par an en France (8).

L'association avec d'autres facteurs de risque comme le tabagisme, l'obésité, et les maladies métaboliques est très fréquente ce qui majore d'autant le risque cardio-vasculaire (9).

Les bénéfices à long terme du traitement de l'HTA en terme de réduction de la morbi-mortalité sont indiscutables (2).

Le fait de traiter efficacement l'hypertension réduit de façon significative le risque cardio-vasculaire. Il existe actuellement un arsenal thérapeutique important et les médicaments récents sont plus faciles d'utilisation (2).

Les chiffres de pression artérielle doivent être inférieurs à 140/90 mmHg pour tous les patients traités (6,7). Ces chiffres doivent être inférieurs à 140/80 mmHg chez les patients diabétiques hypertendus et les patients hypertendus à haut risque cardio-vasculaire, et inférieurs à 130/85 mmHg chez l'insuffisant rénal (7).

Il existe cependant des discordances évidentes entre les possibilités thérapeutiques et le contrôle de la pression artérielle chez les patients hypertendus.

Au total seulement 30% des personnes hypertendues sont bien contrôlées sous traitement (9,10).

Trois facteurs peuvent expliquer ce mauvais résultat : l'ignorance, l'incrédulité et l'inobservance (8).

L'ignorance du patient est un élément essentiel. De nombreuses personnes ignorent la gravité de la maladie et les bénéfices d'un traitement bien suivi.

L'incrédulité du patient est liée en partie au caractère asymptomatique de la maladie qui donne l'illusion au patient d'être en bonne santé. Par ailleurs, certains patients connaissent les risques mais en minimisent les conséquences pour eux-mêmes.

L'incrédulité du médecin n'est pas exceptionnelle et peut se traduire par le non respect des recommandations thérapeutiques. Le médecin considère que la pression artérielle de son patient est équilibrée, alors que les objectifs tensionnels ne sont pas atteints.

L'inobservance du patient. Les effets indésirables des médicaments, l'oubli ou la contrainte d'un traitement quotidien sont les causes principales d'inobservance au traitement.

Le médecin doit prendre en considération ces facteurs afin d'optimiser la prise en charge thérapeutique des patients hypertendus.

Par ailleurs, **la bonne relation médecin-patient** est indispensable. Elle est le support essentiel de **l'adhésion du patient aux mesures de prévention et au traitement antihypertenseur.**

B. Présentation de la Cohorte Stanislas

La Cohorte Stanislas (Suivi temporaire non invasif de la santé des Lorrains assurés sociaux) a été mise en place au **Centre de Médecine Préventive (CMP)** de Vandoeuvre-lès-Nancy **en septembre 1993.**

Elle regroupe 1006 familles des Vosges et de la Meurthe-et-Moselle Sud fidèles aux examens de santé de l'Assurance-Maladie (plus de 60 % d'entre elles consultent le CMP depuis plus de 10 ans).

Chaque famille comprend deux parents et au moins deux enfants de plus de 4 ans.

A leur inclusion au sein de la Cohorte, les membres de la famille devaient être exempts de toute affection aiguë ou chronique. L'hypertension artérielle n'étant pas considérée comme une maladie chronique.

La Cohorte Stanislas a pour but principal d'observer les interactions gène-environnement au cours de la croissance, du développement et du vieillissement des familles, dans le domaine des maladies cardio-vasculaires.

La validation de nouveaux marqueurs prédictifs de l'état de santé cardio-vasculaire est une des retombées majeures attendues de cette cohorte.

Les connaissances acquises grâce au concours de ces familles pourront en outre contribuer à **améliorer les outils de prévention.**

Le caractère périodique de l'examen de santé (tous les 5 ans) est un atout de cette observation familiale de la santé.

Ces familles sont volontaires pour un suivi d'au moins 10 ans à travers l'examen de santé périodique de l'assurance maladie et un large ensemble d'examens spécifiques.

Au cours de chaque examen de santé, les membres des familles de la Cohorte Stanislas bénéficient de nombreux examens biologiques et physiologiques spécifiques, en plus des données systématiques recueillies au CMP.

Les examens cliniques apportent des mesures morphologiques précises, des mesures répétées de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque. Un électrocardiogramme est systématiquement réalisé. Les membres de chaque famille doivent également remplir des questionnaires sur leur comportement alimentaire, leur activité physique, leurs antécédents cardio-vasculaires et leurs habitudes de vie.

Le premier examen de santé s'est déroulé au CMP entre janvier 1994 et août 1995. Le deuxième examen de santé complet des familles a eu lieu d'octobre 1998 à novembre 2000. Le troisième et dernier examen complet aura lieu entre 2004 et 2005.

Pour évaluer un changement de leur état de santé, de leur environnement ou de leur mode de vie, un contact annuel est maintenu avec chaque famille.

En septembre 2001, les familles et leurs médecins traitants ont été invités au CMP pour les remercier de leur investissement et de leur fidélité.

Par ailleurs, le journal "Stanislas Echanges" est envoyé aux familles pour les informer régulièrement des actualités concernant la Cohorte. Huit numéros sont parus à ce jour.

A leur premier examen de santé, les familles de la Cohorte étaient exemptes de risque cardio-vasculaire majeur. **Cinq ans plus tard, au deuxième examen de santé réalisé au CMP, presque tous les indicateurs cardio-vasculaires se sont détériorés, davantage chez les hommes qui cumulent plusieurs risques.**

♦ **La proportion d'hommes hypertendus a augmenté**

La proportion d'hommes hypertendus est passée de 22.4 à 26.6% entre les deux examens de santé. La proportion de patients traités a triplé pendant cette même période.

♦ **Davantage de patients atteints d'obésité**

Au premier examen de santé, 7 % des pères et mères étaient obèses. Cinq ans plus tard, 12 % des pères et 10,5 % des mères sont dans ce cas. Cet accroissement de l'obésité est visible à tous les âges.

♦ **Davantage de médicaments hypolipémiants**

Globalement la prise de médicaments de type hypolipémiant a été multipliée par deux.

♦ **Diminution de la consommation de tabac avec l'âge**

On observe une diminution de la consommation de tabac chez les hommes de 30 à 59 ans entre les deux examens de santé. La proportion de non fumeurs est passée de 68 à 80 % dans cette tranche d'âge.

A l'inverse, les garçons âgés de 16 à 19 ans lors du premier examen de santé fument davantage cinq ans plus tard.

C. Présentation de l'enquête sur l'hypertension artérielle au sein de la Cohorte Stanislas

La Cohorte Stanislas est une source importante de données et un terrain d'études privilégié. C'est pourquoi nous avons choisi de réaliser **une enquête sur l'hypertension artérielle au sein de cette cohorte.**

La base de l'enquête est un **questionnaire sur la prise en charge de l'hypertension artérielle et les représentations de la maladie hypertensive** chez les personnes interrogées.

L'utilisation de données provenant des deux examens de santé réalisés au CMP pour la Cohorte Stanislas a contribué à donner du relief aux réponses à l'enquête.

Nous insistons d'emblée sur le fait que les réponses au questionnaire sont des données déclaratives et ne peuvent être considérées comme des données totalement fiables.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Objectifs de l'enquête

Nous avons réalisé une enquête afin d'évaluer :

- ♦ Le suivi de la pression artérielle chez des patients, tous hypertendus lors de leur inclusion au sein de la cohorte Stanislas.
- ♦ L'évolution de la prise en charge d'une hypertension artérielle confirmée chez ces patients depuis leur inclusion dans la Cohorte Stanislas.
- ♦ Les représentations de la maladie hypertensive chez ces patients.

B. Présentation de l'échantillon d'étude

1. Critères d'inclusion des patients

Nous avons sélectionné les patients qui correspondaient aux **critères d'inclusion suivants** lors du premier examen de santé réalisé au CMP en 1994-1995 lors de l'inclusion au sein de la Cohorte Stanislas :

- ♦ Sujets de sexe **masculin**.
 - ♦ Agés de **40 ans ou plus**.
 - ♦ Qui présentaient une pression artérielle élevée :
 - une pression artérielle systolique (PAS) supérieure ou égale à 140 mmHg
- et/ou** - une pression artérielle diastolique (PAD) supérieure ou égale à 90 mmHg

ou qui bénéficiaient d'un traitement antihypertenseur.

♦ **Etaient venus aux deux examens de santé du CMP** (premier examen de santé en 1994-1995 et deuxième examen de santé en 1999-2000) prévus dans le cadre de la Cohorte Stanislas.

2. Choix des critères

♦ L'HTA est plus fréquente chez les hommes.

♦ L'HTA est plus fréquente à partir de l'âge de 40 ans.

♦ Intérêt du suivi à long terme de la pression artérielle des patients afin d'évaluer le délai et la fréquence d'apparition d'une HTA confirmée.

♦ Définition de l'ANAES 2000 de l'HTA : c'est une pression artérielle $\geq 140/90$ mmHg.

3. Nombre de patients

Sur l'ensemble des individus suivis au sein de la Cohorte Stanislas, 134 patients satisfaisaient aux critères d'inclusion de l'enquête.

Ces 134 patients ont représenté notre échantillon d'étude.

C. L'enquête

1. Le questionnaire

♦ **Elaboration du questionnaire sur l'hypertension artérielle**

Nous avons élaboré le questionnaire sur l'hypertension artérielle au mois de Septembre 2002 en se basant sur les objectifs de l'enquête. La plupart des questions étaient des questions fermées pour faciliter l'exploitation des réponses.

Nous avons intitulé le questionnaire « *votre hypertension et vous* ».

Plusieurs confrères médecins du CMP ont participé à l'élaboration de ce questionnaire.

Un document annexe où chacun pouvait exprimer son ressenti sur l'hypertension était joint au questionnaire.

Il posait la question suivante : « *Pour vous, qu'est-ce que l'hypertension artérielle ?* ».

Pendant la première semaine du mois d'Octobre 2002, nous avons testé le **questionnaire** auprès d'une trentaine de consultants hypertendus traités venus passer un bilan de santé au CMP.

Les infirmières du CMP ont collaboré activement pour repérer et convaincre les consultants hypertendus de répondre au questionnaire.

La plupart des personnes interrogées ont manifesté de l'intérêt à notre démarche. Quelques modifications ont ainsi été apportées pour simplifier le libellé de certaines questions.

A la mi-octobre le questionnaire était prêt à être envoyé au 134 patients sélectionnés au sein de la Cohorte Stanislas.

Il comprenait 32 questions.

La première question déterminait si le patient était ou non hypertendu confirmé. Les questions n° 2 et 3 correspondaient à la connaissance des chiffres de pression artérielle. En cas de réponse négative à la première question, on considérait le patient comme non hypertendu confirmé. Il répondait ensuite aux questions n° 2 et 3, puis passait directement à la question n° 20.

Les questions numérotées 4 à 19 n'étaient à compléter que par les patients hypertendus confirmés (ayant répondu oui à la première question de l'enquête).

◆ **Envoi du questionnaire au patient**

⇒ L'enveloppe envoyée au patient contenait:

- Un courrier de présentation de l'enquête et de remerciement.

- **Le questionnaire "Votre hypertension et vous"** imprimé recto-verso **accompagné du document annexe "Pour vous, qu'est-ce que l'hypertension artérielle ?"**

- Une enveloppe pré-affranchie pour la réponse, libellée au service des suites d'examen de santé (SES) du Centre de Médecine Préventive.

⇒ Les enveloppes ont été envoyées aux 134 patients inclus dans l'enquête le 22/10/2002 avec un délai de quatre semaines pour la réponse.

Les adresses des patients avaient été remises à jour récemment par le service informatique du CMP.

♦ Réception des questionnaires au CMP

Deux enveloppes sont revenues au CMP avec la mention "retour à l'expéditeur, n'habitez pas à l'adresse indiquée".

Au terme de quatre semaines, nous avons reçu 67 questionnaires au service SES du CMP soit la moitié du nombre initialement envoyé.

Nous avons ensuite procédé à une relance téléphonique afin d'augmenter le taux de réponses.

♦ Relance téléphonique

La relance téléphonique a été réalisée du 20 au 29/11/2002 entre 18h et 20h depuis le centre d'appels du CMP auprès des 67 personnes qui n'avaient pas complété et renvoyé le questionnaire.

Les numéros de téléphone des patients avaient été remis à jour récemment par le service informatique du CMP.

Nous avons décidé de compléter le questionnaire par téléphone pour gagner du temps.

L'accueil des patients interrogés a été sympathique. La plupart ont accepté de répondre au questionnaire par téléphone.

Le questionnaire était rempli en 5 à 7 minutes, en moyenne. Les questions étaient dictées telles qu'elles étaient écrites pour ne pas interférer sur les réponses.

Parfois, après avoir complété le questionnaire, certains patients nous ont interrogés sur la prévention et les complications de la maladie hypertensive.

La relance téléphonique nous a permis de compléter 36 questionnaires supplémentaires.

Nous n'avons pas réussi à joindre une quinzaine de personnes au cours de la semaine de relance téléphonique.

Une dizaine de personnes a refusé de compléter le questionnaire par téléphone.

♦ Nombre total de questionnaires

Nous avons recueilli au total, **103 questionnaires**.

Tous les questionnaires complétés ont pu faire l'objet d'une exploitation.

2. Questionnaire téléphonique sur l'auto-mesure tensionnelle

Pendant la relance téléphonique, nous avons également contacté les patients hypertendus qui déclaraient réaliser des auto-mesures tensionnelles avec un appareil automatique à domicile (lors du questionnaire). Cette enquête téléphonique a concerné une dizaine de patients.

On demandait au patient s'il utilisait un protocole de mesure particulier, quel type d'appareil il possédait et comment il se l'était procuré.

3. Codification et saisie des réponses

Avant d'analyser les réponses nous avons procédé à une codification précise de chaque questionnaire sur les cases prévues à cet effet.

La codification a ensuite été saisie au service informatique du CMP au début du mois de décembre 2002 puis transmise au service des statistiques afin de réaliser l'analyse des données de l'enquête.

4. Analyse statistique des données de l'enquête

Le service des statistiques du CMP a fait l'analyse des réponses au questionnaire pendant le mois de décembre 2002.

Par ailleurs, certaines données provenant des deux examens de santé réalisés au CMP dans le cadre de la Cohorte Stanislas ont été intégrées à l'enquête.

♦ Analyse des réponses issues du questionnaire

La réponse à la première question était déterminante parce qu'elle a constitué deux groupes de patients :

-Un groupe de patients hypertendus confirmés.

-Un groupe de patients considérés comme non hypertendus.

Nous avons comparé ces deux groupes de patients d'après leurs réponses aux questions communes (questions 2-3, questions 20 à 32).

