

## L'année cardiologique

# Quoi de neuf en hypertension artérielle ?

### Les nouvelles études disponibles en France sur les facteurs de risque cardiovasculaire

La prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) et des facteurs de risque cardiovasculaire constitue l'activité prédominante des professionnels de santé en France, en particulier en soins primaires. Selon les données de l'Assurance Maladie, les séances médicales effectuées pour le motif d'une HTA représentent 11 % de l'ensemble des séances médicales en France avec 94 % des séances effectuées par les généralistes, le reste étant essentiellement réalisé par des cardiologues. Dans leur activité globale, la prise en charge de l'HTA représente 15 % des séances de généralistes et 30 % des séances de cardiologues [1].

#### 1. Analyse des enquêtes FLAHS

L'année 2018 a été marquée par la publication de données sur l'épidémiologie des facteurs de risque cardiovasculaire et de l'HTA en France. Pour évaluer ces changements dans la prise en charge de l'HTA et des facteurs de risque, les données obtenues par les enquêtes FLAHS (*French League Against Hypertension Survey*) de 2007, 2012 et 2017 ont été analysées. Les enquêtes FLAHS sont menées par le Comité français de lutte contre l'hypertension artérielle (CFLHTA) sur la base de sondages permanents de KANTAR HEALTH Métascope (ex-TNS SOFRES). Les sujets qui vivent en France métropolitaine sont sélectionnés selon la méthode des quotas et interrogés par questionnaire auto-administré adressé

par voie postale. Le questionnaire élaboré par le comité scientifique du CFLHTA permettait, entre autres, de colliger les données biométriques (obésité si  $IMC \geq 30$ ), les antécédents médicaux, un tabagisme actif, la prise actuelle de médicaments antihypertenseurs, de médicaments hypolipémiants et de médicaments antidiabétiques. Les analyses ont été réalisées sur les enquêtes FLAHS 2007 (3 229 individus), FLAHS 2012 (3 462 individus) et sur l'enquête FLAHS 2017 (4 783 individus) [2]. Pour ces années, les enquêtes FLAHS ont été réalisées chez les sujets âgés de 35 ans et plus vivant en France métropolitaine.

#### 2. Prévalence de la prise en charge des facteurs de risque

Selon les études FLAHS, en France entre 2007 et 2017, les usages des traitements pour la prévention des maladies cardiovasculaires (hypertension, dys-

lipidémie et diabète) et le nombre des sujets fumeurs actifs se sont modifiés (**tableau 1**). Si la baisse du pourcentage des hypertendus traités semble avoir débuté avant 2012, elle devient statistiquement significative entre les années 2007 et 2017. Pour les traitements de la dyslipidémie, la baisse est importante et significative entre 2012 et 2017 seulement. En revanche, pour le traitement du diabète et pour l'obésité, une augmentation du pourcentage est observée entre 2007 et 2017, sans atteindre toutefois le seuil de la significativité statistique. Enfin, depuis 2012, le



**X. GIRERD**

Unité de Prévention cardiovasculaire,  
Groupe Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière  
Sorbonne Université Médecine, PARIS.

|                                                                                | 2007            | 2012            | 2017            |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| HTA traitée                                                                    | 32 %            | 30 %            | 28 %            |
|                                                                                | [33,6 %-30,4 %] | [31,5 %-28,5 %] | [29,3 %-26,7 %] |
| Dyslipidémie traitée                                                           | 22 %            | 22 %            | 17 %            |
|                                                                                | [23,4 %-20,6 %] | [23,4 %-20,6 %] | [18,1 %-15,9 %] |
| Diabète traité                                                                 | 8 %             | 8 %             | 9 %             |
|                                                                                | [8,9 %-7,1 %]   | [8,9 %-7,1 %]   | [9,8 %-8,2 %]   |
| Tabac actif                                                                    | 19 %            | 20 %            | 16 %            |
|                                                                                | [20,4 %-17,6 %] | [20,8 %-18,2 %] | [17,2 %-15,2 %] |
| Obésité                                                                        | 17 %            | 18 %            | 18 %            |
|                                                                                | [18,3 %-15,7 %] | [19,0 %-16,4 %] | [19,5 %-17,3 %] |
| Moyenne et borne supérieure et inférieure de l'intervalle de confiance à 95 %. |                 |                 |                 |

**Tableau 1 :** Prévalence du traitement de l'HTA et des facteurs de risque cardiovasculaire dans la population des sujets âgés de 35 ans et plus en France métropolitaine selon les enquêtes FLAHS.

pourcentage de fumeurs actifs diminue pour cette population des sujets âgés de 35 ans et plus.

