

Prise en charge médicamenteuse initiale de l'hypertension artérielle et évolution

Pour rappel, l'hypertension artérielle est une affection chronique très répandue dont la fréquence croît avec l'âge. Au début de la maladie, elle ne présente généralement pas (ou très peu) de symptômes, ce qui explique que de nombreuses personnes vivent avec l'hypertension en l'ignorant. Certaines personnes diagnostiquées sont soit mal traitées, soit pas traitées. Tout cela fait de l'hypertension l'un des principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, principale cause de mortalité dans le monde. Il est donc indispensable de contrôler sa tension artérielle et de traiter l'hypertension lorsqu'elle est diagnostiquée.

Dans une première étude¹, nous avons analysé les traitements dispensés aux personnes souffrant d'hypertension au cours de l'année 2012. Elle comprenait aussi bien les nouveaux patients de 2012 que les patients sous traitement depuis plusieurs années. L'étude mettait en évidence plusieurs résultats intéressants dont une série de facteurs qui contribuent à la non compliance tels que l'âge, le sexe, le nombre de comorbidités, le coût des médicaments à charge du patient et le type de médicaments antihypertenseurs (AHT).

La présente étude veut aller plus loin en s'intéressant à la prise en charge médicamenteuse initiale de l'hypertension artérielle, ainsi qu'à la persistance au traitement antihypertenseur au fil du temps.

L'étude porte sur une cohorte de personnes nouvellement traitées pour une hypertension en 2008. Cette cohorte a été déterminée sur base de l'utilisation de médicaments antihypertenseurs (AHT). Les individus qui ont utilisé ces médicaments pour d'autres indications que l'hypertension ou pour des raisons médicales autres que l'hypertension ont été exclus de l'étude. Le traitement médicamenteux de la cohorte a été suivi pendant 5 années consécutives.

1

Karakaya G. et
Umbach I. (2014),
"Analyse des traitements
antihypertenseurs", Etude des
Mutualités Libres /Bruxelles,
Septembre 2014, 24 p.

Güngör KARAKAYA, Ingrid UMBACH et Rudy VAN TIELEN

Service Etudes & Représentation des Mutualités Libres

Editeur responsable

Xavier Brenez

Coordination

Pascale Janssens (pascale.janssens@mloz.be)

Lay-out

Philippe Dieu



01

Méthodologie

L'étude utilise les données de remboursements des médicaments antihypertenseurs (AHT) des affiliés des Mutualités Libres dans le cadre de l'assurance obligatoire entre 2008 et 2012.

A. Critères initiaux d'inclusion dans la cohorte

- Toute personne qui prend, pour la première fois, en 2008, un antihypertenseur des classes thérapeutiques ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) suivantes délivré par les officines publiques :
 - › C02 : antihypertenseurs à action centrale et vasodilatateurs ;
 - › C03 : diurétiques ;
 - › C07 : bêta-bloquants ;
 - › C08 : antagonistes du calcium ;
 - › C09 : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (IECA, A2RA).
- Ces individus doivent :
 - › Être affiliés aux Mutualités Libres entre 2006 et 2012 sans interruption (sauf pour les décédés) ;
 - › Ne pas avoir consommé d'antihypertenseurs en 2006 et 2007 (soit 2 ans avant la prise en compte de la cohorte).

B. Critères explicites d'exclusion dans la cohorte

- Individus de moins de 18 ans (permet aussi de retirer les conventions de néphrologie pédiatrique).
- Traitement avec un corticostéroïde avant le début d'un traitement avec un antihypertenseur.
- Usage de bêta-bloquants seuls de moins de 60 DDD (Defined Daily Doses) dans l'année du début du traitement (sauf le C07 en association avec un diurétique).
- Exclusion des individus qui prennent un antihypertenseur uniquement au cours d'une hospitalisation (pour un traumatisme crânien ou une autre raison du fait de la possibilité d'une poussée hypertensive).
- Individus prenant pendant moins de 15 jours n'importe quel autre antihypertenseur qu'un bêta-bloquant.

C. Description de la cohorte obtenue

Au départ, nous avons 52.000 affiliés des Mutualités Libres MLOZ qui prenaient au moins une fois un médicament d'une des classes ATC qui nous intéressent. Le passage par les différents filtres des critères d'inclusion et d'exclusion a réduit la population initiale à une cohorte de 18.706 individus les plus susceptibles d'être des nouveaux "vrais" patients hypertendus.



La compliance est calculée uniquement à partir des individus ayant une prescription d'AHT délivré par une officine publique.



D. Années de traitement antihypertenseur (AHT)

Afin de rendre nos analyses plus pertinentes, nous agencions nos données en année de traitement. La date de première délivrance AHT sert de base pour définir les années de traitement AHT. Comme les données utilisées portent sur les années 2008 à 2012 et que la première délivrance n'a généralement pas lieu le 1^{er} janvier 2008, la dernière année de traitement AHT (à savoir la cinquième année) est incomplète. En moyenne, cette dernière année représente 2/3 d'une année complète de 365 jours.

E. Compliance au traitement AHT

Le rapport entre le nombre de comprimés prescrits sur une période donnée divisé par le nombre de comprimés théoriques en cas de compliance parfaite donne un ratio qui sert de base pour définir la compliance. Dans la littérature, une valeur supérieure ou égale à 80% pour ce ratio est souvent retenue pour considérer la compliance comme bonne (Reginster et Rabenda, 2005, Halpern et al, 2006, Jin et al, 2008, Friocourt, 2011)*. Nous nous sommes également basés sur ce taux pour définir la compliance.

Lorsque plusieurs classes d'AHT sont utilisées, nous avons supposé qu'une personne n'est pas compliant à son traitement AHT si elle n'est pas compliant pour au moins une classe d'AHT.

D'autre part, la compliance est calculée uniquement à partir des individus ayant une prescription d'AHT délivré par une officine publique. En outre, nous avons supposé que tous les comprimés remboursés sont réellement utilisés.

F. Initiation et adaptation du traitement AHT par "tâtonnement"

Nous supposons qu'il y a tâtonnement au niveau du traitement AHT si plusieurs classes d'AHT sont prescrites pendant une année de traitement ET que, pour au moins une des classes d'AHT prescrites, le nombre de prescriptions est au maximum égal à deux avec une somme de DDD égale à maximum 60. Autrement dit, il faut qu'au moins une des classes d'AHT soit prescrite de manière non régulière (≤ 2 boîtes) et pendant une courte durée (≤ 60 jours).

*

Reginster J.Y. and V. Rabenda (2005), iAdherence to treatment in osteoporosis influence on efficiency, Revue Médicale Suisse, Vol.1(35), 2278-2281.

Halpern M.T., Z.M. Khan, J.K. Schmier, M. Burnier, J.J. Caro, J. Cramer, W.L. Daley, J. Gurwitz and N.K. Hollenberg (2006), iRecommendations for evaluating compliance and persistence with hypertension therapy using retrospective data, Hypertension, Vol.47(6), 1039-1048.

Jin J., G.E. Sklar, V.M. Sen Oh and S. Chuen Li (2008), iFactors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective, Therapeutics and Clinical Risk Management, Vol.4(1), 269-286.

Friocourt P. (2011), iAdhÉsion et persistance mÉdicamenteuse dans le traitement de l'hypertension artÉrielle, Annales de gÉrontologie, Vol.3, n° spÉcial 1, 7-14.