Seuls les éléments significatifs ont fait l'objet d'un compte-rendu.

♦ Exploitation de données issues du deuxième examen de santé de la Cohorte Stanislas

Nous avons exploité certaines données issues du deuxième examen de santé réalisé au CMP dans le cadre de la Cohorte Stanislas.

Les données utilisées concernaient le poids des patients, la consommation d'alcool, le tabagisme déclaré, l'existence de pathologies concomitantes traitées.

Nous avons comparé les deux groupes de patients sur ces données **pour mettre en évidence les similitudes et différences rétrospectives.**

En outre, ces données nous ont permis de comparer la prise en charge thérapeutique des patients hypertendus entre le deuxième examen de santé du CMP et cette enquête.

Il faut être vigilant dans la comparaison des données parce que les réponses à l'enquête sont des données déclaratives.

♦ **Exploitation de données issues des deux examens de santé de la Cohorte Stanislas.**

Les mesures de la pression artérielle (issues **des deux examens de santé** réalisés dans le cadre de la Cohorte Stanislas) et la notion d'un traitement antihypertenseur ont permis de suivre l'évolution de la prise en charge de l'hypertension pour chaque patient.

5. Les méthodes statistiques utilisées

Le test du KHI2 a été utilisé afin de comparer les fréquences.

Le test T de WELCH a été utilisé afin de comparer les moyennes.

Nous considérons que les différences observées sont significatives si la valeur du p est inférieure à 0,05 ($p < 5\%$).

III. RESULTATS DE L'ENQUÊTE

A. Introduction

L'enquête est constituée par deux éléments distincts :

- ◆ les réponses au questionnaire.
- ◆ les données issues des deux examens de santé réalisés au CMP dans le cadre de la Cohorte Stanislas.

Des figures et des tableaux alternent avec le texte afin de simplifier la présentation de certaines données.

Le tableau situé en **annexe 2** présente les résultats détaillés des réponses au questionnaire.

B. Taux de réponses

Au total, **103 questionnaires** sur les 134 envoyés aux patients ont été analysés, ce qui donne **un taux de réponses de 77 %**.

C. Description des réponses

1. Deux groupes de patients

Au total, les 103 répondants de l'enquête se répartissent en **deux groupes de patients** selon la réponse à la première question, qui est déterminante :

- Un groupe de **58/103 (56%) patients hypertendus confirmés**.
- Un groupe de **45/103 (44 %) patients considérés comme non hypertendus**.

2. Les chiffres de pression artérielle déclarés

Plus de neuf répondants sur dix connaissent leurs chiffres de pression artérielle.

Près de quatre patients sur dix présentent une PAS > 140 mm Hg (figure 1a)

et deux patients sur dix une PAD > 90 mm (figure 1b).

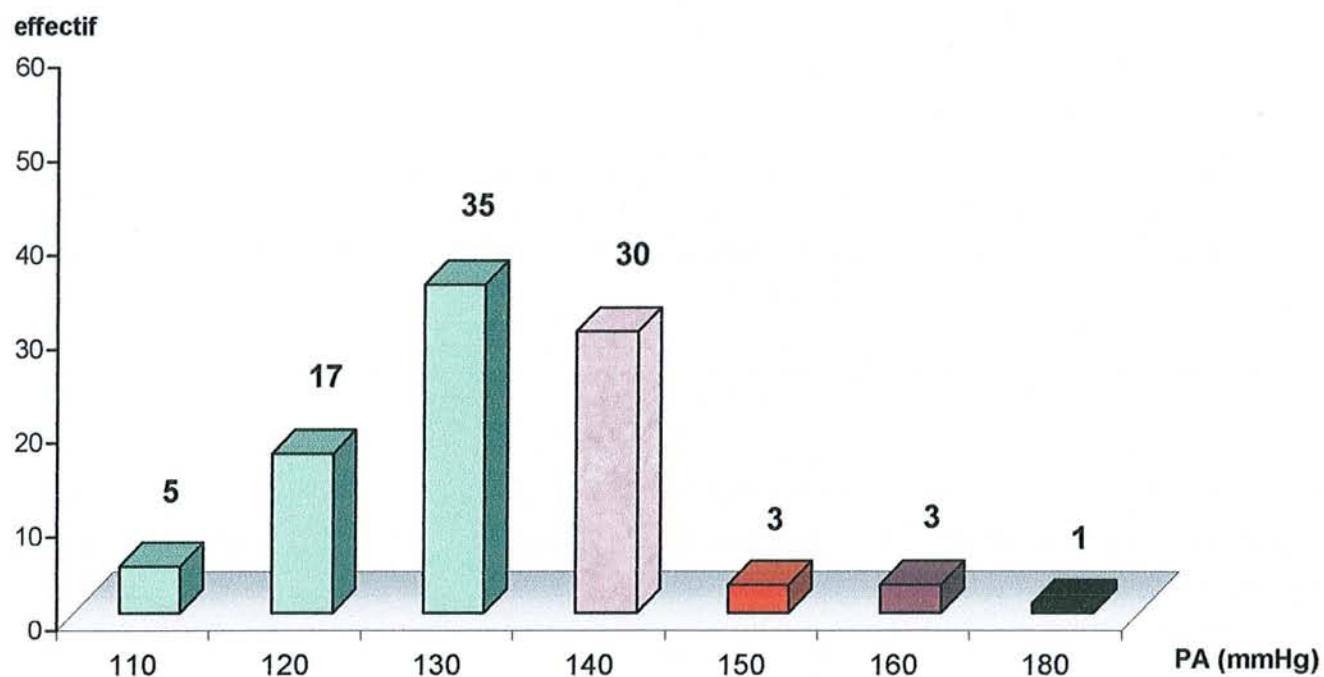


Figure 1a : CHIFFRES DE PRESSION ARTERIELLE SYSTOLIQUE DECLARES PAR LES PATIENTS AU MOMENT DE L'ENQUETE (effectif 94)

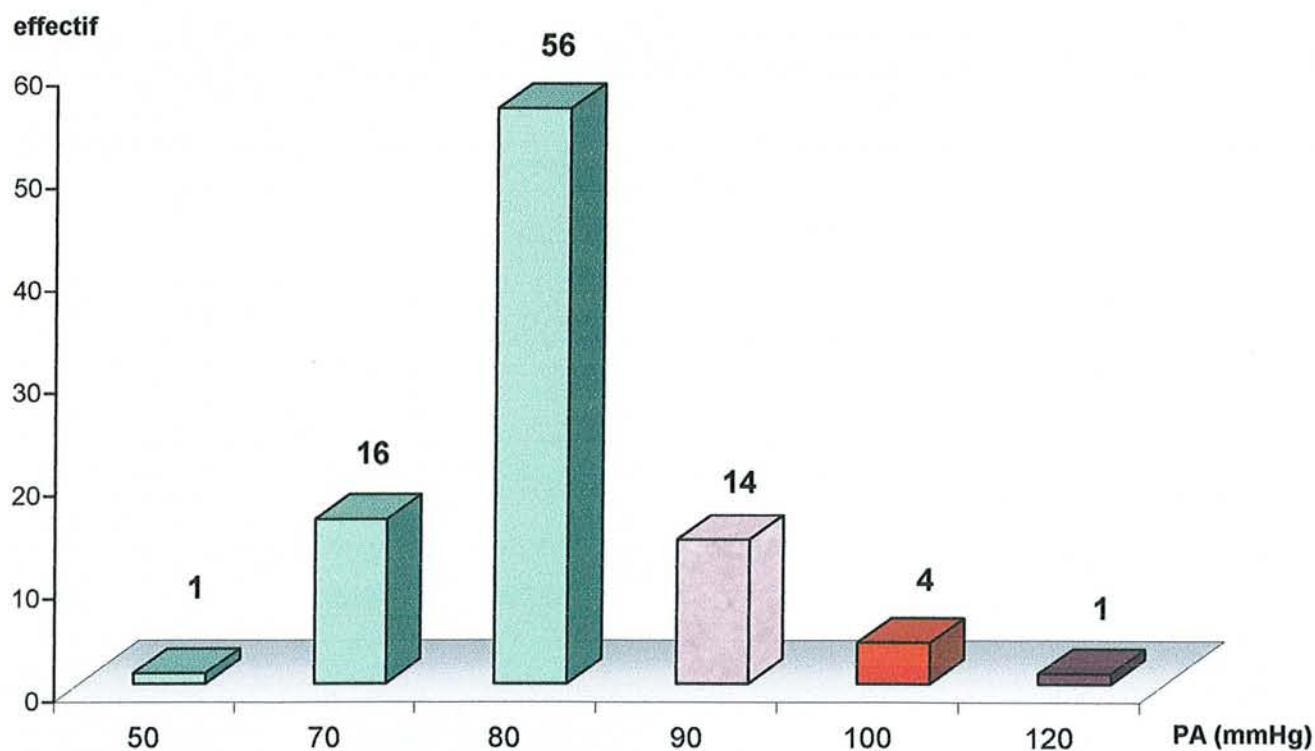


Figure 1b : CHIFFRES DE PRESSION ARTERIELLE DIASTOLIQUE DECLARES PAR LES PATIENTS AU MOMENT DE L'ENQUETE (effectif 92)

Les patients hypertendus confirmés présentent une PAS moyenne de 135 mm Hg et une PAD moyenne de 82 mm Hg.

Les patients non hypertendus présentent une PAS moyenne de 129 mm Hg et une PAD moyenne de 78 mm Hg.

3. Connaissance et ancienneté du traitement antihypertenseur

La plupart des patients hypertendus déclare suivre un traitement antihypertenseur au moment de l'enquête.

L'effectif des patients hypertendus traités est de 56/58 (97%).

Le traitement antihypertenseur a été instauré depuis moins de cinq ans chez plus de 40 % des sujets hypertendus (figure 2).

Presque tous les patients hypertendus traités (55/56) connaissent le nom de leur(s) médicament(s) antihypertenseur(s).

La moitié d'entre eux bénéficie d'un **traitement par une monothérapie** (figure 3).

Les inhibiteurs du Système-Rénine-Angiotensine-Aldostérone (SRAA) représentent la classe de médicaments antihypertenseurs la plus fréquente chez les hypertendus traités (figure 4).

Environ 30 % des hypertendus sont traités par une combinaison médicamenteuse à doses fixes.

4. Maladies chroniques concomitantes traitées

Il coexiste une ou plusieurs **maladie(s) chronique(s) traitée(s)** chez les deux tiers des patients hypertendus confirmés (figure 5).

Près de 40 % des patients hypertendus confirmés présentent une hyperlipidémie traitée.

Environ 20 % des sujets hypertendus sont également traités pour une pathologie cardio-cérébro-vasculaire.

Moins de 10 % des patients présentent un diabète.

5. Nombre de comprimés quotidiens

Les hypertendus qui présentent une ou plusieurs pathologie(s) chronique(s) associée(s) prennent en moyenne **3,3 comprimés par jour**, au total, pour se soigner.

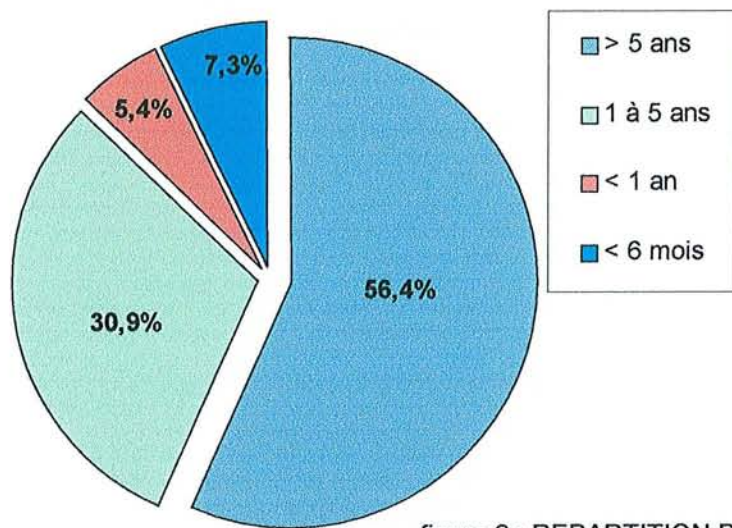


figure 2 : REPARTITION DES PATIENTS SELON L'ANCIENNETE DU TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR

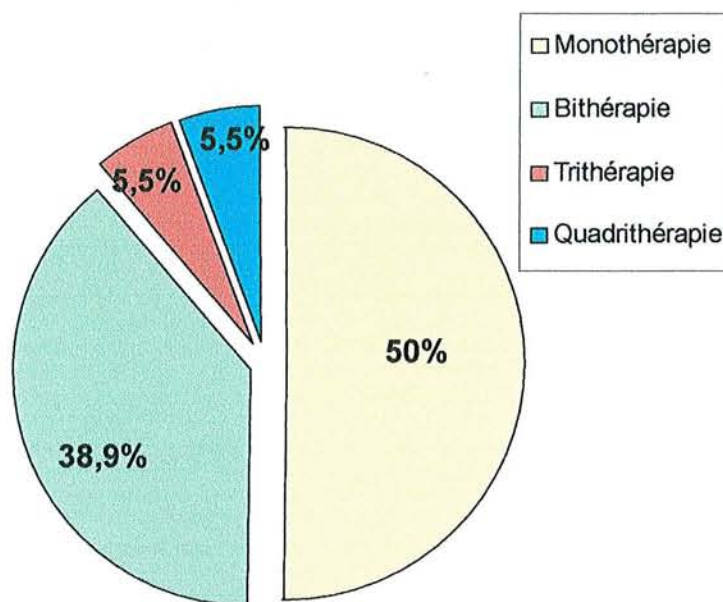


figure 3 : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE NOMBRE DE MOLECULES ANTI HYPERTENSIVES