### 3. Évolution du nombre des patients traités selon les études FLAHS

En se basant sur les chiffres de population des recensements réalisés en France métropolitaine par l'Insee, le **tableau II** détaille le nombre observé des sujets traités pour une hypertension, une dyslipidémie ou un diabète en 2007, 2012 et 2017.

La comparaison entre 2007 et 2017 indique une stabilité du nombre des hypertendus traités (+ 158 000), une diminution des dyslipidémiques traités (-1 063 000) et une augmentation des diabétiques traités (+674 000). Comme sur la même période, la population de France métropolitaine a augmenté (+ 5 200 000), le nombre estimé de sujets traités – si la prévalence du traitement était restée identique à celle de 2012 – devrait être de 12,3 millions pour l'hypertension, de 8,6 millions pour les dyslipidémiques et de 3,0 millions pour les diabétiques. Ainsi, les données des études FLAHS indiquent que, depuis 2012, le nombre des hypertendus traités aurait dû augmenter de 1 316 000 (+ 13 %) et celui des dyslipidémiques traités de 2 250 000 (+ 30 %) alors que celui des diabétiques traités aurait dû diminuer de 271 000 (-10 %).

### Les données de la CNAMTS et de ESTEBAN

La baisse de l'usage des traitements anti-hypertenseurs et des hypolipidémiants en France depuis 2012 est un résultat retrouvé dans les autres sources de données disponibles : les données de la base administrative de délivrance des médicaments de la CNAMTS (SNIIRAM : système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie) [3] et les données de l'enquête de population réalisée par Santé Publique France (ESTEBAN) [4, 5]. Toutefois, ce sont les enquêtes FLAHS qui, en montrant une évolution sur une période de 10 ans avec une dernière date d'enquête en 2017 [5], permettent d'obtenir les données les plus actualisées car ESTEBAN et la CNAMTS n'ont effectué des analyses que jusqu'à l'année 2015.

L'enquête ESTEBAN, qui a réalisé la mesure de la pression artérielle selon un protocole standardisé (mesure automatique répétée avec tensiomètre OMRON), a permis de décrire les indices de performance d'un système de santé pour la prise en charge de l'HTA dans une population. Les résultats montrent que, chez 2 169 adultes ayant eu au moins 2 mesures de la pression artérielle, la prévalence de l'HTA est de 30,6 % (IC 95 % : 28,1-33,2) ; elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (36,5 % vs 25,2 %) et augmente avec

l'âge. De plus, 55 % avaient connaissance de leur hypertension avec une connaissance plus forte chez les femmes (62,9 %) que chez les hommes (50,1 %).

Parmi les personnes hypertendues déclarant avoir connaissance de leur HTA, près de 30 % n'étaient pas traitées par un médicament à action anti-hypertensive. Ce résultat ne différait pas entre les hommes et les femmes. La proportion de personnes hypertendues traitées, indépendamment de la connaissance de leur pathologie, n'était que de 47,3 % (IC 95 % : 45,1-54,8). Parmi les personnes hypertendues, 47,3 % (IC 95 % : 45,1-54,8) étaient traitées par un médicament à action antihypertensive. Parmi les personnes traitées, seulement 55,0 % avaient une PA contrôlée (44,9 % chez les hommes et 66,5 % chez les femmes). Par comparaison avec une étude menée en 2006, la prévalence, le niveau de connaissances et le contrôle de l'HTA sont restés stables. Cependant la proportion des femmes hypertendues mais non traitées a augmenté (38,3 % à 50,9 % ;  $p = 0,008$ ) et celle des traitées et contrôlées a diminué (36,1 % à 29,5 %). Selon les auteurs, cette diminution du nombre de femmes traitées est **un signal assez défavorable concernant la prise en charge de l'HTA en France**.

### Les raisons de la dégradation de la prise en charge de l'HTA en France

Les raisons de la dégradation de la prise en charge de l'HTA en France ne sont pas connues car ces données viennent en contradiction avec la réalité épidémiologique liée au vieillissement de la population. En effet, l'HTA et les maladies cardio-neuro-vasculaires, qui concernent majoritairement des sujets âgés de plus de 55 ans, ont un taux théorique de croissance annuel moyen de l'ordre de 3 % par an imputable au seul vieillissement. Ainsi, la CNAMTS observe qu'entre 2012 et 2015 plus de 332 000 personnes supplémentaires ont

|                            | 2007 observé | 2012 observé | 2017 observé | 2017 estimé (observé-estimé) |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|------------------------------|
| HTA traitée                | 10 665 000   | 11 638 000   | 10 823 000   | 12 297 000 (-1 474 000)      |
| Dyslipidémie traitée       | 7 502 000    | 8 110 000    | 6 439 000    | 8 650 973 (-2 250 000)       |
| Diabète traité             | 2 624 000    | 2 824 000    | 3 297 000    | 3 025 000 (+271 000)         |
| Population 35 ans et plus* | 33 644 338   | 36 208 140   | 793 599      | -                            |

\* Source Insee, France métropolitaine.