02 Principaux résultats

A. Population étudiée

La cohorte de départ, appelée les "nouveaux patients hypertendus", contient 18.706 personnes (tableau 1). **Chaque année de traitement, plus de 300 personnes décèdent alors que d'autres arrêtent leur traitement de manière temporaire ou définitive.**

POPULATION TRAITÉE, DÉCÉDÉE OU ARRÊTANT LE TRAITEMENT AHT AU COURS DES 5 ANNÉES ÉTUDIÉES						
	1 ^e année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	
TABLEAU 1	Individus traités	18.706 (100%)	14.734 (80,3%)	14.192 (78,7%)	13.846 (78,1%)	12.172 (70,0%)
	Individus décédés	353 (1,9%)	330 (2,2%)	301 (2,1%)	322 (2,3%)	328 (2,7%)
	Individus arrêtant leur traitement AHT (parmi les individus en vie)	/	3.619 (19,7%)	3.831 (21,3%)	3.876 (21,9%)	*

La cohorte de départ contient 52% d'hommes et 48% de femmes (tableau 2). Au cours des 5 années étudiées, 9,2% des hommes et 8,3% des femmes décèdent.

Le traitement de l'hypertension débute à l'âge moyen de 59 ans. Il n'y a pas de différence entre hommes et femmes.

Plus de la moitié (53%) des nouveaux hypertendus sont âgés de 50 à 74 ans et près d'un sur 3 (29%) de moins de 50 ans. Environ une personne sur trois âgée de 75 ans et plus décède au cours des 5 années de traitement.

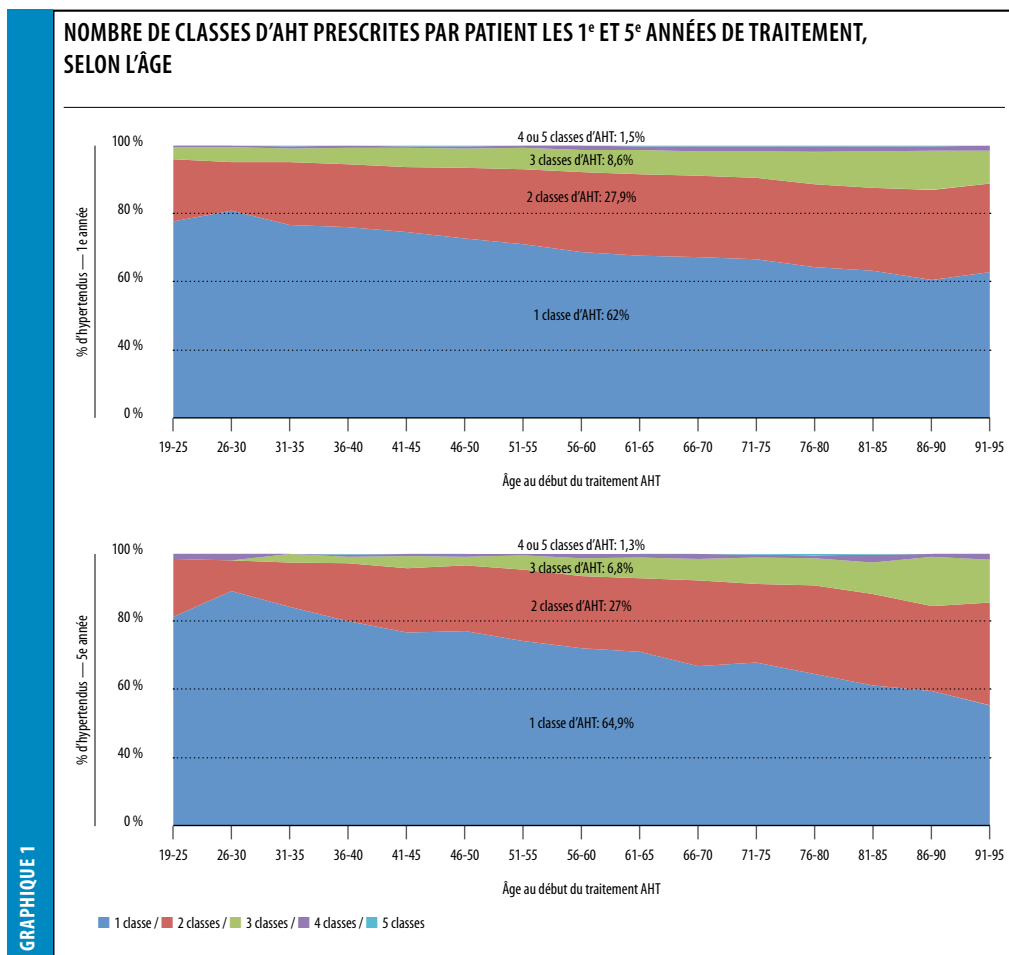
COHORTE DE DÉPART SUIVANT UN TRAITEMENT AHT POUR LA PREMIÈRE FOIS EN 2008 (RIEN EN 2006 ET 2007), SELON LE SEXE OU LE GROUPE D'ÂGE AU DÉBUT DU TRAITEMENT					
		Nombre	Répartition (%)	Décès au cours des 5 années étudiées (%)	
TABLEAU 2	Sexe	Homme	9.687	52%	9,2%
		Femme	9.019	48%	8,3%
		Total	18.706	100%	8,7%
Age	18-24 ans	198	1%	0,0%	
	25-49 ans	5.176	28%	1,5%	
	50-74 ans	9.906	53%	5,3%	
	>= 75 ans	3.426	18%	30,2%	
	Total	18.706	100%	8,7%	

* La dernière année de traitement (à savoir la 5^e année) est à interpréter avec prudence puisqu'il s'agit d'une année qui ne contient pas 365 jours, ce qui explique le nombre important d'arrêt pendant cette année (à savoir 5.228 arrêts, soit 30%).

B. Prise en charge médicamenteuse de l'hypertension

1. Evolution du nombre de classes AHT selon l'âge

Le graphique 1 montre que le nombre de classes AHT prescrites tend à augmenter avec l'âge¹.



La majorité des nouveaux patients hypertendus (62%) a utilisé une seule classe d'AHT pendant leur première année de traitement AHT, avec une légère différence entre les femmes (64%) et les hommes (60%). Le graphique 1 montre également que 27,9% des nouveaux patients hypertendus ont utilisé des AHT de 2 classes différentes.

La situation n'est pas différente lorsque l'on regarde la dernière année de traitement (à savoir la cinquième année). Entre la première et la dernière année de traitement, nous enregistrons une augmentation de la proportion d'hypertendus utilisant une classe d'AHT de 2,9 points de pourcentage. Nous ne pouvons donc pas dire que l'évolution soit particulièrement marquée au cours des 5 années de traitement.

¹ Tout au long de cette étude, l'âge correspond à l'âge au début du traitement AHT (soit en 2008).

2. Evolution du traitement AHT par classe ATC

Le tableau 3 présente la première délivrance AHT des nouveaux patients hypertendus, ainsi que son évolution au cours des 5 années de traitement.