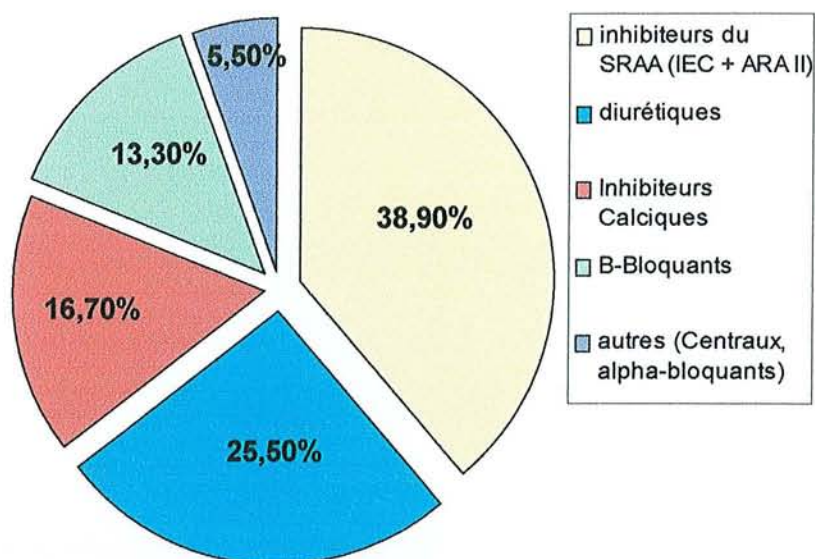


figure 4 : REPARTITION DES PATIENTS SELON LES CLASSES DE MOLECULES ANTI HYPERTENSIVES

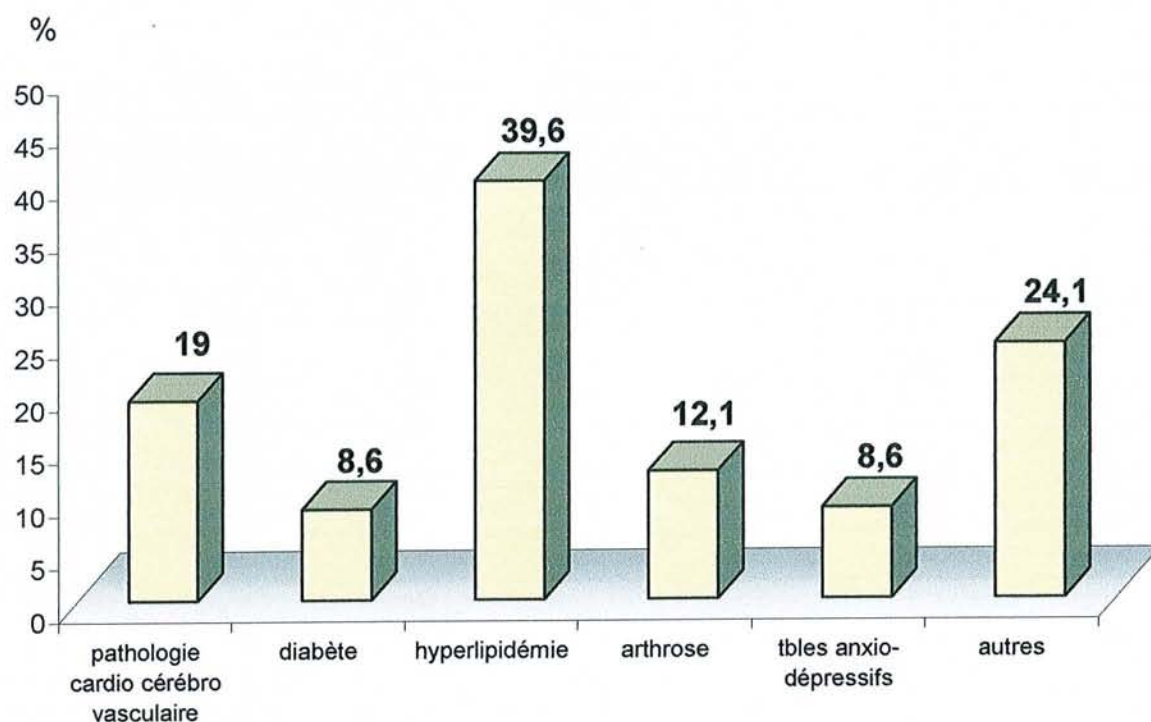


Figure 5 : MALADIES CHRONIQUES CONCOMITANTES TRAITEES CHEZ LES HYPERTENDUS CONFIRMES (effectif 58)

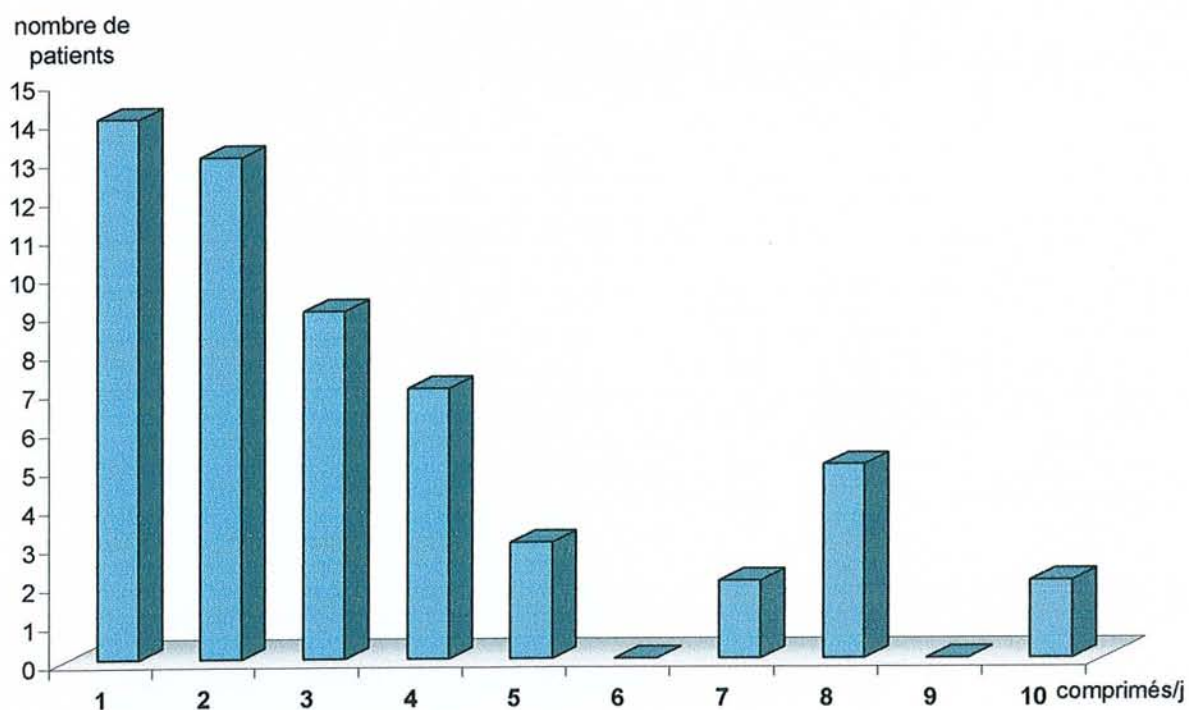


Figure 6 : NOMBRE DE COMPRIMES PRIS CHAQUE JOUR CHEZ LES HYPERTENDUS TRAITES (effectif 55)

Un hypertendu sur deux ne prend pas plus de deux comprimés quotidiens (tous traitements confondus).

La répartition des patients selon le nombre de comprimés pris chaque jour est indiqué sur un histogramme (figure 6).

6. Consultations chez le médecin traitant

Plus de 70 % des personnes hypertendues consultent leur médecin traitant tous les deux mois (figure 7).

Quelques patients consultent seulement une fois par an (ou moins) leur médecin traitant.

7. Modification du traitement anti-hypertenseur

Le traitement antihypertenseur a déjà été modifié pour près de la moitié des patients hypertendus.

Les deux causes essentielles de modification du traitement sont le manque d'efficacité des médicaments (54 % des cas) et les effets secondaires (38 % des cas).

8. Observance au traitement

Un patient sur quatre déclare oublier son traitement antihypertenseur occasionnellement.

La plupart des patients (80 %) oublient les médicaments **moins d'une fois par mois**.

9. Auto-mesure de la pression artérielle

Environ un hypertendu sur cinq réalise des auto-mesures de pression artérielle avec un appareil automatique à domicile.

Une enquête téléphonique a permis de savoir que ces patients contrôlent régulièrement leur pression artérielle mais n'utilisent aucun protocole de mesure particulier.

Ils se sont procuré leur appareil en pharmacie ou vente par correspondance.

10. Symptômes liés à l'HTA

Près d'un hypertendu sur trois déclare ressentir des symptômes en rapport avec l'HTA.

Les signes évoqués le plus souvent sont l'essoufflement, l'énervement, les maux de tête et les bouffées de chaleur.

Certains patients ressentent d'autres symptômes mais n'en précisent la nature.

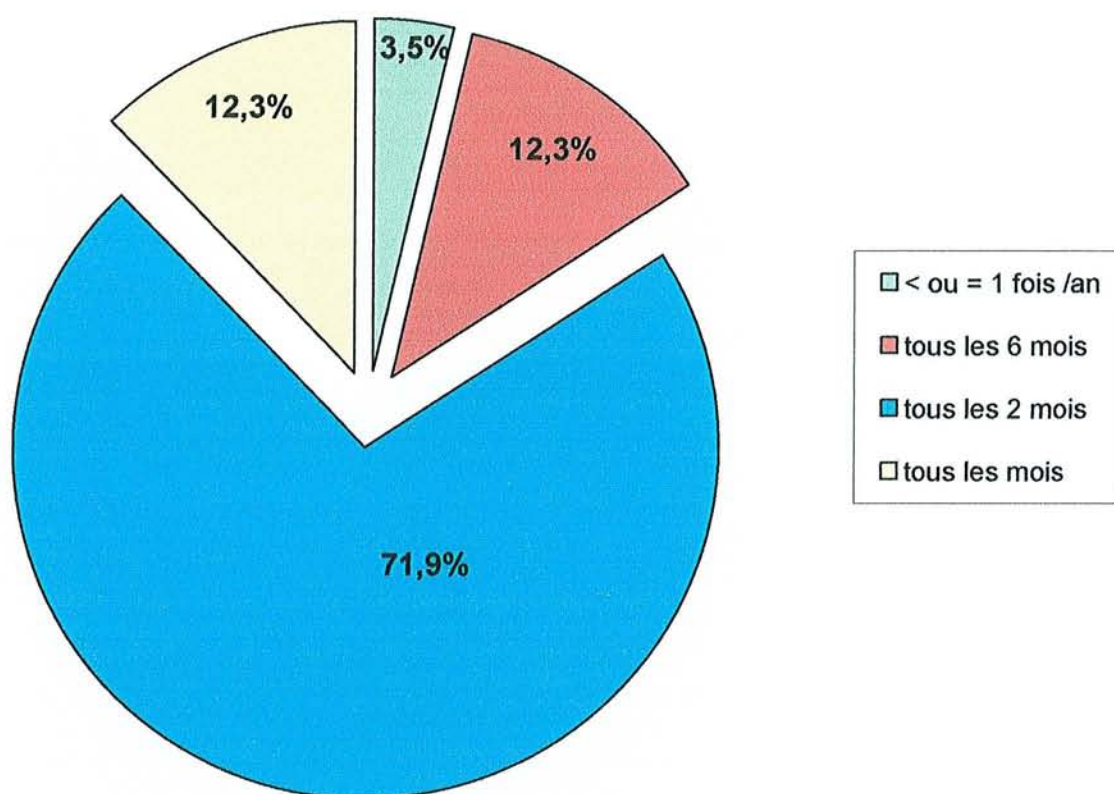


figure 7 : FREQUENCE DES CONSULTATIONS DES HYPERTENDUS CONFIRMES
CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE

11. Gravité de la maladie

A partir de cette question, les questions s'adressent aux deux groupes de patients.

Plus de 90 % des personnes interrogées considèrent que l'HTA est une maladie grave, sans différence de perception entre les deux groupes de patients.

La moitié des sujets non hypertendus et un tiers des patients hypertendus confirmés pensent que l'on peut guérir de l'HTA.

Les personnes interrogées citent le plus souvent les complications **cardiaques** (infarctus du myocarde) et **vasculaires** (accident vasculaire cérébral, rupture d'anévrisme et athérosclérose).

Quelques patients connaissent d'autres risques liés à la maladie comme les complications rénales.

Un hypertendu sur sept ne connaît aucun des risques liés à l'hypertension.

12. Chiffres cibles de la pression artérielle

Plus de 40 % des patients citent 150 mmHg comme le chiffre de pression artérielle systolique (PAS) à ne pas dépasser.

Près de 60 % des patients connaissent la valeur de PAS à ne pas dépasser soit 140 mmHg.

La plupart des personnes interrogées ne connaissent pas le chiffre cible de la pression artérielle diastolique.

13. Moyens de prévention

Plus de 40 % des patients ne connaissent aucun moyen de prévention de l'HTA.

L'activité physique et le régime amaigrissant sont les réponses les plus fréquentes parmi les 60 % de patients qui connaissent un moyen de prévention (figure 8).

Seulement 60 % de ces patients utilisent les moyens de prévention connus.

Les personnes qui citent la réduction de la consommation d'alcool comme moyen de prévention, l'appliquent pour eux-mêmes dans 90 % des cas.

Ils sont 80 % pour la réduction du tabac et sont 66 % à égalité pour la réduction de la consommation sodée, le régime amaigrissant et le repos.

14. Sources d'information

Le médecin de famille représente la source d'information privilégiée sur la maladie pour 60 % des personnes interrogées (figure 9).