**Tableau II :** Nombre de sujets traités en 2007, 2012 et 2017 pour une HTA, une dyslipidémie, un diabète en France métropolitaine et estimation du nombre de sujets traités en 2017 si la prévalence était restée identique à celle de 2012.

## L'année cardiologique

été prises en charge pour une maladie cardio-neuro-vasculaire et que 254 000 l'ont été pour un diabète alors que le coût lié à la prise en charge des traitements du risque vasculaire était en baisse [3]. La raison donnée par la CNAMTS était **“la baisse des effectifs combinée à la baisse de la dépense par patient du fait de la tombée de brevets et de la diffusion des génériques pour les antihypertenseurs et les statines”**. Dans ce même rapport, une projection des dépenses pour l'année 2020 confirmait la poursuite de la baisse des dépenses pour les traitements du risque vasculaire, et ce malgré une augmentation attendue du nombre de sujets liée au vieillissement de la population et à l'observation entre 2012 et 2015 de plus de 332 000 personnes supplémentaires présentant une maladie cardio-neuro-vasculaire.

La démarche de “maîtrise médicalisée” mise en place par l'Assurance Maladie au cours de la décennie a sans doute contribué à cette baisse mais c'est le passage de l'ensemble de la classe des antagonistes calciques et des ARA 2 au statut de médicament générique depuis la fin de l'année 2015 qui a le plus contribué à la baisse du coût du remboursement des médicaments antihypertenseurs. Enfin, l'arrêt de la promotion des médicaments antihypertenseurs et de l'information sur l'HTA par l'industrie pharmaceutique en France depuis 2012 a aussi participé à la diminution de la prescription des médicaments antihypertenseurs.

L'observation d'une diminution de la prescription des statines au cours de la dernière décennie en France est donc concomitante de la baisse de l'usage des antihypertenseurs et fait suggérer une relation entre ces deux phénomènes. Si la décrédibilisation des statines par les médias grand public est une cause reconnue dans la diminution de leur prescription [7], le déremboursement de l'olmésartan en 2016, qui s'est accompa-

gné de messages officiels à destination du grand public sur des effets secondaires liés au traitement, a pu favoriser la non-reprise d'un autre médicament antihypertenseur [8].

### Conclusion

En France entre 2007 et 2017, les usages des traitements pour la prévention des maladies cardiovasculaires (hypertension, dyslipidémie et diabète) se sont modifiés. Cette dégradation de la prise en charge de l'HTA et des dyslipidémies devrait voir se modifier défavorablement les indices de santé en relation avec les maladies cardiovasculaires au cours de la prochaine décennie en France.

### BIBLIOGRAPHIE

- FRÉROT L, LE FUR P, LE PAPE A *et al.* L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique. *Bull Inf Economie Santé*, 1999. [www.credes.fr](http://www.credes.fr)
- GIRERD X, HANON O, PANNIER B *et al.* Trends in the use of cardiovascular prevention treatments in France between

## POINTS FORTS

- Modification dans la prise en charge des facteurs de risque en France en une décennie avec une baisse des hypertendus traités, des dyslipidémiques traités et des tabagiques actifs. Les obèses et les diabétiques traités augmentent.
- L'épidémiologie de l'HTA en France indique une dégradation des marqueurs de qualité de la prise en charge au cours de la dernière décennie : stagnation du nombre des hypertendus traités et médiocrité de leur contrôle tensionnel, augmentation du nombre des hypertendus qui ignorent leur condition d'hypertendus en particulier chez les femmes.
- Cette situation est la conséquence des décisions de santé publique défavorables à l'HTA qui sont prises en France depuis 2010.

2007 and 2017 using The French League Against Hypertension Surveys. (*In press*)

3. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018. Juillet 2017. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
4. PERRINE AL, LECOFFRE C, BLACHER J *et al.* L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. *Bull Epidémiol Hebd*, 2018;10:170-179.
5. GIRERD X, HANON O, VAÏSSE B. Use of the EvalObs® adherence scale in an unselected French population of treated subjects with antihypertensive, hypolipemians or oral antidiabetic medications: The FLAHS 2017 adherence survey. *Ann Cardiol Angeiol*, 2018;67:186-190.
6. MATTHEWS A, HERRETT E, GASPARRINI A *et al.* Impact of statin related media coverage on use of statins: interrupted time series analysis with UK primary care data. *BMJ*, 2016;353:i3283.
7. DUFAY A, GALLO A, HANON O *et al.* The repercussion of stopping reimbursement of olmesartan on antihypertensive drugs prescription and blood pressure control of treated hypertensive patients in France. *Ann Cardiol Angeiol*, 2018;67:149-153.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.