EVOLUTION DU TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION PAR CLASSE ATC (2 ^e NIVEAU)									
	Code ATC	Nombre de personnes (1 ^e année)	1 ^e délivrance	1 ^e année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	(5 ^e année - 1 ^e année) en points de %
Traitement avec 1 classe ATC	C07	5.565	29,7%	20,8%	23,5%	22,6%	21,8%	23,1%	2,4
	C09	5.159	27,6%	20,5%	25,3%	26,6%	27,2%	28,4%	7,9
	C03	3.084	16,5%	11,8%	8,1%	7,3%	6,7%	6,1%	-5,7
	C08	2.746	14,7%	8,5%	7,9%	7,4%	6,9%	7,1%	-1,4
	C02	159	0,8%	0,4%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	-0,2
	Total	16.713	89,3%	62,0%	65,2%	64,1%	62,9%	64,9%	2,9
Traitement avec 2 classes ATC	C07-C09	695	3,7%	9,6%	10,5%	11,3%	12,5%	12,6%	3,1
	C08-C09	231	1,2%	5,1%	4,9%	4,8%	4,6%	4,4%	-0,6
	C03-C07	244	1,3%	4,1%	3,0%	3,1%	2,9%	2,7%	-1,3
	C03-C09	209	1,1%	3,5%	3,1%	3,2%	3,2%	2,9%	-0,6
	C07-C08	209	1,1%	3,4%	2,9%	3,0%	2,9%	2,9%	-0,5
	C03-C08	79	0,4%	1,6%	1,4%	1,2%	1,2%	1,0%	-0,6
	C02-C09	15	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%	0,0
	C02-C07	14	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	-0,1
	C02-C03	15	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	-0,1
	C02-C08	13	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	-0,1
	Total	1.724	9,2%	27,9%	26,3%	27,0%	27,8%	27,0%	-0,9
Traitement avec > 2 classes ATC	C03-C07-C09	121	0,6%	3,0%	2,7%	3,1%	3,2%	2,9%	-0,1
	C07-C08-C09	63	0,3%	3,0%	2,4%	2,5%	2,6%	2,2%	-0,8
	C03-C08-C09	20	0,1%	1,3%	0,9%	0,9%	0,9%	0,7%	-0,7
	C03-C07-C08	13	0,1%	0,7%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	-0,3
	Autres (12)	52	0,3%	2,1%	2,0%	2,0%	2,2%	1,9%	-0,2
	Total	269	1,5%	10,1%	8,5%	8,9%	9,3%	8,1%	-2,0
Total		18.706	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Près de 90% des premières délivrances AHT sont des monoclasses (dont 29,7% bêta-bloquants : C07, 27,6% IECA, A2RA : C09, 16,5% diurétiques : C03, 14,7% antagonistes du calcium : C08), 9,2% des bi-classes (dont les 2/3 contiennent au moins des IECA, A2RA) et 1,5% des multi-classes. Toutefois, une personne sur 4 recevant une monoclasse lors de la première délivrance se voit prescrire une autre classe d'AHT dans le courant de la première année, ce qui correspond aux divers guidelines actuels².

Si l'on compare l'évolution du traitement AHT des nouveaux patients hypertendus au cours des 5 années de traitement, nous constatons une augmentation de la proportion d'utilisateurs de monoclasses de 2,9 points de pourcentage (passage de 62% à 64,9%), alors que la proportion d'utilisateurs de bi-classes et de multi-classes diminue (respectivement -0,9 et -2 points de pourcentage).

2

http://www.hypertenzia.org/media/files/dokumenty/2013_practice_guidelines_for_the_management_of_2.pdf
<http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/12/Recommandation-SFHta-2013-Prise-en-charge-HTA-de-l'Adulte.pdf>

Au cours des 5 années de traitement, nous observons une augmentation de la proportion d'utilisateurs de IECA, A2RA (C09) de près de 8%, de bêta-bloquants (C07) de 2% et de leur association (C07-C09) de 3%. Pour tous les autres traitements, la proportion d'utilisateurs se réduit.

3. Poursuite et arrêt du traitement AHT

Parmi les 17.072 personnes restées en vie pendant les 5 années d'observation (soit 91% de la cohorte de départ), 62,8% (soit près des 2/3) ont poursuivi leur traitement AHT chaque année (tableau 4). Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à suivre leur traitement que les femmes (67,6% pour les hommes et 57,7% pour les femmes).

	Sexe	Nombre	% population
En vie au cours des 5 années de traitement	Homme	8.800	90,8%
	Femme	8.272	91,7%
	Total	17.072	91,3%
Traitement AHT poursuivi chaque année au cours des 5 années de traitement	Homme	5.947	67,6%
	Femme	4.770	57,7%
	Total	10.717	62,8%
Arrêt du traitement AHT au moins une année au cours des 5 années de traitement	Homme	2.853	32,4%
	Femme	3.502	42,3%
	Total	6.355	37,2%

	Age	Nombre	% population
En vie au cours des 5 années de traitement	18-24	198	100,0%
	25-49	5.099	98,5%
	50-74	9.382	94,7%
	>= 75	2.393	69,8%
	Total	17.072	91,3%
Traitement AHT poursuivi chaque année au cours des 5 années de traitement	18-24	33	16,7%
	25-49	2.551	50,0%
	50-74	6.451	68,8%
	>= 75	1.682	70,3%
	Total	10.717	62,8%
Arrêt de traitement AHT au moins une année au cours des 5 années de traitement	18-24	165	83,3%
	25-49	2.548	50,0%
	50-74	2.931	31,2%
	>= 75	711	29,7%
	Total	6.355	37,2%



Les hommes sont proportionnellement plus nombreux (67,6%) à suivre leur traitement que les femmes (57,7%).



Le tableau 5 donne les mêmes informations que le tableau 4, mais il ventile les données par groupe d'âge. Il en ressort que la proportion de personnes suivant leur traitement chaque année croît avec l'âge (ou arrétant leur traitement au moins une année diminue avec l'âge).

4. Traitement AHT inchangé sur la période étudiée

27,9% de la cohorte de départ en vie au cours des 5 années de traitement ont reçu le même traitement AHT au cours de ces 5 années (30,5% pour les hommes et 25,1% pour les femmes).

Près d'une personne sur trois âgée de 50 à 74 ans (au début du traitement) a reçu le même traitement AHT au cours des 5 années de traitement.

TRAITEMENT AHT INCHANGÉ AU COURS DES 5 ANNÉES DE TRAITEMENT			
	Sexe	Nombre	%
En vie au cours des 5 années de traitement	Homme	8.800	90,8%
	Femme	8.272	91,7%
	Total	17.072	91,3%
Traitement AHT inchangé au cours des 5 années de traitement	Homme	2.683	30,5%
	Femme	2.076	25,1%
	Total	4.759	27,9%
	Age	Nombre	%
En vie au cours des 5 années de traitement	18-24	198	100,0%
	25-49	5.099	98,5%
	50-74	9.382	94,7%
	>= 75	2.393	69,8%
	Total	17.072	91,3%
Traitement AHT inchangé au cours des 5 années de traitement	18-24	20	10,1%
	25-49	1.245	24,4%
	50-74	2.883	30,7%
	>= 75	611	25,5%
	Total	4.759	27,9%

TABLEAU 6

5. Poursuite du traitement AHT et traitement inchangé sur la période étudiée par classe ATC

Le tableau 7 montre que près de 2 personnes sur 3 qui ont commencé leur traitement par un bêta-bloquant (C07) ou un IECA, A2RA (C09) utilisent des AHT chaque année (pas d'arrêt pendant au moins une année). Près de 2/3 de ces personnes ne changent pas leur traitement AHT au cours des 5 années étudiées.