% des répondants

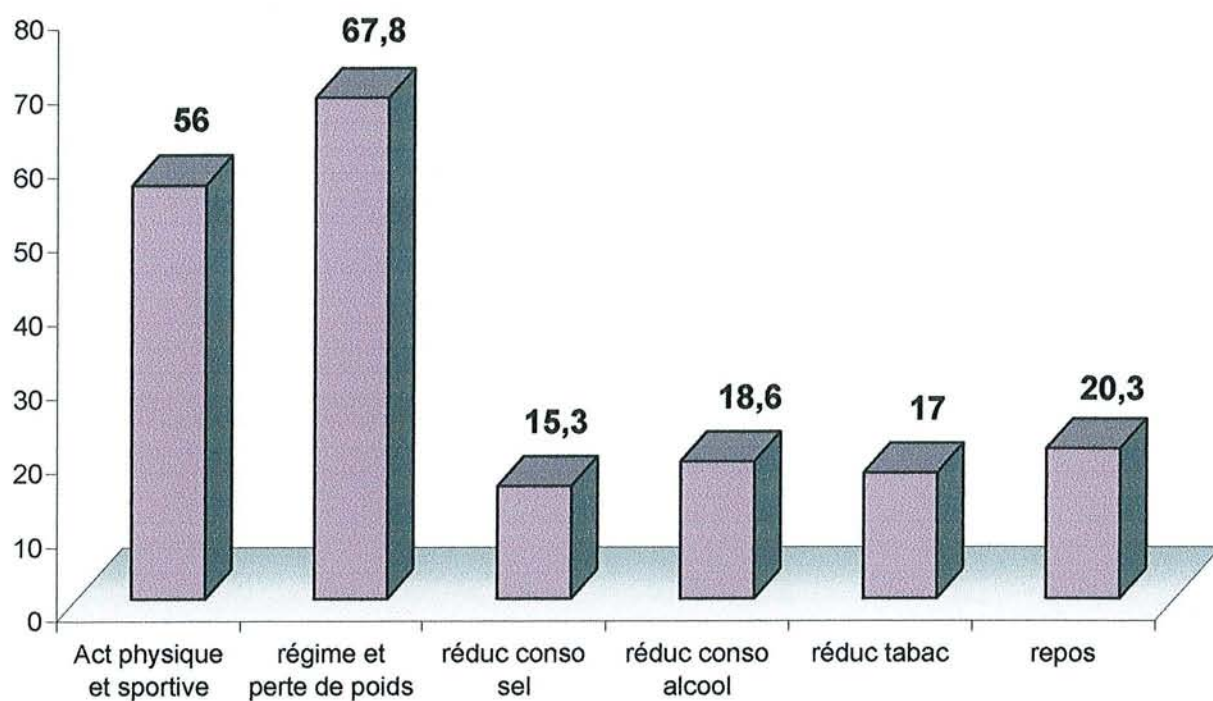


figure 8 : MOYENS DE PREVENTION CONNUS DE L'HTA
(59 répondants – 44 non répondants)

% des répondants

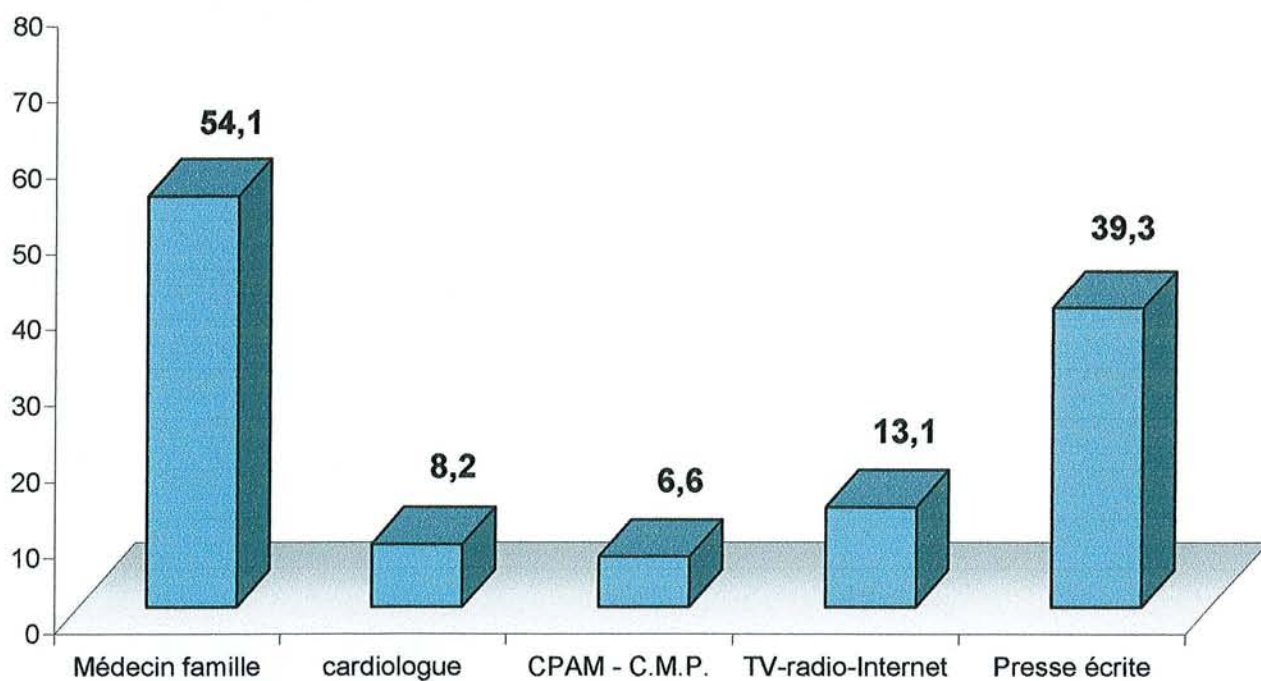


figure 9 : SOURCES D'INFORMATION SUR L'HTA
(61 répondants - 42 non répondants)

Ce résultat fait pourtant apparaître des différences statistiquement significatives entre les deux groupes de patients.

En effet les hypertendus confirmés sont deux fois plus nombreux à mentionner le médecin traitant que les sujets non hypertendus.

De nombreux patients souhaiteraient être davantage informés sur les mesures préventives à adopter, les différents médicaments utilisés et les conséquences de la maladie hypertensive sur les organes.

Aucun patient ne s'interroge sur les valeurs de pression artérielle normale ou les chiffres cibles à atteindre sous traitement.

15. Association de patients

Aucune personne interrogée ne fait partie d'une association de patients hypertendus.

16. « Paroles d'hypertendus »

Afin que chaque patient puisse s'exprimer librement sur l'HTA, un document annexe était joint au questionnaire:

« Pour vous, qu'est -ce que l'hypertension artérielle ? »

Seulement 17 patients (dont 13 hypertendus confirmés) ont répondu.

Voici quelques extraits des réponses.

La pression artérielle

« La pression sanguine dans les artères est trop élevée. Le plus mauvais chiffre dans l'hypertension est le deuxième, c'est à dire qu'une tension de 16/11 est plus mauvaise qu'une tension de 16/07. »

« Augmentation anormale de la tension artérielle supérieure à 14/09. »

« C'est une pression trop importante dans les artères. »

Maladie silencieuse et mystérieuse

« Maladie sournoise, dont les symptômes ne sont pas obligatoirement ressentis, donc maladie d'autant plus dangereuse que l'on s'en aperçoit souvent quand il arrive un accident vasculaire grave. »

« Quelque chose de bien difficile à cerner... ingurgiter des comprimés même à faible dose semble transformer l'organisme en boîte à pharmacie, tout en sachant que sans cela... »

« Ce sont les artères qui se bouchent ? »

Le stress de la vie moderne

« Tension au travail (stress) qui se répercute dans les vaisseaux , nourriture au restaurant tous les jours, accident de la vie. »

« La conséquence du mode de vie occidental : pléthore, consommation, sédentarité, stress. »

« Maladie due au stress de la vie moderne, et pour certains, liée à l'hérédité.

Depuis ma retraite le traitement suivi donne entière satisfaction, l'hypertension est traitée, stabilisée. »

« Le stress. »

« Trop de surmenage, de stress, entraîne l'hypertension artérielle »

D. Comparaison des deux groupes de patients au moment de l'enquête

Les données sont détaillées dans le **tableau I**.

1. Age moyen

L'âge moyen des patients au moment de l'enquête est de **54,1 ans** avec des extrêmes allant de 47 à 73 ans.

Arbitrairement nous avons choisi la date du 01/11/2002 pour calculer l'âge des patients.

Il n'y a pas de différence d'âge significative entre les deux groupes de patients.

2. Mode de réponse

Presque 75 % des patients hypertendus confirmés ont renvoyé l'enquête complétée, mais à peine 50 % dans l'autre groupe de patients. La relance téléphonique a concerné principalement le groupe des patients non hypertendus.

3. Comparaison des réponses au questionnaire

♦ La représentation de la gravité de la maladie est différente entre les deux groupes de patients

Les patients non hypertendus sont plus nombreux à penser qu'il est possible de guérir de la maladie.

La moitié d'entre eux ont cette opinion alors qu'ils ne sont qu'un tiers dans le groupe des hypertendus confirmés.

♦ Les sources d'information sur la maladie

Les patients hypertendus citent davantage le **médecin de famille** comme la principale source d'information sur l'hypertension.

♦ Il n'existe pas de différence statistique significative entre les deux groupes pour les réponses aux autres questions communes à l'enquête.

<i>n</i> = nombre de réponses <i>s</i> = écart type <i>p</i> = seuil de significativité		HTA confirmée		Pas d'HTA confirmée	
Mode de réponse n = 103 p = 2,7 %	questionnaire	43	74,1 %	24	53,3 %
	téléphone	15	25,9 %	21	46,7 %
Pression artérielle moyenne (mmHg)	systolique p = 0,2 %	n = 55 135 s = 12		n = 39 129 s = 9,5	
	diastolique p = 1 %	n = 54 82 s = 10		n = 38 78 s = 5,9	
Age moyen (en années) <i>p est non significatif</i>		n = 58 53,6 s = 4,7		n = 45 54,9 s = 5,1	
Q21 Guérit-on ? n = 96 p = 3,95 %	O	16	29,6 %	21	50 %
	N	38	70,4 %	21	50 %
Q29 Sources d'information le médecin de famille n = 103 p = 2 %	O	24	41,4 %	9	20 %
	N	34	58,6 %	36	80 %

Tableau I - COMPARAISON DES 2 GROUPES DE PATIENTS
AU MOMENT DE L'ENQUETE

E. Données issues du deuxième examen de santé

Pour analyser les principales caractéristiques rétrospectives des deux groupes de patients nous avons comparé certaines données du deuxième examen de santé.

Il existait des **différences et des similitudes rétrospectives**.

Le tableau II détaille les principaux résultats.

1. Les différences entre les deux groupes

♦ Davantage de médicaments

Au moment de leur deuxième examen de santé, les patients hypertendus confirmés prenaient davantage de médicaments pour une affection chronique et particulièrement en ce qui concernait l'hyperlipidémie.

♦ La surcharge pondérale

Le poids était plus élevé chez les patients hypertendus. Près de des deux tiers des patients hypertendus présentaient une surcharge pondérale modérée avec un BMI>27.

2. Les similitudes entre les deux groupes

♦ La consommation d'alcool

La consommation déclarée d'alcool ne différait pas entre le groupe des hypertendus confirmés et les patients non hypertendus.

♦ Le tabac

Il n'existait pas de différence significative concernant le nombre de fumeurs, de non-fumeurs et d'anciens fumeurs entre les deux groupes de patients.

3. Evolution de la prise en charge médicamenteuse de l'HTA

Près de 40 % (22/56) des patients hypertendus traités au moment de l'enquête n'avaient pas indiqué suivre un traitement antihypertenseur lors du deuxième examen de santé.

<i>n</i> = nombre de réponses <i>p</i> = seuil de significativité		HTA confirmée		Pas d'HTA confirmée	
Coexistence d'une maladie chronique traitée	O	34	58,6 %	4	8,9 %
	N	24	41,4 %	41	91,1 %
Poids	IMC < 27	21	36,2 %	26	57,8 %
	IMC ≥ 27	37	63,8 %	19	42,2 %
Tabagisme déclaré					
<i>n</i> = 103 <i>p</i> est non significatif	non fumeur	18	31 %	19	42,2 %
	fumeur	6	10 %	6	13,3 %
	ex-fumeur	34	58,4 %	20	44,5 %
Consommation alcool déclarée					
<i>n</i> = 103 <i>p</i> est non significatif	0 g	11	19 %	8	17,8 %
	1 à 39 g	23	39,7 %	14	31,1 %
	≥ 40 g	24	41,3 %	23	51,1 %

Tableau II - COMPARAISON DES 2 GROUPES DE PATIENTS D'APRES LES DONNEES RECUEILLIES LORS DU DERNIER BILAN DE SANTE EN 1998-99 AU CMP

F. Evolution de l'HTA entre les deux examens de santé

Afin de déterminer l'évolution de l'HTA entre les deux examens de santé réalisés pour la Cohorte Stanislas, nous avons repris les données mesurées de la pression artérielle et la notion d'un traitement antihypertenseur lors de chaque examen de santé.

Les figures 10 et 11 présentent l'évolution de l'HTA des patients entre le premier et le deuxième examen de santé.

♦ La figure 10 présente les données concernant le groupe des 58 patients hypertendus de l'enquête.

Dans ce groupe, 70 % (41/58) des sujets n'étaient pas traités lors du premier examen de santé, ils étaient encore près de 30 % (17/58) sans traitement lors du deuxième examen de santé cinq ans plus tard.

Environ un tiers (20/58) des hypertendus traités n'étaient pas normalisés sous traitement au deuxième examen de santé.

A peine 25 % (14/58) des patients de ce groupe étaient traités et normalisés au deuxième examen de santé.

♦ La figure 11 présente les données concernant le groupe des 45 patients considérés comme non hypertendus au moment de l'enquête.

La pression artérielle s'est normalisée chez 60 % (27/45) des sujets de ce groupe lors du deuxième examen de santé.

Plus de 30 % (14/45) des patients de ce groupe conservaient une pression artérielle élevée lors du deuxième examen de santé.

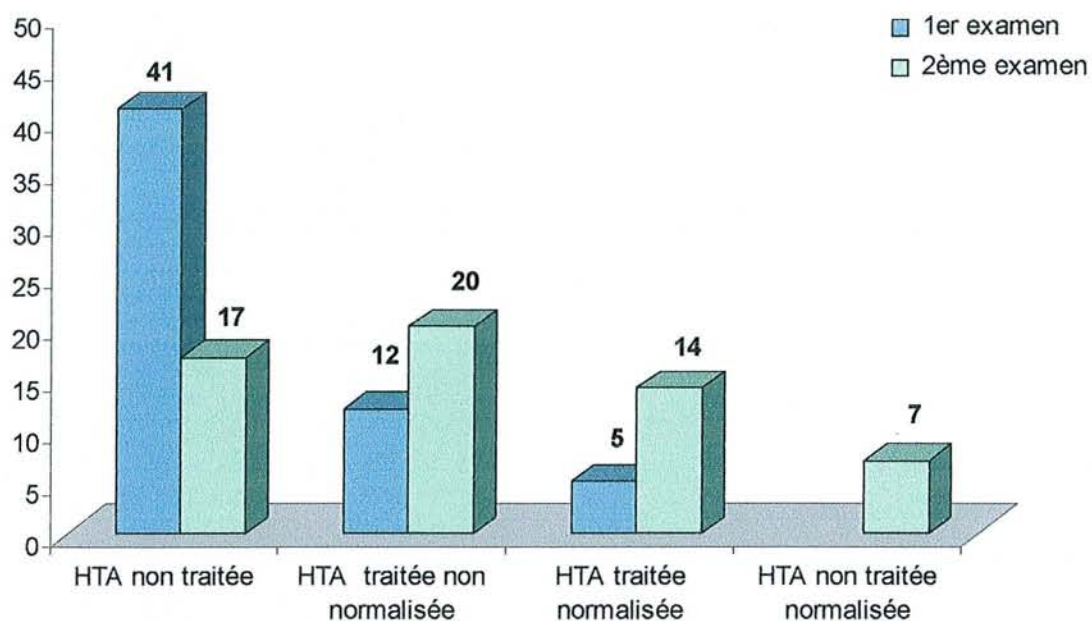


Figure 10 : EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'HTA ENTRE LES DEUX EXAMENS DE SANTE REALISES AU C.M.P. CHEZ LES HYPERTENDUS CONFIRMES DE L'ENQUETE (effectif = 58 à chaque examen de santé)

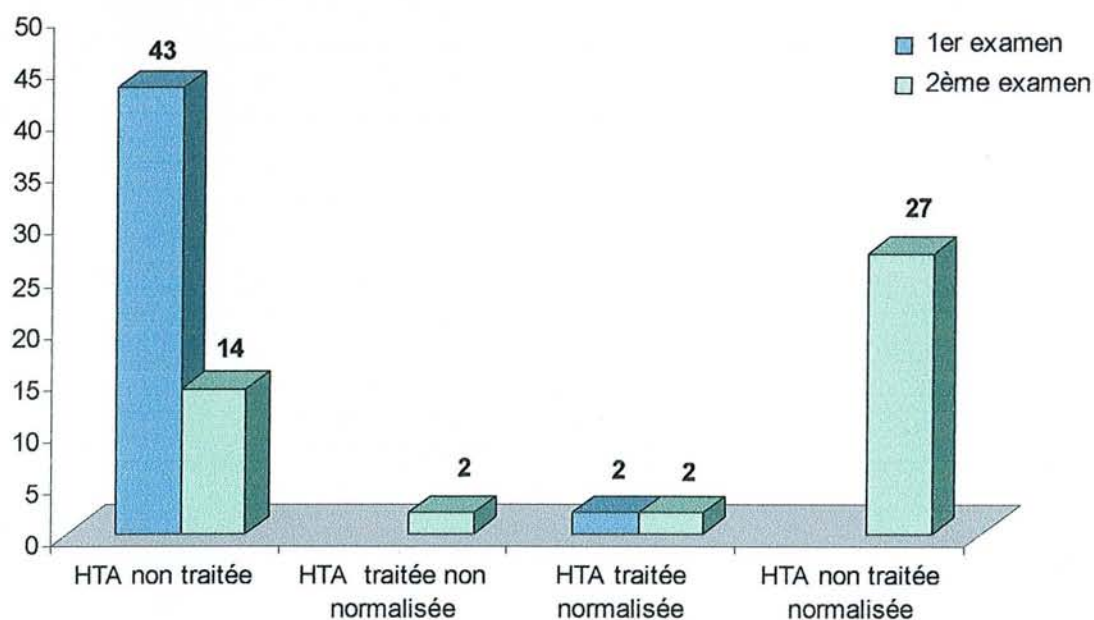


Figure 11 : EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'HTA ENTRE LES DEUX EXAMENS DE SANTE REALISES AU C.M.P. CHEZ LES PATIENTS NON HYPERTENDUS DE L'ENQUETE. (effectif = 45 à chaque examen de santé)

IV. DISCUSSION

A. Introduction

Les réponses à l'enquête ont permis de constituer deux groupes de patients distincts.

Les patients hypertendus confirmés et les patients considérés comme non hypertendus.

Ces deux groupes de patients présentent des caractéristiques propres et des similitudes que nous avons détaillées précédemment.

Les données de l'enquête nous interrogent sur différentes problématiques relatives à l'hypertension artérielle :

- La connaissance et l'acceptation de la maladie.
- La prise en charge des patients hypertendus et les facteurs qui favorisent l'adhésion au traitement antihypertenseur.
- Les représentations de la maladie hypertensive chez les deux groupes de patients.
- Les moyens de prévention et les sources d'information sur la maladie.

L'analyse des données doit être prudente en raison de **l'effectif réduit de l'échantillon**. Seulement une centaine de personnes a répondu à l'enquête, qui ne peut être considérée comme représentative de la population des patients hypertendus.

De plus ces personnes ont été sélectionnées **au sein d'une cohorte**. On peut penser qu'elles sont davantage sensibilisées en matière de santé parce qu'elles bénéficient d'un suivi médical régulier avec des bilans de santé tous les cinq ans sur une période de dix ans

Enfin la plupart des données de l'enquête sont issues des réponses au questionnaire. Ainsi il est probable que certains patients présentent une hypertension artérielle avérée mais se considèrent comme non hypertendus.

Nous analyserons les données qui résultent de l'enquête. Dans le même temps, nous comparerons ces données aux références bibliographiques correspondantes et présenterons les principaux résultats d'études sur la maladie hypertensive.

B. Analyse des réponses à l'enquête et revue de la littérature médicale

1. Connaissance et acceptation de la maladie hypertensive

♦ Nous distinguons **deux groupes de patients** en fonction de la réponse à la première question, déterminante pour l'enquête :

Un groupe de 58 patients hypertendus confirmés.

Un groupe de 45 patients considérés comme non hypertendus.

Cette réponse reflète la **connaissance et l'acceptation de la maladie** pour chaque personne interrogée.

Environ 45 % des sujets se considèrent comme non hypertendus d'après les réponses au questionnaire. Pourtant plus du tiers de ces patients (14/45) ont présenté une pression artérielle élevée aux deux examens de santé du CMP réalisés pour la Cohorte Stanislas.

Il paraît peu probable que la pression artérielle se soit normalisée au moment de l'enquête chez tous ces patients. **Un nombre important de patients ignorent probablement ou négligent le fait d'être hypertendu**, par conséquent, ne sont pas pris en charge.

Dans le groupe des hypertendus confirmés, deux patients ne suivent aucun traitement malgré des chiffres élevés de pression artérielle, l'un par peur des effets indésirables et l'autre par impression du peu d'utilité des médicaments.

L'un de ces deux patients est atteint d'une hypertension sévère (180/100 mm Hg.) Nous avons décidé de le contacter par téléphone afin de connaître les raisons précises de son refus de se traiter. Selon lui, le stress occasionné par son activité professionnelle est en grande partie responsable de l'HTA. Il assure qu'il va « prendre soin de sa tension » dès qu'il sera à la retraite, dans un avenir proche.

Deux patients se considèrent comme non hypertendus, pourtant ils déclarent une pression artérielle à 140/95 mmHg. Ces personnes méconnaissent les chiffres de pression artérielle normale.

♦ **L'acceptation de la maladie constitue une étape essentielle dans la prise en charge de toute affection chronique.** Le processus d'acceptation peut être difficile parce que l'hypertension est une maladie longtemps silencieuse pour de nombreux patients.

Le malade hypertendu "se sent bien" donc minimise les risques qu'il encourt.

L'incrédulité du patient face à l'efficacité du traitement peut aussi conduire à l'arrêt des médicaments.

2. Connaissance des chiffres de la pression artérielle

♦ **Plus de 90 % des personnes interrogées par l'enquête connaissent leurs chiffres de pression artérielle,** particulièrement en ce qui concerne la pression artérielle systolique (PAS), c'est moins souvent le cas pour la pression artérielle diastolique (PAD).

♦ **La pression artérielle est significativement plus élevée chez les patients hypertendus confirmés de l'enquête** par rapport aux patients considérés comme non hypertendus.

Pourtant, on peut se demander si les chiffres de pression artérielle déclarés correspondent à la réalité. Il existe probablement un décalage entre ces données déclarées et les valeurs mesurées chez leur médecin traitant.

La PAS et la PAD ne sont plus les indicateurs uniques pour mesurer l'hypertension artérielle. On utilise de plus en plus la pression pulsée (différence entre la PAS et la PAD).

⇒ **D'après R.ASMAR (11), la pression pulsée s'élève avec l'âge suite à l'augmentation de la rigidité artérielle.** L'élévation de la pression pulsée est associée à une élévation de la morbi-mortalité cardio-vasculaire.

A partir de 60 ans, la pression artérielle systolique et la pression pulsée jouent un rôle considérable sur le risque cardio-vasculaire alors qu'avant 50 ans c'est la valeur de la pression artérielle diastolique qui est prépondérante pour ce risque (3).

⇒ Par ailleurs la pression pulsée est considérée dorénavant comme un facteur de risque cardio-vasculaire indépendant (12).

3. Age des patients

♦ Dans l'enquête, l'âge moyen des patients est de **54.1 ans** sans différence significative entre les individus des deux groupes.

Plus de la moitié des patients présentent une HTA confirmée, et il est probable que cette proportion augmente encore de façon importante avec le vieillissement des individus.

⇒ **J.M KRZESINSKI (3)** rappelle que **l'âge est un élément déterminant dans l'élévation progressive de la pression artérielle**, c'est particulièrement vrai pour la pression artérielle systolique. La pression artérielle diastolique a tendance à diminuer après 60 ans.

4. Le traitement antihypertenseur

⇒ Actuellement une **large panoplie de médicaments** est à la disposition du médecin pour **traiter l'HTA** et prévenir les complications cardio-vasculaires (2).

Il existe 5 classes principales de médicaments antihypertenseurs.

les différentes classes de médicaments

- Les diurétiques.
- Les β -bloquants.
- Les Inhibiteurs du Système-Rénine-Angiotensine-Aldostérone (SRAA)

Il existe deux types d'inhibiteurs dans cette classe :

- Les Antagonistes des récepteurs AT1 de l'Angiotensine II (ARA II).
- Les Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC).
- Les inhibiteurs calciques (IC).
- Les α -bloquants et les antihypertenseurs centraux.

⇒ Les médicaments de la classe ARA II constituent les plus récents. Ils sont aussi efficaces que les autres pour réduire la pression artérielle mais semblent mieux tolérés et ne nécessitent le plus souvent qu'une seule prise quotidienne (13).

♦ **Dans l'enquête, la répartition des classes de médicaments antihypertenseurs est la suivante :**

- 40 % sont traités par un IEC ou un ARA II.
- 25 % utilisent un diurétique.
- 17 % bénéficient d'un IC.
- 13 % sont traités par un β -bloquant.
- 5 % utilisent un antihypertenseur central ou un α -bloquant.

Environ 50 % des patients hypertendus de l'enquête utilisent au moins deux molécules antihypertensives d'actions différentes pour se soigner.

Il est indispensable d'utiliser des médicaments à la fois efficaces, faciles à utiliser et bien tolérés.

De nombreuses études ont comparé les principales classes de molécules antihypertensives, en terme d'efficacité sur la baisse de la pression artérielle.

⇒ **Les résultats de l'étude ALLHAT (14)** ont été publiés fin 2002. Cette étude majeure a regroupé plus de 33 000 patients âgés de plus de 55 ans suivis pendant cinq ans en moyenne. Son objectif était de comparer les anciennes aux nouvelles classes d'antihypertenseurs sur la morbi-mortalité coronarienne. La conclusion principale est que les **diurétiques de type thiazidique sont aussi efficaces que les autres classes pour prévenir les complications cardio-vasculaires**. Ils sont aussi **les plus économiques** et devraient être préférés lors de l'instauration d'un traitement antihypertenseur.

⇒ **Les résultats de l'étude HOPE (15)** ont apporté la preuve de l'efficacité importante d'un médicament de la classe des IEC sur la protection cardio-vasculaire dans une population à haut-risque et dans la population diabétique hypertendue en particulier.

⇒ **Le traitement antihypertenseur peut être choisi pour objectif non barométrique.**

En effet, l'étude **PROGRESS** (16) a démontré que le traitement antihypertenseur est efficace dans la **prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux**, y compris chez des patients non hypertendus.

Ancienneté du traitement

♦ **Les patients hypertendus confirmés de l'enquête bénéficient presque tous d'un traitement antihypertenseur.**

Près de 40 % de ces patients n'avaient pas indiqué de traitement à visée antihypertensive au deuxième examen de santé réalisé au CMP pour la Cohorte Stanislas entre fin 1998 et fin 2000, ce qui est en faveur de l'instauration récente du traitement antihypertenseur.

Cette notion est confirmée par les réponses au questionnaire sur l'ancienneté de mise en route du traitement antihypertenseur. On retrouve la même proportion d'environ 40 % de patients traités depuis moins de cinq ans.

Posologie du traitement

Le nombre de comprimés et de prises quotidiennes sont des éléments importants de l'**adhésion au traitement** pour tout patient atteint d'une affection chronique. Plus on prend de médicaments, plus il est difficile de suivre correctement son traitement. La contrainte de plusieurs prises quotidiennes et le nombre important de comprimés majorent le risque d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses. Ce sont autant d'obstacles au suivi régulier de la prescription.

♦ **Dans l'enquête, une personne hypertendue prend en moyenne 3.3 comprimés par jour pour se soigner, toutes pathologies confondues.** Cependant le questionnaire ne permet pas de connaître la posologie précise des médicaments antihypertenseurs pris par les patients.

⇒ **M.G MYERS (17) a étudié les facteurs responsables du manque d'observance des patients hypertendus.** Il préconise différents moyens pour améliorer ce problème.

Selon lui, l'utilisation de schémas thérapeutiques simples est un facteur d'adhésion au traitement à long terme.

Des molécules de longue durée d'action sont disponibles pour chaque classe médicamenteuse. **Elles autorisent une seule prise quotidienne.** Le médecin doit les prescrire le plus souvent possible à ses patients. Le choix du traitement est un élément essentiel.

♦ **Dans l'enquête, un patient hypertendu traité sur deux bénéficie d'une monothérapie,** c'est un élément favorable au suivi régulier du traitement.

Comme nous l'avons précisé, l'instauration du traitement antihypertenseur est récente chez 40 % des patients, ce qui peut expliquer en partie la fréquence d'utilisation de la monothérapie.

⇒ L'échec d'une monothérapie doit conduire à la modification du médicament ou à l'adjonction d'une seconde molécule (10).

⇒ Le but principal du traitement est d'atteindre les **objectifs de pression artérielle inférieurs à 140/90 mm Hg** (6,7).

Les combinaisons médicamenteuses

⇒ Pour parvenir aux objectifs tensionnels, il est souvent indispensable de **recourir à des combinaisons médicamenteuses** (10), particulièrement chez les patients âgés, chez les diabétiques et chez les patients traités depuis de nombreuses années.

♦ **Dans l'enquête, près de 40% des patients hypertendus bénéficient d'une bithérapie** afin d'équilibrer la pression artérielle.

Par ailleurs, il apparaît que le nombre de molécules n'est pas corrélé à l'ancienneté de mise en route du traitement.

Enfin, seulement un patient sur dix bénéficie d'une tri ou quadrithérapie parmi les sujets hypertendus confirmés de l'enquête.

⇒ De nombreuses études ont confirmé l'efficacité des combinaisons médicamenteuses afin d'améliorer le contrôle de la pression artérielle des patients hypertendus.