En règle générale, les personnes qui débutent leur traitement AHT avec une monoclasse ont plus d'une chance sur 3 (35,2%) de ne pas changer de traitement au cours des 5 années de leur traitement. Ce taux est 2 fois plus faible lorsque le traitement commence par une bi-classe (17%) et 3 fois plus faible lorsque le traitement commence par une multi-classe (11,6%). Notons cependant que les personnes commençant par une bi-classe ou une multi-classe ont plus de chances de ne pas avoir d'arrêt complet de leur traitement AHT pendant au moins une des 5 années étudiées.

POPULATION TRAITÉE PAR AHT AU COURS DES 5 ANNÉES ÉTUDIÉES PAR CLASSE ATC (2 ^e NIVEAU)										
	Code ATC	En vie au cours des 5 années								
		Population étudiée (1 ^{ère} année)		Traitement AHT poursuivi chaque année au cours des 5 années (1 ^{ère} année)			Traitement inchangé au cours des 5 années			
		Individu (1)	% total	Individu (2)	% total	(2) / (1) %	Individu (3)	% total	(3) / (1) %	(3) / (2) %
Traitement avec 1 classe ATC	C07	3.706	21,7%	2.456	22,9%	66,3%	1.586	33,3%	42,8%	64,6%
	C09	3.616	21,2%	2.283	21,3%	63,1%	1.473	31,0%	40,7%	64,5%
	C03	1.850	10,8%	618	5,8%	33,4%	327	6,9%	17,7%	52,9%
	C08	1.476	8,6%	824	7,7%	55,8%	375	7,9%	25,4%	45,5%
	C02	66	0,4%	17	0,2%	25,8%	6	0,1%	9,1%	35,3%
	Total	10.714	62,8%	6.198	57,8%	57,8%	3.767	79,2%	35,2%	60,8%
Traitement avec 2 classes ATC	C07-C09	1.681	9,8%	1.238	11,6%	73,6%	433	9,1%	25,8%	35,0%
	C08-C09	878	5,1%	628	5,9%	71,5%	121	2,5%	13,8%	19,3%
	C03-C07	629	3,7%	371	3,5%	59,0%	81	1,7%	12,9%	21,8%
	C07-C08	593	3,5%	405	3,8%	68,3%	87	1,8%	14,7%	21,5%
	C03-C09	560	3,3%	354	3,3%	63,2%	52	1,1%	9,3%	14,7%
	C03-C08	248	1,5%	142	1,3%	57,3%	21	0,4%	8,5%	14,8%
	C02-C09	44	0,3%	27	0,3%	61,4%	2	0,0%	4,5%	7,4%
	C02-C07	38	0,2%	26	0,2%	68,4%	3	0,1%	7,9%	11,5%
	C02-C03	24	0,1%	16	0,1%	66,7%	1	0,0%	4,2%	6,3%
	C02-C08	20	0,1%	13	0,1%	65,0%	0	0,0%	0,0%	0,0%
	Total	4.715	27,6%	3.220	30,0%	68,3%	801	16,8%	17,0%	24,9%
	Traitement avec > 2 classes ATC	C07-C08-C09	519	3,0%	428	4,0%	82,5%	68	1,4%	13,1%
C03-C07-C09		440	2,6%	346	3,2%	78,6%	80	1,7%	18,2%	23,1%
C03-C08-C09		223	1,3%	175	1,6%	78,5%	15	0,3%	6,7%	8,6%
C03-C07-C08		105	0,6%	76	0,7%	72,4%	2	0,0%	1,9%	2,6%
Autres		356	2,1%	274	2,6%	77,0%	26	0,5%	7,3%	9,5%
Total		1.643	9,6%	1.299	12,1%	79,1%	191	4,0%	11,6%	14,7%
Total		17.072	100,0%	10.717	100,0%	62,8%	4.759	100,0%	27,9%	44,4%

6. Arrêt de traitement AHT définitif ou temporaire

Parmi les 6.355 personnes arrêtant leur traitement AHT pendant au moins une des 5 années, 69,9% sont des arrêts définitifs (c'est-à-dire des arrêts sans reprise l'année ou les années suivante(s)). **Près de la moitié de ces arrêts définitifs sont des arrêts après la première année de traitement** (2.020 personnes sur 4.442 personnes qui arrêtent définitivement après une des 4 premières années de traitement). Le chiffre se rapportant à la quatrième année (arrêt après la quatrième année) est élevé, cela s'explique par le fait que la dernière année (cinquième année) est incomplète.

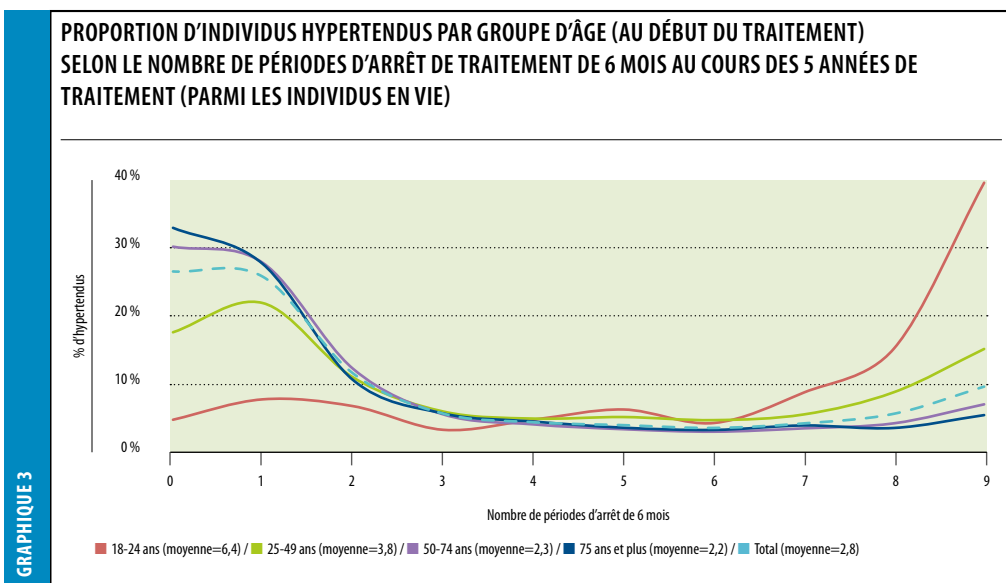
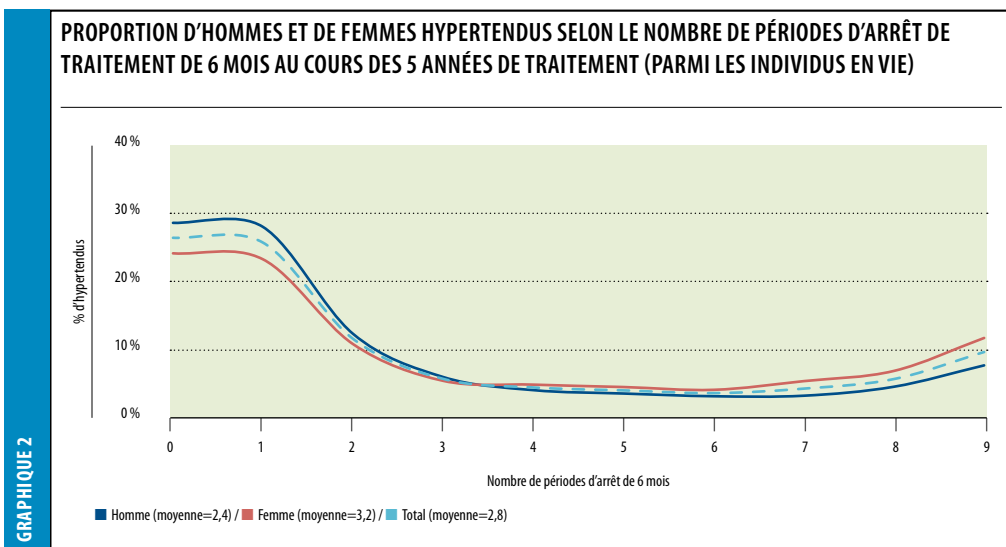
INDIVIDUS AYANT ARRÊTÉ LEUR TRAITEMENT AHT AU MOINS UNE ANNÉE AU COURS DES 5 ANNÉES DE TRAITEMENT (PARMI LES INDIVIDUS EN VIE)				
		Année de traitement	Nombre	%
TABLEAU 8	Individus arrêtant leur traitement AHT au moins une année au cours des 5 années de traitement (parmi les individus en vie)	Arrêt définitif à partir de la :		
		2 ^e année	2.020	31,8%
		3 ^e année	578	9,1%
		4 ^e année	429	6,8%
		5 ^e année	1.415	22,3%
		Total (2 ^e -5 ^e année)	4.442	69,9%
		Arrêt non définitif (arrêt puis reprise) à partir de la :		
		2 ^e - 5 ^e année	1.913	30,1%
		Total		
			6.355	100,0%