⇒ **L'association de plusieurs molécules d'action différente** augmente les chances d'équilibrer les patients hypertendus (10).

De plus, recourir à une telle association permet de diminuer la dose de chacune des molécules données en monothérapie et améliore ainsi la tolérance, en diminuant le risque d'effets secondaires (10).

⇒ **L'étude HOT (18)** est très informative à ce sujet. Cet essai clinique a regroupé 19 000 malades hypertendus et révélé qu'il était **possible de normaliser la pression artérielle chez la plupart des patients en utilisant des combinaisons médicamenteuses**. En effet, les patients qui atteignaient les chiffres de pression artérielle diastolique les plus bas sont ceux qui recevaient le plus de médicaments.

⇒ **Selon X.GIRERD (19)**, l'association de médicaments à action synergique ou "stratégie des deux paniers" est nécessaire pour optimiser l'efficacité thérapeutique chez les patients non équilibrés par une monothérapie.

Les combinaisons raisonnées sont les suivantes : diurétique + IEC, diurétique + ARA II, diurétique + β -bloquant, mais aussi inhibiteur calcique + IEC, inhibiteur calcique + ARA II ou inhibiteur calcique + β -bloquant.

Afin de simplifier les schémas thérapeutiques, il existe **des médicaments associant deux molécules à doses fixes**.

♦ **Dans l'enquête, environ 30 % des patients hypertendus sont traités par ce type d'associations**, particulièrement les patients sous tri et quadrithérapie.

⇒ **Les médicaments associant deux molécules à doses fixes (10) sont de plus en plus utilisés dans le traitement de l'HTA**. Ces médicaments pris une fois par jour sont à la fois efficaces et bien tolérés. Ils ont un effet positif sur l'observance à long terme, donc améliorent la protection à l'égard des complications de la maladie.

Causes de modification du traitement

♦ Dans l'enquête, le traitement antihypertenseur a été modifié chez la moitié des hypertendus traités.

Deux causes principales ont entraîné la modification du traitement selon les répondants. **Le manque d'efficacité et les effets indésirables des médicaments.**

Le manque d'efficacité des médicaments est évalué par la mesure la pression artérielle et justifie la modification du traitement.

Les effets indésirables sont rapportés par le patient au médecin prescripteur et peuvent justifier la modification du traitement.

5. L'observance et l'adhésion au traitement antihypertenseur

L'observance ou la compliance est le strict respect des prescriptions du médecin et des consignes de traitement (20).

L'adhésion est la capacité du patient à adopter une démarche active, à faire sien le traitement et à en devenir partie prenante (20).

♦ D'après les réponses à l'enquête, seulement 20% des personnes hypertendues traitées déclarent oublier le traitement prescrit, et ceci moins d'une fois par mois.

C'est un chiffre très bas et l'on peut se demander s'il correspond à la réalité. Il existe probablement un décalage entre l'observance perçue, l'observance déclarée et l'observance réelle.

⇒ Selon GT.McInnes (21), seulement 30 % des patients suivent le traitement antihypertenseur avec assiduité et 30 % des patients ne prennent jamais leurs médicaments.

⇒ Selon E.SHAW (22), plus de 80 % d'observance au traitement est nécessaire pour que le traitement prescrit apporte les bénéfices attendus.

6. Mesure de l'observance thérapeutique

⇒ **J.M MALLION** (23) décrit différentes méthodes d'évaluation de l'observance :

- les dosages pharmacologiques plasmatiques et urinaires.
- les mesures cliniques basées sur le jugement du médecin telles que l'assiduité, la ponctualité aux consultations et l'utilisation de questionnaires d'observance.
- les mesures physiques telles que la vérification du renouvellement des prescriptions, le comptage des comprimés et l'utilisation de piluliers.

Les dosages pharmacologiques semblent être la méthode la plus fiable, mais elle est difficile à utiliser dans la pratique quotidienne (23).

En pratique, lorsqu'un nouveau traitement instauré chez un patient n'apporte pas l'efficacité attendue, le médecin peut se demander s'il s'agit d'un manque d'observance ou d'une non-réponse au traitement. Malheureusement, il lui est souvent difficile de le savoir en l'absence d'outil de mesure de l'observance thérapeutique. Dans le doute, il prendra l'option de la non-réponse thérapeutique, ce qui l'amènera à augmenter les doses ou à changer le traitement, parfois inutilement.

⇒ **C'est dans ce contexte que M.BURNIER** (24) a développé dans son service un projet de recherche clinique. Il a utilisé des **piluliers électroniques** pour mesurer l'observance thérapeutique des patients hypertendus. Grâce à ce dispositif, des problèmes importants d'observance ont été décelés chez la moitié des patients. Ces patients peu observants ont été satisfaits de l'aide apportée par le pilulier électronique.

L'avantage majeur de cet appareil est qu'il fournit des données réelles, obtenues avec l'aide du patient. De plus, les résultats peuvent être imprimés sous la forme d'un calendrier et d'une chronologie des doses prises.

Le fait de pouvoir mesurer l'observance thérapeutique permet de prendre les bonnes décisions thérapeutiques.

7. Les facteurs qui diminuent l'adhésion au traitement antihypertenseur

⇒ Selon **B.WAEBER** (25), les facteurs qui diminuent l'adhésion au traitement antihypertenseur sont l'oubli, le manque d'efficacité des médicaments ou la survenue d'effets indésirables. L'attitude des patients et des médecins jouent un rôle moins connu mais certain.

Les effets indésirables des médicaments

⇒ Selon **J.M. MIGUEL** (26), 44 % de patients hypertendus rapportent des effets secondaires gênants liés au traitement.

De nombreux patients ont des réticences à utiliser des médicaments alors qu'ils ne se sentent pas malades (17). L'hypertension est souvent une maladie asymptomatique alors que les médicaments peuvent être à l'origine d'effets indésirables gênants (17).

Oubli du traitement

⇒ **R. DUSING** (27) a utilisé des questionnaires standardisés pour analyser l'adhésion au traitement antihypertenseur. Ils ont été envoyés à la fois aux patients et aux médecins.

Il est apparu que **l'oubli des médicaments était la cause essentielle qui diminuait l'observance** des patients au traitement antihypertenseur.

Par ailleurs, les médecins avaient tendance à sous-estimer le manque d'observance des patients.

Les attitudes négatives des patients et des médecins

Le médecin doit prendre en considération les attitudes négatives des patients.

De nombreuses personnes manifestent de l'hostilité au fait de prendre des médicaments (17). Le fait d'avoir connaissance des possibles effets indésirables liés à un traitement peut aussi constituer un frein à son utilisation.

Par ailleurs, le prescripteur doit être conscient de son parti pris par rapport à certains médicaments et particulièrement en ce qui concerne les anciens médicaments (17).

Le médecin doit prescrire les médicaments en respectant les recommandations et les conférences de consensus (17).

8. Comment améliorer l'observance et l'adhésion au traitement ?

L'observance ne se limite pas au simple respect des prescriptions médicamenteuses. Une bonne observance consiste à suivre les conseils diététiques et d'activité physique préconisés par le médecin. C'est aussi se rendre régulièrement aux consultations médicales et réaliser les examens complémentaires prescrits.

Différents moyens peuvent être associés pour améliorer l'observance et l'adhésion du patient à son traitement.

Des médicaments simples d'utilisation

Actuellement on dispose de **molécules de longue durée d'action** dans les principales classes d'agents antihypertenseurs qui autorisent une seule prise quotidienne (17). Leur utilisation est largement recommandée pour faciliter le suivi du traitement.

Des médicaments efficaces et bien tolérés

Les médecins doivent respecter les recommandations des experts et prescrire à leurs patients des **médicaments efficaces** (17).

La prescription de **molécules bien tolérées** est essentielle **pour améliorer l'observance** thérapeutique. En effet, le sentiment de bien-être du patient peut être altéré par les effets indésirables des médicaments.

⇒ **D'après G.H. WILLIAMS (28)**, le patient est souvent plus sensible à la dégradation de sa qualité de vie qu'à l'efficacité des médicaments antihypertenseurs, ce qui peut le conduire à ne pas prendre son traitement. L'utilisation de molécules bien tolérées s'avère indispensable.

L'auto-mesure de la pression artérielle

L'auto-mesure tensionnelle avec un appareil automatique à domicile permet au patient de s'impliquer dans la gestion de sa maladie et de s'assurer de l'efficacité du traitement antihypertenseur.

Le patient note les valeurs tensionnelles sur un carnet ou les imprime si l'appareil le permet et peut discuter des chiffres avec son médecin traitant lors de la consultation.

♦ Dans l'enquête, environ 20 % des hypertendus réalisent des auto-mesures tensionnelles avec un appareil automatique.

Une enquête téléphonique a permis de savoir que les patients n'utilisent aucun protocole de mesure.

⇒ **R.ASMAR (29) et L.VAUR (30) ont établi un protocole d'auto-mesure de la pression artérielle.**

Il est nécessaire d'obtenir un nombre suffisant de mesures pour diminuer la variabilité.

Il peut être proposé :

- deux mesures par jour : une entre le lever et le petit déjeuner, l'autre entre le dîner et le coucher.
- sept jours d'auto-mesures tensionnelles avec le recueil de trois mesures à chaque séance.

Ces mesures doivent s'effectuer à l'aide d'appareils validés par la British Society of Hypertension ou la Société Française d'HTA.

L'auto-mesure tensionnelle est un facteur essentiel de l'adhésion du patient au traitement.

Les piluliers électroniques

⇒ **L'étude M.BURNIER (24) a montré que l'utilisation de piluliers électroniques était un bon moyen pour améliorer la mesure et le suivi de l'observance thérapeutique.**

Une bonne communication médecin-patient

La bonne relation entre le médecin et son patient est indispensable (25). Le médecin doit prendre le temps d'expliquer au patient avec des mots simples, ce qu'est la pression artérielle et les risques liés à la maladie hypertensive.

⇒ Le dialogue entre le médecin et son patient est élément fondamental. Il permet au médecin d'appréhender les convictions du patient et son comportement face à la maladie hypertensive et au traitement.

Pour améliorer l'adhésion du patient au traitement antihypertenseur, il est important de former une alliance thérapeutique qui permet de détecter les difficultés du patient. Pour cela, la communication médecin-patient est d'une importance capitale (31).

Le médecin joue un rôle majeur dans l'accès à l'information sur la maladie. La consultation est l'occasion de répéter les conseils de prévention adaptés au patient.

L'information du patient est nécessaire pour améliorer son adhésion au traitement.

Une meilleure formation et implication des médecins généralistes

Il est nécessaire d'améliorer la formation du médecin généraliste sur l'évolution des traitements et des recommandations thérapeutiques. Pour y parvenir, il convient de favoriser la formation médicale continue.

Par ailleurs une plus grande implication et motivation du médecin est indispensable pour améliorer la prise en charge des patients et parvenir aux objectifs thérapeutiques.

Les questionnaires d'observance

⇒ **X.GIRERD (32) a mis au point un questionnaire pour dépister les difficultés d'observance au traitement antihypertenseur.**

Il s'agissait de compléter un auto-questionnaire à dix réponses fermées (oui/non) sur les circonstances de la prise des traitements, il était rempli par le patient avant la consultation médicale. Lors de la consultation, le patient rendait l'auto-questionnaire complété.

Le médecin posait alors cinq questions ouvertes, de façon directive, sur l'observance des trois mois précédents (sans avoir pris connaissance du résultat de l'auto-questionnaire). Ensuite on comparait les réponses entre les deux questionnaires.

Environ 10 % des patients avaient une mauvaise observance et près de 25 % des patients présentaient un minime problème d'observance.

Impliquer des infirmières

Le fait d'impliquer d'autres professionnels de santé comme les infirmières serait souhaitable pour améliorer le suivi du traitement. Leur but serait de vérifier que les patients prennent leurs médicaments régulièrement et appliquent les conseils de prévention (17).

⇒ L'intervention d'infirmières spécialisées à domicile permet d'améliorer le suivi des patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique (33). Elles insistent sur les conseils diététiques et l'exercice physique, réalisent certaines vaccinations (pneumocoque, grippe), vérifient le respect des prescriptions médicamenteuses. Ces moyens simples permettent d'éviter de nombreuses hospitalisations, parce qu'ils sont prodigués par un personnel spécialisé, au domicile des patients.

Consultations d'observance

Dans certains services spécialisés dans le suivi des patients séropositifs au VIH, des consultations d'observance ont été mises en place pour dépister les difficultés dans le suivi des traitements. Pourquoi ne pas envisager ce type de consultations pour les patients hypertendus, d'autant qu'ils sont souvent traités pour des pathologies concomitantes.

9. Maladies concomitantes

♦ **Dans l'enquête, près des deux tiers des patients hypertendus sont traités pour une ou plusieurs affection(s) chronique(s) concomitante(s).**

Près de **40% des hypertendus** de l'enquête présentent une **hyperlipidémie (HLP)**.

L'HLP est l'affection associée la plus fréquente.

L'association HTA-HLP est délétère car elle potentialise le risque cardio-vasculaire des patients hypertendus (9).

⇒ Le traitement de l'HTA et de l'HLP diminue la morbi-mortalité cardio-vasculaire (34).
D'après E.BATTEGAY, le fait d'avoir conscience des facteurs de risque cardio-vasculaire est associée à un meilleur contrôle de ces facteurs chez les patients (34).

♦ **Presque 10 % des hypertendus de l'enquête présentent un diabète.**

Les objectifs de pression artérielle sont plus stricts chez les sujets diabétiques, la pression artérielle doit être inférieure à 140/80 mmHg, selon les recommandations ANAES 2000 (7).

♦ Lors du deuxième examen de santé du CMP pour la Cohorte Stanislas,
les deux tiers des patients hypertendus présentaient un surpoids avec un IMC >27.

Il est peu probable que le surpoids constaté lors du deuxième examen de santé soit normalisé cinq ans plus tard au moment de l'enquête.

L'association HTA - HLP - surcharge pondérale est donc très fréquente chez un même patient dans le groupe des patients hypertendus de l'enquête.

⇒ **Une étude dirigée par R.Asmar (9) rapporte la prévalence des principaux facteurs de risque cardio-vasculaire et leur association chez un même patient.**

Les principaux facteurs de risque sont l'**hypercholestérolémie** (2/3 des sujets), puis viennent l'**hypertension artérielle** (44% chez l'homme) et la **surcharge pondérale** (47% chez l'homme). Suivent enfin le **tabagisme** (28% chez l'homme) et le **diabète** (3% chez l'homme).

L'association de deux ou trois facteurs de risque cardio-vasculaire est présente chez plus d'un homme sur deux après 50 ans (9).

10. Consultations chez le médecin traitant

♦ **La plupart des patients hypertendus de l'enquête (70 %) consultent leur médecin traitant tous les deux mois.**

La consultation avec le médecin traitant est le **moment privilégié** pour évoquer les difficultés éventuelles dans le suivi du traitement, ou les effets indésirables des médicaments.

Le traitement doit être modifié par le médecin si les objectifs de pression artérielle ne sont pas atteints ou si le traitement est mal toléré.

La consultation médicale est aussi l'occasion de permettre au patient de s'exprimer sur le vécu de sa maladie .

11. Symptômes liés à l'HTA

♦ **Près du tiers des individus hypertendus de l'enquête ressentent des symptômes liés à l'HTA.**

Certains patients ressentent des bouffées de chaleur, des céphalées, une dyspnée ou d'autres symptômes mais ne précisent pas lesquels.

L'HTA est une maladie asymptomatique pour les deux tiers des personnes hypertendues de l'enquête.

⇒ Une étude suédoise dirigée par K.I KJELLGREN (35) a montré que plus de **50 % des hypertendus rapportent spontanément des symptômes liés à l'HTA**. Les plus fréquents sont les vertiges et les céphalées. En outre, si on pose des questions précises aux patients hypertendus, plus de 80 % d'entre eux rapportent des symptômes en rapport avec la maladie ou avec le traitement.

Le traitement antihypertenseur diminue la fréquence et l'intensité des symptômes reliés à la maladie mais entraîne l'apparition d'autres symptômes en raison des effets secondaires des médicaments.

12. Perception de la maladie hypertensive

♦ **La plupart des personnes interrogées par l'enquête considèrent l'hypertension comme une maladie grave.**

Il n'existe pas de différence de perception entre les patients hypertendus et les sujets non hypertendus.

♦ **La question de l'enquête sur la possibilité de guérir de l'HTA montre une différence de perception entre les patients des deux groupes.**

La moitié des patients non hypertendus pensent que l'on peut guérir de la maladie, alors ils ne sont qu'un tiers dans le groupe des hypertendus confirmés.

Les patients hypertendus bénéficient d'un traitement quotidien à vie, ils devraient tous savoir que la guérison est impossible.

♦ **Le document annexe au questionnaire recueille des témoignages sur le ressenti de la maladie : " Pour vous, qu'est-ce que l'hypertension artérielle ?"**

La plupart des réponses proviennent des patients hypertendus traités.

Plusieurs patients évoquent le stress comme le responsable de l'HTA. Il est possible que le stress ait une influence momentanée sur la pression artérielle mais il n'est jamais responsable de la maladie hypertensive.

L'HTA apparaît mystérieuse parce qu'elle est une maladie silencieuse pendant des années.

♦ **Peu de patients ayant répondu au questionnaire connaissent les valeurs cibles de la pression artérielle.** Tous les patients devraient savoir que la pression artérielle normale doit être inférieure à 140/90 mmHg (6,7).

♦ **De nombreuses personnes ignorent les complications redoutables liées à l'hypertension.**

⇒ **Une étude finlandaise (36)** analyse les problèmes que ressentent les patients hypertendus par rapport à leur maladie et à leur traitement.

Le problème majeur est le manque de motivation pour le suivi médical dans 72 % des cas. Les deux tiers des patients ont des difficultés à accepter leur maladie.

Près de 63 % ont une attitude négligente par rapport à leur hypertension. Environ 56 % des hypertendus se considèrent peu informés sur leur maladie. Enfin 33 % des sujets se sentent désespérés en raison des troubles sexuels liés au traitement et du manque de soutien par le personnel soignant.

13. Moyens de prévention de l'HTA

Afin d'évaluer les connaissances des patients interrogés par l'enquête, la question qui concerne les moyens de prévention connus de l'HTA est une question ouverte.

♦ **Seulement 60 % des sujets interrogés lors de cette enquête connaissent un moyen non médicamenteux** pour prendre en charge l'hypertension ou éviter l'apparition de la maladie. Il n'existe pas de différence significative entre les réponses des patients des deux groupes.

Les réponses les plus fréquentes sont **l'activité physique et le régime amaigrissant**.

Environ deux tiers des patients déclarent qu'ils utilisent les moyens préventifs cités. Le manque de temps est parfois évoqué pour justifier la non-utilisation des moyens de prévention.

La prévention des facteurs de risque est un élément fondamental afin de réduire la fréquence des maladies cardio-cérébro-vasculaires.

L'HTA est un facteur de risque majeur souvent associé à d'autres facteurs de risque cardiovasculaire comme le tabac, l'hypercholestérolémie, le diabète, la surcharge pondérale et la sédentarité (9).

Ces facteurs sont susceptibles d'être prévenus en partie par la modification des comportements et des habitudes alimentaires.

⇒ **L'essai clinique DASH (37)** a étudié l'effet de certaines mesures diététiques sur la baisse de la pression artérielle et l'amélioration de la qualité de vie des patients.

L'alimentation riche en fruits et légumes et en produits laitiers allégés diminue la pression artérielle, et améliore le sentiment de bien-être et la qualité de vie des patients.

A long terme ce type de régime alimentaire diminuerait le risque d'affections cardiovasculaires.

⇒ **L'étude DASH-Sodium (38)** a confirmé l'action bénéfique d'une réduction de l'apport sodé chez les patients hypertendus et chez les sujets normotendus.

⇒ **L'étude TONE (39)** a montré que la restriction sodée (apport ≤ 1.8 g/jour) et/ou un régime amaigrissant (réduction pondérale de 3,9 kg) avaient un impact sur la baisse de la pression artérielle chez les sujets âgés.

14. Sources d'information sur l'HTA

♦ **D'après les réponses à l'enquête, le médecin de famille est la source privilégiée d'information sur l'HTA pour les patients.**

Cependant, de nombreux patients souhaiteraient être davantage informés sur les valeurs cibles de la pression artérielle, les médicaments et leurs effets secondaires, les complications à long terme de la maladie hypertensive et les moyens de prévention.

L'information sur la maladie est un enjeu essentiel. Il est probable que l'on se soigne plus volontiers quand on est informé et sensibilisé aux risques d'une maladie.

⇒ **Une étude grecque expérimentale dirigée par M. SAOUNATSOU (40)** montre qu'il existe **une corrélation positive entre le nombre d'années d'études des patients et le suivi du traitement antihypertenseur.** Par ailleurs lorsqu'un programme d'éducation des patients est mis en place par des infirmières cela améliore significativement l'observance au traitement antihypertenseur.

Le développement des moyens d'information comme les revues médicales, les émissions de radio et TV ou les sites Internet dédiés à la santé, permettent de sensibiliser la population sur les problèmes de santé publique et sur la maladie.

L'Assurance-Maladie et le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) (41) organisent des campagnes grand public d'information et de sensibilisation sur l'HTA.

15. Associations de patients hypertendus

Aucun patient de cette enquête ne fait partie d'une association de patients hypertendus.

L'Association de Cardiologie de Lorraine dépend de la Fédération Française de Cardiologie. Elle a mis en place treize clubs "cœur et santé" dans notre région. Les patients qui présentent une hypertension peuvent s'y informer. Différentes activités telles que la marche et l'aquagym sont organisées dans le cadre d'une rééducation après un accident vasculaire cérébral ou un infarctus du myocarde.

16. Organismes de lutte contre l'hypertension

Le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle (CFLHTA) est une association régie par la loi 1901 (42).

Ses buts sont de mieux faire connaître les problèmes de l'hypertension artérielle au grand public et plus particulièrement au corps médical, et d'entreprendre des actions de formation et d'information.

Depuis 1999, le CFLHTA organise les Journées Nationales de Lutte contre l'Hypertension Artérielle.

Le CFLHTA édite des documents à destination des médecins et des patients hypertendus, organise des réunions d'information. Il existe un site Internet sur lequel les patients peuvent trouver de nombreux conseils pratiques relatifs à la maladie et au traitement.

17. Conclusion

Les personnes ayant répondu à l'enquête sont suivies au sein de la Cohorte Stanislas et bénéficient de bilans de santé tous les cinq ans. Par ailleurs, près de 60 % de ces personnes sont actuellement hypertendues traitées. Elles sont à la fois informées en matière de santé et sensibilisées au problème de l'hypertension artérielle.

Pourtant, un nombre important d'individus ignorent ou sous-estiment la gravité de la maladie. En effet, les chiffres cibles de la pression artérielle, la prévention et les complications de la maladie hypertensive restent largement méconnues chez ces patients.

V. CONCLUSION

Le rôle du médecin généraliste est essentiel dans la prise en charge de l'hypertension artérielle. Il représente la principale source d'information pour les patients. Il doit les sensibiliser à la maladie et leur expliquer les bénéfices d'un traitement.

Les consultations médicales sont l'occasion de promulguer des conseils de prévention simples et individualisés. Le médecin ne doit pas se contenter de mesurer la pression artérielle et de renouveler le traitement des patients hypertendus. Ceci nécessite **conviction et détermination de la part du médecin**. Pour parvenir aux objectifs thérapeutiques, **la motivation du patient est largement liée à la motivation du médecin**.

Différents moyens peuvent être mis en oeuvre par le médecin pour améliorer le suivi des personnes hypertendues. Le fait d'**impliquer davantage le patient** dans la gestion de sa maladie en développant l'auto-mesure tensionnelle, l'utilisation de médicaments à prise quotidienne unique et bien tolérés, de piluliers électroniques et de questionnaires d'observance, sont des éléments favorisant l'adhésion au traitement antihypertenseur.

L'amélioration de la prise en charge de l'hypertension artérielle nécessite une prise en charge globale des facteurs de risque cardio-vasculaire. A l'instar d'autres affections chroniques, une approche éducative multidisciplinaire (multi-acteurs, multi-factorielle et multi-dimensionnelle) s'avère indispensable. L'étude PAPHYRUS* qui va débiter, a pour objectif principal d'évaluer l'efficacité de ce type d'approche.

* (Programme d'Amélioration de la Prise en charge de l'hYpertension artérielle et des facteurs de Risque Usuels associés en Soins de ville.)

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. POSTEL-VINAY, N. Impressions artérielles. 100 ans d'hypertension 1896-1996. Paris : Maloine / Imothep 1995.
2. CHAMONTIN, B. Hypertension artérielle de l'adulte : Epidémiologie, étiologie, physiopathologie, diagnostic, évolution, pronostic. Traitement de l'hypertension artérielle essentielle. *Rev Prat* 2001. 51 (15) : p. 1697-713.
3. KRZESINSKI, J.-M. Epidémiologie de l'hypertension artérielle. *Rev Med Liege* 2002. 57(3) : p. 142-7.
4. ZANNAD, F. The potential advantages of a modern antihypertensive therapy in the elderly. *J Cardiovasc Pharmacol* 2000. 35 (3 Suppl 1) : p. 19-23.
5. AUBRY, C. Les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires observés au cours des examens périodiques de santé. *La vie la santé* 2002. 21 : p. 7-8.
6. Guidelines subcommittee. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999. 17 : p. 151-83.
7. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Recommandations cliniques et données économiques. Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 2000. Internet : [http:// www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)
8. ZANNAD, F. L'HTA, premier pourvoyeur de maladie cardio-vasculaire. *La vie la santé* 2000. 15 : p. 3.
9. ASMAR, R., VOL, S., PANNIER, B., BRISAC, A.-M., TICHET, J., EL HASNAOUI, A. High blood pressure and associated cardiovascular risk factors in France. *J Hypertens* 2001. 19 : p. 1727-32.
10. WAEBER, B. Le traitement de l'HTA : une simple routine ? *Arch Mal Cœur Vaiss* 2002. 95 : n° spécial 6 : p. 3-6.

11. ASMAR, R. MAPA et rigidité artérielle. *Arch Mal Cœur Vaiss Prat* 2001. 99 : p. 19.
12. SAFAR, M. Pression pulsée et rigidité artérielle. *Rev med interne* 2002. 23 : p.741-4.
13. HARALABOS, P. GAVRAS. Issues in Hypertension : Drug Tolerability and Special Populations. *Am J Hypertens* 2001. 14 : p. 231S-6S.
14. The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group.
Major Outcomes in High-Risk Hypertensive Patients Randomized to Angiotensin- Converting Enzyme Inhibitor or Calcium Channel Blocker vs Diuretic. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA* 2002. 288 : p. 2981-97.
15. SCHEEN, A.J. L'étude HOPE : démonstration de la protection cardio-vasculaire du ramipril, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. *Rev Med Liege* 1999. 54 (10) : p.835-6.
16. PROGRESS Collaborative Group. Randomized trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001. 358 : p. 1033-41.
17. MYERS, MG., MD. Compliance in hypertension: Why don't patients take their pills? *JAMC* 1999. 160 (1): p. 64-5.
18. HANSSON, L., ZANCHETTI, A., CARRUTHERS, SG. et al.
Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension : principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. *Lancet* 1998. 351 : p. 1755-62.
19. GIRERD, X. Stratégie des deux paniers. *Impact Med* 2003. 23: p.34-5.
20. DELFRAISSY, JF. Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2002. Paris : Médecine Sciences Flammarion 2002.

21. MCINNIS, GT. Integrated approaches to management of hypertension: promoting treatment acceptance. *Am Heart J* 1999. 138 : p. 252-5.
22. SHAW, E. ANDERSON, JG. MALONEY, M. JAY, SJ. FAGAN, D. Factors associated with noncompliance of patients taking antihypertensive medications. *Hosp Pharm* 1995. 30 (3): p. 201-3 : p. 206-7.
23. MALLION, J.M. SCHMITT, D. Patient compliance in the treatment of arterial hypertension. *J Hypertens* 2001. 19 (12) : p. 2281-3.
24. BURNIER, M. SANTOSCHI, V. FALLAB-STUBI, C-L. CHIOLERO, A. SCHNEIDER, M-P. FAVRAT, B. Hypertension – Observance thérapeutique : de l'impression du médecin à la télémétrie. *Rev med Suisse romande* 2002. 122 : p. 467-70.
25. WAEBER, B. BURNIER, M. BRUNNER, HR. How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? *J Cardiovasc Pharmacol* 2000. 35 (Suppl 3): p. 23-6.
26. MIGUEL, JM. MAGALHAES, E. DE OLIVEIRA, AG. The adverse effects of antihypertensive therapy : the perception of patients. *Rev Port Cardiol* 1999. 18 (2) : p. 123-30.
27. DUSING, R. WEISSER, B. MENGDEN, T. VETTER, H. Changes in antihypertensive therapy – the role of adverse effects and compliance. *Blood Press* 1998. 7: p. 313-5.
28. WILLIAMS, G.H. Assessing Patient Wellness : New Perspectives on Quality of Life and Compliance. *AJH* 1998. 11: p. 186s-91s.
29. ASMAR, R. ZANCHETTI, A. Guidelines for the use of self blood pressure monitoring : a summary report of the first international consensus conference. *J Hypertens* 2000. 18 (5) : p. 493-508.
30. VAUR, L. *BP Monitoring* 1998. 3 : p.107-14.