Plus des 3/4 des personnes arrêtant définitivement leur traitement après la première année utilisent une monoclasse la première année (essentiellement des diurétiques -C03- et des bêta-bloquants -C07). Même constat pour les personnes arrêtant définitivement leur traitement après la deuxième année : près des 3/4 des personnes arrêtant définitivement leur traitement après la deuxième année utilisent une monoclasse la première année (essentiellement des bêta-bloquants -C07).

INDIVIDUS ARRÊTANT DÉFINITIVEMENT LEUR TRAITEMENT AHT APRÈS LA 1 ^È OU LA 2 ^È ANNÉE DE TRAITEMENT (PARMI LES INDIVIDUS EN VIE), SELON LE TRAITEMENT AHT INITIAL (1 ^È ANNÉE)				
Arrêt définitif du traitement AHT à partir de la :		Traitement AHT suivi la 1 ^{ère} année (code ATC)	Nombre	%
TABLEAU 9	2 ^e année	C03 uniquement	541	26,8%
		C07 uniquement	418	20,7%
		C09 uniquement	364	18,0%
		C08 uniquement	251	12,4%
		C07 et C09	97	4,8%
		Autres	349	17,3%
		Total	2.020	100,0%
3 ^e année	C07 uniquement	157	27,2%	
	C09 uniquement	108	18,7%	
	C03 uniquement	104	18,0%	
	C08 uniquement	52	9,0%	
	Autres	157	27,2%	
	Total	578	100,0%	

Jusqu'à présent nous avons défini les arrêts de traitement par l'absence de prescriptions d'AHT pendant une année de traitement (365 jours). Pour affiner nos analyses sur les arrêts, nous regardons le nombre de périodes d'arrêt de 6 mois (graphiques 2 et 3). Les conclusions sont les suivantes : **les hommes sont relativement moins concernés que les femmes par les arrêts de traitement et les arrêts de traitement touchent proportionnellement moins les personnes âgées.** En effet, près de 30% des hommes n'ont aucun arrêt de traitement

(c'est-à-dire aucune période de 6 mois d'arrêt) au cours des 5 années étudiées, alors que ce taux est proche de 25% pour les femmes. Pour les arrêts de traitement nombreux (plus de 4 périodes de 6 mois d'arrêt), la tendance s'inverse puisque les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes.



Les graphiques 2 et 3 montrent que le nombre moyen d'arrêts de traitement par période de 6 mois est de 2,8 (soit 508 jours sur une période totale de 5 années). Ces chiffres sont plus élevés chez les femmes et les personnes de moins de 50 ans (voir légende des graphiques). Au plus l'âge de la personne hypertendue est élevé, au plus elle a de chances d'avoir pas ou peu d'arrêts de traitement AHT ou au moins elle a de chances d'avoir des arrêts de traitement fréquents.



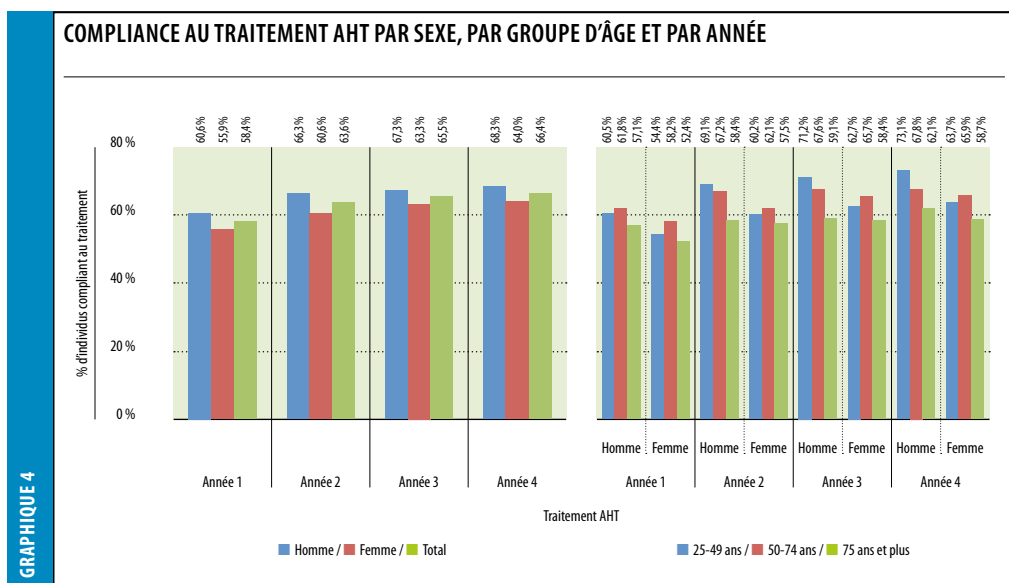
Le tableau 10 montre une corrélation positive et significative de l'absence d'arrêt du traitement AHT entre les années étudiées. Autrement dit, **si le patient n'arrête pas son traitement AHT une année, il a de fortes chances de le poursuivre les années qui suivent**. Cette relation est particulièrement importante lorsque l'on compare des années consécutives.

MATRICE DE CORRÉLATION DE L'ABSENCE D'ARRÊT AU TRAITEMENT AHT ENTRE LES ANNÉES ÉTUDIÉES					
Pas d'arrêt au traitement AHT	Pas d'arrêt au traitement AHT				
	1 ^e année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année
1 ^e année	1	0,80	0,79	0,78	0,70
2 ^e année	0,80	1	0,90	0,85	0,75
3 ^e année	0,79	0,90	1	0,92	0,82
4 ^e année	0,78	0,85	0,92	1	0,89
5 ^e année	0,70	0,75	0,82	0,89	1
1 ^e et 2 ^e année	3 ^e , 4 ^e et 5 ^e année				
	0,84				

C. Compliance au traitement AHT

1. Selon le sexe et l'âge

Le graphique 4 présente la compliance au traitement AHT par sexe et par année (la dernière année, à savoir la cinquième année, n'est pas prise en compte car elle est incomplète). Il en ressort que **les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à suivre correctement leur traitement AHT, et ceci pour chaque année de traitement**. L'écart en termes de points de pourcentage reste relativement constant au cours des 4 années étudiées. Nous remarquons néanmoins que la compliance au traitement AHT s'améliore au fil du temps aussi bien chez les hommes que chez les femmes.



En ventilant la compliance au traitement par sexe, par âge et par année, nous remarquons toujours que la compliance est meilleure chez les hommes, et ceci quel que soit l'âge de la personne hypertendue. Notons néanmoins que l'écart en termes de compliance entre les hommes et les femmes est le plus important parmi les personnes âgées de 25 à 49 ans.

2. Selon le nombre de classes ATC

Le tableau 11 illustre **une meilleure compliance au traitement lorsque le nombre de classes ATC prescrites est faible**, et ceci peu importe l'année de traitement. Autrement dit, la proportion de personnes non compliantes au traitement augmente lorsque le nombre de classes ATC prescrites augmente.

Année de traitement	Classe AHT	Individus traités	Individus compliant au traitement	% de compliants
1 ^e année	1	11.596	7.315	63,1%
	2	5.226	2.820	54,0%
	3 ou plus	1.884	780	41,4%
	Total	18.706	10.915	58,4%
2 ^e année	1	9.602	6.744	70,2%
	2	3.874	2.096	54,1%
	3 ou plus	1.258	536	42,6%
	Total	14.734	9.376	63,6%
3 ^e année	1	9.090	6.622	72,8%
	2	3.838	2.137	55,7%
	3 ou plus	1.264	532	42,1%
	Total	14.192	9.291	65,5%
4 ^e année	1	8.703	6.491	74,6%
	2	3.852	2.141	55,6%
	3 ou plus	1.291	558	43,2%
	Total	13.846	9.190	66,4%

TABLEAU 11

3. Selon la classe ATC

Comme nous avons déjà mentionné, nous observons (tableau 12) une meilleure compliance au traitement lorsque le nombre de classes ATC prescrites est faible, et ceci peu importe l'année de traitement. Autrement dit, la proportion de personnes non compliantes au traitement augmente lorsque le nombre de classes ATC prescrites augmente.

La compliance est particulièrement mauvaise parmi les personnes utilisant des bêta-bloquants (C07) seuls ou en association. En comparant la première année de traitement avec la quatrième année (la cinquième année étant incomplète, nous ne l'avons pas reprise), nous remarquons une augmentation non négligeable de la proportion de personnes compliantes au traitement AHT parmi les utilisateurs de monoclases (passage de 63% à 75%), alors qu'elle reste pratiquement inchangée dans le cas des bi-classes et multi-classes.

	Code ATC	Compliance au traitement AHT			
		1 ^e année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année
Traitement avec 1 classe ATC	C07	36%	44%	49%	51%
	C09	82%	88%	89%	90%
	C03	67%	74%	74%	74%
	C08	80%	87%	87%	87%
	C02	68%	77%	63%	79%
	Total	63%	70%	73%	75%
Traitement avec 2 classes ATC	C07-C09	43%	41%	44%	46%
	C08-C09	80%	82%	84%	81%
	C03-C07	38%	34%	34%	39%
	C07-C08	50%	52%	57%	57%
	C03-C09	68%	75%	72%	67%
	C03-C08	70%	69%	65%	67%
	C02-C09	61%	79%	75%	81%
	C02-C07	47%	50%	80%	44%
	C02-C03	54%	50%	60%	56%
	C02-C08	55%	55%	57%	80%
Total	55%	55%	56%	56%	
Traitement avec > 2 classes ATC	C07-C08-C09	45%	50%	49%	50%
	C03-C07-C09	31%	29%	28%	30%
	C03-C08-C09	64%	72%	65%	70%
	C03-C07-C08	42%	47%	55%	43%
	Autres	39%	45%	46%	45%
Total	42%	45%	43%	44%	
Total		59%	64%	66%	67%

TABLEAU 12

4. Parmi les personnes en vie ou décédées

Aussi bien parmi la cohorte de départ que parmi les personnes en vie ou décédées au cours des 5 années étudiées, la proportion d'hommes compliants au traitement AHT au début du traitement (1^{ère} année) est supérieure à celle des femmes (tableau 13).

La compliance au début du traitement (1^{er} année) est meilleure parmi les personnes en vie au cours des 5 années de traitement que parmi les personnes décédées au cours des 5 années.

		Individus traités par AHT	Compliance (1 ^{ère} année)	% de compliants (1 ^{ère} année)
Cohorte traitée par AHT pour la 1 ^{ère} fois en 2008	Homme	9.687	5.875	60,6%
	Femme	9.019	5.040	55,9%
	Total	18.706	10.915	58,4%
En vie au cours des 5 années de traitement	Homme	8.800	5.367	61,0%
	Femme	8.272	4.646	56,2%
	Total	17.072	10.013	58,7%
Décédé au cours des 5 années de traitement	Homme	887	508	57,3%
	Femme	747	394	52,7%
	Total	1.634	902	55,2%

5. Sur les 5 années de traitement

Le tableau 14 montre que 22,4% (soit 1 personne sur 5) des individus en vie au cours des 5 années de traitement sont compliants au traitement AHT pendant les 5 années de traitement (26% pour les hommes et 18,6% pour les femmes). Alors que 7,3% de cette cohorte n'est compliante au traitement AHT aucune des 5 années étudiées (pas de différence marquée entre les hommes et les femmes).

Parmi les 2.020 personnes arrêtant définitivement leur traitement après la première année, 1.508 personnes sont compliantes à leur traitement en première année (soit 75%).

Compliance sur les 5 années de traitement*	Total		Homme		Femme	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
11111	3.826	22,4%	2.291	26,0%	1.535	18,6%
19999	1.508	8,8%	628	7,1%	880	10,6%
00000	1.248	7,3%	635	7,2%	613	7,4%
01111	909	5,3%	512	5,8%	397	4,8%
00001	649	3,8%	339	3,9%	310	3,7%
11119	558	3,3%	341	3,9%	217	2,6%
09999	512	3,0%	195	2,2%	317	3,8%
00111	437	2,6%	228	2,6%	209	2,5%
00011	349	2,0%	179	2,0%	170	2,1%
11101	332	1,9%	196	2,2%	136	1,6%
10111	314	1,8%	171	1,9%	143	1,7%
11999	258	1,5%	102	1,2%	156	1,9%
11011	243	1,4%	139	1,6%	104	1,3%
11110	225	1,3%	131	1,5%	94	1,1%
01999	174	1,0%	67	0,8%	107	1,3%
Autres combinaisons	5.530	32,4%	2.646	30,1%	2.884	34,9%
Total	17.072	100,0%	8.800	100,0%	8.272	100,0%

* la position d'un chiffre représente l'année du traitement ; 1 = individu compliant au traitement AHT pendant l'année ;
0 = individu non compliant au traitement AHT pendant l'année ; 9 = arrêt du traitement AHT pendant l'année.

TABLEAU 14

6. Lien entre compliance et poursuite du traitement AHT

Les tableaux 15 et 16 ne semblent pas montrer de lien entre la compliance au début du traitement et la poursuite du traitement au cours des 5 années plus important comparé à celui de la non compliance. Au contraire, la proportion de personnes non compliantes qui suivent leur traitement au cours des 5 années est même supérieure à celle des personnes compliantes.

COMPLIANCE/NON COMPLIANCE AU TRAITEMENT AHT EN 1 ^È ANNÉE ET ARRÊT DÉFINITIF DU TRAITEMENT APRÈS LA 1 ^È ANNÉE			
	Arrêt/suivi traitement AHT	Nombre	%
TABLEAU 15 Individus non compliant en 1 ^È année	Traitement suivi sur les 5 ans	4.772	68%
	Arrêt définitif du traitement après 1 ^È année	512	7%
	Arrêt définitif du traitement après 2 ^È année	268	4%
	Autres	1.507	21%
	Total	7.059	100%
Individus compliant en 1 ^È année	Traitement suivi sur les 5 ans	5.945	59%
	Arrêt définitif du traitement après 1 ^È année	1.508	15%
	Arrêt définitif du traitement après 2 ^È année	310	3%
	Autres	2.250	22%
	Total	10.013	100%

COMPLIANCE/NON COMPLIANCE AU TRAITEMENT AHT EN 1 ^È ÈRE ET EN 2 ^È ANNÉE ET ARRÊT DÉFINITIF DU TRAITEMENT APRÈS LA 2 ^È ANNÉE			
	Arrêt/suivi traitement AHT	Nombre	%
TABLEAU 16 Individus non compliant en 1 ^È et en 2 ^È année	Traitement suivi sur les 5 ans	3.115	83%
	Arrêt définitif du traitement après 2 ^È année	94	3%
	Arrêt définitif du traitement après 3 ^È année	124	3%
	Autres	415	11%
	Total	3.748	100%
Individus compliant en 1 ^È et en 2 ^È année	Traitement suivi sur les 5 ans	5.067	78%
	Arrêt définitif du traitement après 2 ^È année	258	4%
	Arrêt définitif du traitement après 3 ^È année	174	3%
	Autres	975	15%
	Total	6.474	100%

La corrélation entre la compliance en 1^È année et la poursuite du traitement AHT en deuxième année vaut -0,23 et n'est pas significative. De même, la corrélation entre la compliance en deuxième année et la poursuite du traitement AHT en troisième année vaut -0,19 et n'est pas significative. La corrélation entre la compliance (en première et/ou en deuxième année) et la poursuite du traitement AHT les années qui suivent est également non significative. Par conséquent, **nous pouvons dire qu'il n'existe pas de lien significatif entre compliance au traitement AHT et poursuite du traitement ou entre non compliance au traitement AHT et arrêt du traitement.**

Est-ce que la compliance en 1ère année de traitement a une influence sur la compliance des années suivantes ? Pour y répondre, intéressons-nous à leur corrélation. La matrice de corrélation ci-dessous reprend la valeur de la corrélation de la compliance entre les diverses années étudiées.

Le tableau 17 montre une corrélation positive et significative de la compliance entre les années étudiées. Autrement dit, **si le patient est compliant à son traitement AHT une année, il a de fortes chances de le rester les années qui suivent**. Cette relation est particulièrement importante lorsque l'on compare des années consécutives.

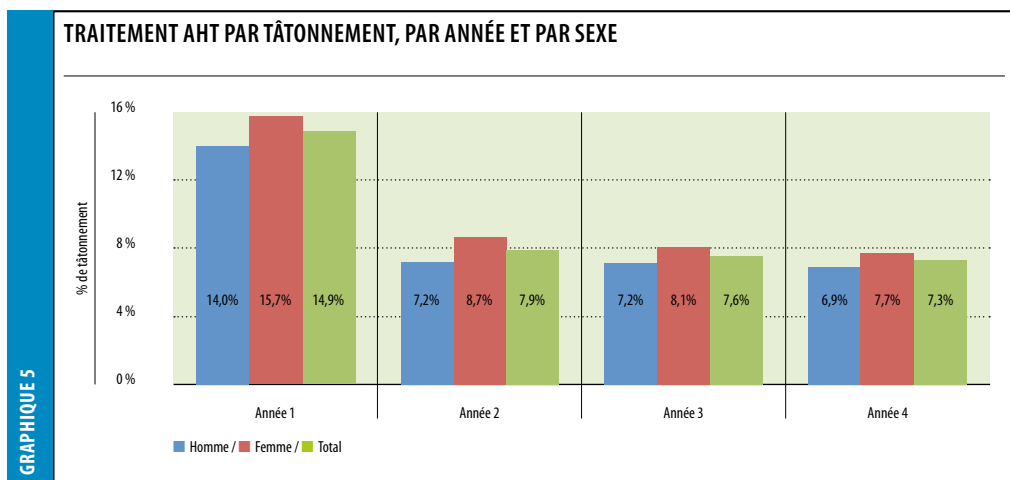
MATRICE DE CORRÉLATION DE LA COMPLIANCE ENTRE LES ANNÉES ÉTUDIÉES

Compliance	Compliance				
	1 ^e année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année
1 ^e année	1	0,70	0,61	0,53	0,46
2 ^e année	0,70	1	0,75	0,65	0,56
3 ^e année	0,61	0,75	1	0,77	0,64
4 ^e année	0,53	0,65	0,77	1	0,72
5 ^e année	0,46	0,56	0,64	0,72	1
1 ^e et 2 ^e année	3 ^e , 4 ^e et 5 ^e année				
	0,66				

D. Initiation et adaptation du traitement AHT par « tâtonnement »

1. Selon le sexe

Le tâtonnement est plus fréquent au début du traitement AHT où le médecin cherche le médicament qui convient le mieux au patient. Près d'une personne sur sept (14,9%) est concernée par cet ajustement la première année de traitement (14% chez les hommes et 15,7% chez les femmes). Il a ensuite tendance à concerner moins de personnes les années suivantes.



2. Parmi les personnes en vie ou décédées

Les personnes qui décèdent au cours des 5 années de notre étude ont des ajustements de traitement plus fréquents en première année que la cohorte en vie après 5 ans, et ceci peu importe le sexe de la personne (notons néanmoins que l'écart est plus important chez les hommes).

	Sexe	Individus traités par AHT	Tâtonnement (1 ^{er} année)	% de tâtonnement (1 ^{er} année)
Cohorte traitée par AHT pour la 1 ^{ère} fois en 2008	Homme	9.687	1.360	14,0%
	Femme	9.019	1.420	15,7%
	Total	18.706	2.780	14,9%
En vie au cours des 5 années de traitement	Homme	8.800	1.184	13,5%
	Femme	8.272	1.279	15,5%
	Total	17.072	2.463	14,4%
Décédé au cours des 5 années de traitement	Homme	887	176	19,8%
	Femme	747	141	18,9%
	Total	1.634	317	19,4%

3. Lien entre "tâtonnement" et arrêt du traitement AHT

Les tableaux 19 et 20 ne semblent pas montrer de lien entre présence ou non de tâtonnement au début du traitement et poursuite du traitement au cours des 5 années. La proportion de personnes non concernées par le tâtonnement qui suivent leur traitement au cours des 5 années est supérieure à celle des personnes concernées par le tâtonnement, mais l'écart n'est pas significatif.

	Arrêt/suivi traitement AHT	%
Absence de tâtonnement en 1 ^{ère} année	Traitement suivi sur les 5 ans	64%
	Arrêt définitif du traitement après 1 ^{ère} année	12%
	Arrêt définitif du traitement après 2 ^{ème} année	3%
	Autres	21%
	Total	100%
Tâtonnement en 1 ^{ère} année	Traitement suivi sur les 5 ans	59%
	Arrêt définitif du traitement après 1 ^{ère} année	13%
	Arrêt définitif du traitement après 2 ^{ème} année	4%
	Total	100%

TRAITEMENT AHT PAR TÂTONNEMENT OU NON EN 1ÈRE ET EN 2 ^e ANNÉE ET ARRÊT DÉFINITIF DU TRAITEMENT APRÈS LA 2 ^e ANNÉE			
TABLEAU 20		Arrêt/suivi traitement AHT	%
	Absence de tâtonnement en 1 ^e et en 2 ^e année	Traitement suivi sur les 5 ans	78%
		Arrêt définitif du traitement après 2 ^e année	4%
		Arrêt définitif du traitement après 3 ^e année	3%
		Autres	15%
		Total	100%
	Tâtonnement en 1 ^e et en 2 ^e année	Traitement suivi sur les 5 ans	74%
		Arrêt définitif du traitement après 2 ^e année	7%
		Arrêt définitif du traitement après 3 ^e année	4%
		Autres	15%
Total		100%	

La corrélation entre un traitement AHT par tâtonnement en 1^{ère} année et un arrêt du traitement AHT en deuxième année vaut -0,02 et n'est pas significative. De même, la corrélation entre le tâtonnement en deuxième année et un arrêt du traitement AHT en troisième année vaut 0,01 et n'est pas significative. La corrélation entre la compliance (en première et/ou en deuxième année) et un arrêt du traitement AHT les années qui suivent est également non significative. Par conséquent, nous pouvons dire qu'**il n'existe pas de lien significatif entre tâtonnement et arrêt du traitement ou entre absence de tâtonnement et poursuite du traitement.**

E. Compliance et traitement AHT par tâtonnement

Le tableau 21 montre une diminution de la proportion de personnes concernées par le tâtonnement et une augmentation de la proportion de personnes compliantes à leur traitement AHT au cours du temps.

	Sexe	Individus traités par AHT	Tâtonnement	Compliance	% de tâtonnement	% de compliance
1 ^{re} année de traitement	Homme	9.687	1.360	5.875	14,0%	60,6%
	Femme	9.019	1.420	5.040	15,7%	55,9%
	Total	18.706	2.780	10.915	14,9%	58,4%
2 ^e année de traitement	Homme	7.924	570	5.252	7,2%	66,3%
	Femme	6.810	590	4.124	8,7%	60,6%
	Total	14.734	1.160	9.376	7,9%	63,6%
3 ^e année de traitement	Homme	7.737	554	5.204	7,2%	67,3%
	Femme	6.455	524	4.087	8,1%	63,3%
	Total	14.192	1.078	9.291	7,6%	65,5%
4 ^e année de traitement	Homme	7.558	523	5.164	6,9%	68,3%
	Femme	6.288	487	4.026	7,7%	64,0%
	Total	13.846	1.010	9.190	7,3%	66,4%

Les données du tableau 21 indiquent qu'il existerait un lien entre l'évolution de l'absence de tâtonnement et celle de la compliance au traitement AHT. Une analyse de la corrélation entre ces deux variables montre cependant l'absence de relation entre celles-ci.

La corrélation entre un traitement AHT par tâtonnement en première année et la compliance en première année ou en deuxième année ou en dernière année (5^e) est proche de zéro et n'est pas significative. Par conséquent, nous pouvons dire qu'**il n'existe pas de lien significatif entre tâtonnement et compliance au traitement AHT.**

03



**Si le patient est
compliant au
traitement AHT
une année, il a
de fortes chances
de le rester
les années qui
suivent.**



Conclusion

Cette étude s'est intéressée à la prise en charge médicamenteuse initiale de l'hypertension artérielle, ainsi qu'à son évolution sur une période de 5 années. Les principaux résultats sont les suivants :

- > Une personne sur 10 arrête définitivement le traitement AHT après la première année de traitement.
- > Une personne sur 5 arrête le traitement AHT après 4 années de traitement (parmi les patients restés en vie sur la période étudiée).
- > Si le patient n'arrête pas le traitement AHT initial (2 premières années), il a de fortes chances de le poursuivre jusqu'au bout.
- > L'adhérence au traitement est meilleure lorsque le nombre de classes AHT prescrites est faible. Elle est particulièrement mauvaise parmi les personnes utilisant des bêta-bloquants seuls ou en association.
- > Si le patient est compliant au traitement AHT une année, il a de fortes chances de le rester les années qui suivent.
- > Le tâtonnement est plus fréquent au début du traitement où le médecin cherche le traitement qui convient le mieux au patient.
- > Il n'existe pas de lien significatif entre tâtonnement et arrêt du traitement ou adhérence au traitement.

04

Recommandations

Un problème important de l'hypertension artérielle est que beaucoup de personnes hypertendues ne sont pas traitées ou ne suivent pas correctement leur traitement. Pourtant, une bonne compliance au traitement AHT réduit fortement les complications cardiovasculaires. Pour améliorer la prise en charge de cette affection chronique, les Mutualités Libres recommandent les actions suivantes :

- **Promouvoir la compliance au traitement, en particulier chez les moins de 50 ans, soit un tiers des personnes nouvellement traitées pour hypertension. Les moins de 50 ans arrêtent en effet plus fréquemment leur traitement et le bénéfice préventif est plus important. A ce sujet, les Mutualités Libres émettent quelques suggestions :**
 - > Sensibiliser les patients hypertendus à l'importance de la compliance, apporter les informations utiles sur la maladie et ses conséquences, souligner l'importance du traitement et la prise correcte de celui-ci;
 - > Renforcer la relation collaborative et interactive entre le patient et le médecin dans leur objectif commun de maintien sous contrôle de la pression artérielle. Il convient en particulier d'informer les individus plus jeunes, chez qui l'hypertension est asymptomatique, de l'importance d'une bonne adhésion thérapeutique dans la prévention des complications;
 - > Promouvoir le rôle d'accompagnant (coaching) du médecin traitant, de la famille et du pharmacien dans la gestion de l'hypertension, tant en ce qui concerne le suivi des mesures d'hygiène de vie que l'adhésion au traitement, en particulier chez les individus présentant une ou plusieurs comorbidités, qui sont des facteurs de risque de non compliance;
 - > Lorsque le traitement n'a pas l'effet escompté, l'adhérence peut être contrôlée. Ce contrôle peut, dans certains cas, permettre d'éviter de passer inutilement à des schémas de traitement plus complexes.
- **Encourager la communication et la collaboration entre dispensateurs de soins** (médecin, pharmacien, personnel infirmier). Ils peuvent ainsi s'échanger des informations sur leurs patients, notamment via un dossier pharmaceutique partagé.
- **Il est important d'agir efficacement dès le départ**, puisque l'adhérence initiale au traitement conditionne l'adhérence au cours des années qui suivent.
- **Continuer à informer et sensibiliser la population au "tueur silencieux"** qu'est l'hypertension artérielle. Mettre l'accent sur l'importance de la détection précoce de la maladie et de la poursuite du traitement, ce qui permet d'éviter ou de retarder les complications.



Informer et sensibiliser la population au "tueur silencieux" qu'est l'hypertension artérielle. Mettre l'accent sur l'importance de la détection précoce de la maladie et de la poursuite du traitement, ce qui permet d'éviter ou de retarder les complications.



Mutualités Libres

Rue Saint-Hubert, 19
B-1150 Bruxelles
T 02 778 92 11 — F 02 778 94 04

.....

(©) Mutualités Libres
Bruxelles — Mai 2015
N° d'entreprise : 411 766 483

.....

Toutes nos études sur www.mloz.be

L'Union Nationales des Mutualités Libres regroupe :