31. SVENSSON, S et al. Reasons for adherence with antihypertensive medication. *Int J Cardiol* 2000. 76 : p. 157-63.

32. 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 : p. 1044-8.

33. BLUE, L. LANG, E. MCMURRAY, JJV et al.
Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ* 2001. 323 : p. 715-8.

34. BATTEGAY, E. GASCHE, A. ZIMMERLI, L. MARTINA, B. GYR, N. KELLER, U. Risk factor control and perceptions of risk factors in patients with coronary heart disease. *Blood Press* 1997. 1 : p. 17-22.

35. KJELLGREN, K. I AHLNER, J. DAHLOF, B. GILL, H. HEDNER, T. SALJO, R. Perceived symptoms amongst hypertensive patients in routine clinical practice – a population-based study. *J Intern Med* 1998. 244 : p. 325-32.

36. JOKISALO, E. KUMPUSALO, E. ENLUND, H. TAKALA, J. Patients' perceived problems with hypertension and attitudes towards medical treatment. *J Hum Hypertens* 2001. 15 (11) : p. 755-61.

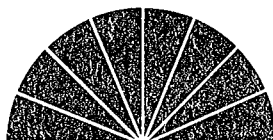
37. PLAISTED, CS. LIN, PH. ARD, JD. MCCLURE, ML. SVETKEY, LP.
The effects of dietary patterns on quality of life : a substudy of the Dietary Approaches to Stop Hypertension trial (DASH). *J Am Diet Assoc* 1999. 99 (8 Suppl) : p. 84-9.

38. DASH-Sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH). *N Engl J Med* 2001. 344 : p.3-10.

39. TONE Collaborative Research Group. Sodium Reduction and Weight loss in the treatment of Hypertension in older Persons. A randomized Controlled trial of Non-pharmacologic interventions in the Elderly (TONE). *JAMA* 1998. 279 : p.839-846.

40. SAOUNATSOU, M. PATSI, O. FASOI, G. et al. The Influence of the Hypertensive Patient's Education in Compliance with their Medication. *Public Health Nursing* 2001. 18 (6) : p. 436-42.
41. Comité Français d'Education pour la Santé (CFES).
Internet : [http:// www.cfes.sante.fr](http://www.cfes.sante.fr)
42. Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle (CFLHTA)
Internet : [http:// www.comitehta.org](http://www.comitehta.org)

VII. ANNEXES



CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE
EVALUATION SANTE

Suites d'Examen de Santé
03 83 44 87 38

Vandœuvre, 22/10/02

Monsieur,

A l'occasion d'un de vos examens de santé au C.M.P. (Cohorte Stanislas), il est apparu une hypertension artérielle.

Nous aimerions savoir où vous en êtes à ce sujet, c'est pourquoi nous réalisons une enquête par questionnaire. Merci de prendre quelques minutes pour y répondre et de le retourner à l'aide de l'enveloppe pré-affranchie ci-jointe.

Nous avons également joint une feuille annexe où vous pourrez exprimer, si vous le souhaitez, votre ressenti sur cette maladie.

L'exploitation de vos réponses, sera bien sûr anonyme afin d'assurer le secret médical et la confidentialité des informations vous concernant.

Nous vous remercions de votre participation et vous tiendrons informés des résultats de cette enquête.

S. Grillat, médecin

VOTRE HYPERTENSION ET VOUS

Ne rien inscrire ici

1. Avez-vous une hypertension artérielle confirmée ?

1. Oui ☐

2. non ☐

2. Connaissez-vous vos chiffres tensionnels ?

1. Oui ☐

2. non ☐

3. Si oui, quelle est votre tension actuelle ? (ex : 13/08) /

Si vous n'êtes pas hypertendu, passez à la question 20

4. Actuellement, suivez-vous un traitement contre l'hypertension artérielle ?

1. Oui ☐

2. non ☐

5. Si oui, : lequel :

6. depuis combien de temps : 1. ☐ < 6 mois 2. ☐ < 1 an
3. ☐ de 1 à 5 ans 4. ☐ > 5 ans

7. Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles) :

1. ☐ peur des effets indésirables 2. ☐ impression du peu d'utilité du traitement
3. ☐ contrainte du traitement quotidien 4. ☐ autres

8. Prenez-vous d'autres médicaments pour une maladie chronique ? (problème cardiaque, asthme, diabète, cholestérol élevé, arthrose, dépression...)

1. Oui ☐

2. non ☐

9. Si oui, lesquels :

10. Au total (tout traitement confondu), combien de comprimés, prenez-vous chaque jour ?
..... comprimés

11. A quelle fréquence consultez-vous votre médecin traitant ?

1. ☐ 1 fois par mois

2. ☐ tous les 2 mois

3. ☐ 2 fois par an

4. ☐ ≤ 1 fois par an

12. Si vous êtes traité pour l'hypertension artérielle, ce traitement a-t-il déjà été modifié depuis sa mise en route ?

1. Oui ☐

2. non ☐

13. Si oui, pour quelle(s) raison(s) (plusieurs réponses possibles) ?

1. ☐ traitement inefficace

2. ☐ difficultés de prise de traitement

3. ☐ effets secondaires

4. ☐ autres

14. Vous arrive-t-il de ne pas prendre votre traitement (contre l'hypertension) ?

1. Oui ☐

2. non ☐

15. Si oui, à quelle fréquence ?

1. ☐ <1 fois par mois 2. ☐ <1 fois par semaine 3. ☐ plusieurs fois par semaine

16. Si oui, pour quelles raisons (*plusieurs réponses possibles*) ?

1. ☐ oublié 2. ☐ contrainte du traitement quotidien
3. ☐ effets secondaires 4. ☐ impression du peu d'utilité du traitement
5. ☐ autres

17. Mesurez-vous vous-même votre tension artérielle avec un appareil automatique ?

1. Oui ☐ 2. non ☐

18. Ressentez-vous des symptômes liés à l'hypertension artérielle ?

1. Oui ☐ 2. non ☐

19. Si oui, lesquels (*plusieurs réponses possibles*) :

1. ☐ bouffées de chaleur 3. ☐ énervement
2. ☐ maux de tête 4. ☐ essoufflements
5. ☐ autres

20. L'hypertension artérielle est-elle une maladie grave ?

1. Oui ☐ 2. non ☐

21. En guérit-on ? 1. Oui ☐ 2. non ☐

22. Que risque-t-on lorsque la tension artérielle est trop élevée durablement ?

.....

23. Quels chiffres de tension artérielle ne devez-vous pas dépasser ? /

24. En dehors des médicaments, connaissez-vous des moyens pour éviter

l'hypertension artérielle ? 1. Oui ☐ 2. non ☐

25. Si oui, lesquels :

26. Les utilisez-vous ? 1. Oui ☐ 2. non ☐

27. Si non, pourquoi ? :

28. Avez-vous reçu des informations sur l'hypertension artérielle ?

1. ☐ Oui suffisamment 2. ☐ oui, mais de manière insuffisante 3. ☐ non

29. Si oui, par quels intermédiaires ? :

30. Sur quels points souhaiteriez-vous être davantage informé ?

31. Faites-vous partie d'une association de patients hypertendus ?

1. Oui ☐ 2. non ☐

32. Si oui, laquelle :

ANNEXE

réponse facultative

Pour vous qu'est-ce que l'hypertension artérielle ?

Tableau III : RESULTATS DETAILLES DE L'ENQUETE

DETAIL DES REPONSES Pour chaque question : n = nombre de répondants			NOMBRE DE REPONSES	POURCENTAGE %
Q1 - HTA confirmée	n = 103	O	58	56,3
		N	45	43,7
Q2 - Connaissance des chiffres de PA	n = 103	O	94	91,3
		N	9	8,7
Q3 - Vos chiffres de PA (mmHg)	systolique n = 94			
	110-125		22	23,4
	130-138		35	37,2
	140-145		30	31,9
	150-160		6	6,4
	180		1	1,1
	diastolique n = 92			
	50-70		17	18,5
	80-85		56	60,9
	90-91		14	15,2
	100-120		5	5,4
Les questions 4 à 19 ne s'adressent qu'aux hypertendus confirmés				
Q4 - Suivi d'un traitement antihypertenseur	n = 58	O	56	96,6
		N	2	3,4
Q5 - Connaissance du nom des médicaments	n = 56	O	54	96,4
		N	2	3,6
Répartition des médicaments antihypertenseurs	n = 90			
inhibiteurs du SRAA (IEC + ARA II)			35	38,9
inhibiteurs calciques			15	16,7
β bloquants			12	13,3
diurétiques			23	25,5
autres (centraux, α bloquants)			5	5,5
Répartition selon le nombre de molécules prescrites	n = 54			
monothérapie			27	50
bithérapie			21	38,9
dont associations à doses fixes de 2 molécules			16	29,6
trithérapie			5	5,5
quadrithérapie			3	5,5
Q6 - Ancienneté du traitement antihypertenseur	n = 55			
< 6 mois			4	7,3
< 1 an			3	5,4
1 - 5 ans			17	30,9
> 5 ans			31	56,4

Q7 - 2 réponses - analyse statistique impossible				
Q8 - Coexistence d'une maladie chronique traitée	n = 58	O	39	67,2
		N	19	32,8
Q9 - Maladie chronique traitée concomitante chez les hypertendus	n = 58			
maladie cardio-cérébro-vasculaire			11	19
diabète			5	8,6
HLP			23	39,6
arthrose			7	12,1
troubles anxio-dépressifs			5	8,6
autres			14	24,1
(problèmes veineux, digestifs, AINS, antalgiques...)				
Q10 - Nombre de comprimés par jour	n = 55			
moyenne comprimé /personne = 3,3	1 cp		14	25,5
s = 2,5	2 cp		13	23,6
	3 cp		9	16,4
	≥ 4 cp		19	34,5
Q11 - Fréquence des consultations chez le médecin traitant	n = 57			
1fois / mois			7	12,3
tous les 2 mois			41	71,9
2 fois / an			7	12,3
≤ 1 consult /an			2	3,5
Q12 - Modification du traitement antihypertenseur	n = 56	O	26	46,4
		N	30	56,6
Q13 - Causes de cette modification	n = 26			
inefficacité			14	53,9
effets secondaires			10	38,5
difficultés de prise			0	0
autres			2	7,7
Q14 - Traitement antihypertenseur non suivi	n = 56	O	11	19,6
		N	45	80,4
Q15 - Fréquence de non prise du traitement	n = 11			
< 1 fois / mois			9	81,8
< ou = 1 fois / semaine			2	18,2
> 1 fois / semaine			0	0
Q16 - Causes de non prise du traitement	n = 10			
oubli			10	100
contrainte			0	0
effets secondaires			0	0
peu utile			0	0
autres			0	0

Q17 - Automesure de la PA	n = 58	O	11	18
		N	47	81
Q18 - Symptômes ressentis liés à l'HTA	n = 58	O	18	31
		N	40	69
Q19 - Lesquels	n = 58			
bouffées de chaleur			4	6,9
énervement			9	15,5
céphalées			9	15,5
essoufflement			6	10,3
autres			7	12,1
<i>A partir de la question 20, les questions s'adressent à tous les patients</i>				
Q20 - L'HTA est-elle une maladie grave ?	n = 101	O	90	89,1
		N	11	10,9
Q21 - En guérit-on ?	n = 96	O	37	38,5
		N	59	61,5
Q22 - Question ouverte	<i>commentaire texte</i>			
Q23 - Connaissances des valeurs de PA à ne pas dépasser				
(mmHg) systolique n = 62				
130-140			22	
150-160			25	
170-180			10	
190-220			5	
sans réponse n = 41				
diastolique n = 40				
60-90			28	
95-100			11	
120			1	
sans réponse n = 63				
Q24 - Moyens de prévention connus	n = 103	O	59	57,3
		N	44	42,7
Q25 - Lesquels				
activité physique			33	56
régime, perte de poids			40	67,8
réduction sel			9	15,3
réduction alcool			11	18,6
réduction tabac			10	17
repos			12	20,3
Q26 - Les utilisez-vous ?	n = 62	O	38	61,3
		N	24	38,7
Q27 - Question ouverte	<i>analyse statistique impossible</i>			

Q28 - Informations connues sur l'HTA	n = 103	O	61	59,2
		N	42	40,8
Q29 - Par quels intermédiaires ?	n = 61			
	médecin de famille		33	54,1
	cardiologue		5	8,2
	C.M.P. – C.P.A.M.		4	6,6
	TV – Internet		8	13,1
	presse		24	39,3
Q30 - Question ouverte	commentaire texte			
Q31 - Association d'hypertendus	n = 103	O	0	0
		N	103	100

VU

NANCY, le **20 mars 2003**

Le Président de Thèse

Professeur **F. ZANNAD**

NANCY, le **24 mars 2003**

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

Professeur **J. ROLAND**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **02 avril 2003**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**

RESUME DE LA THESE :

L'hypertension artérielle constitue un facteur de risque cardio-vasculaire fréquent. Elle touche 15 à 20 % de la population adulte et sa prévalence augmente progressivement avec l'âge. Sa prise en charge demeure insuffisante en dépit de l'efficacité incontestable du traitement antihypertenseur. Pour étudier les principales problématiques concernant la maladie hypertensive, nous réalisons une enquête auprès d'un échantillon de patients suivis au sein de la Cohorte Stanislas. Un questionnaire est adressé à 134 patients, tous hypertendus lors de leur inclusion au sein de la Cohorte Stanislas en 1994-95. Nous évaluons la prise en charge actuelle de l'hypertension artérielle et les représentations de la maladie hypertensive chez ces patients. Il apparaît que beaucoup d'individus, pourtant sensibilisés, méconnaissent les chiffres cibles de la pression artérielle, les mesures de prévention à adopter et les risques liés à la maladie hypertensive.

TITRE EN ANGLAIS :

Assumption of responsibility of arterial hypertension and representations of the hypertensive disease within the Stanislas troop. Inquire realized near 134 Lorraine patients.

THESE / MEDECINE GENERALE – ANNEE 2003

MOTS CLEFS :

Hypertension artérielle - Traitement antihypertenseur – Observance - Adhésion - Représentations de la maladie hypertensive - Information - Prévention - Cohorte Stanislas – Médecine générale.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

09, avenue de la Forêt de Haye

54505 – VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex