

SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE

---

LES MALADES HYPERTENDUS DANS 13 CABINETS  
DE MEDECINE GENERALE FRANCAISE  
FREQUENCE ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Introduction à une étude épidémiologique  
de la maladie hypertensive  
en médecine générale française

B. VINCENT et O. ROSOWSKY \*

avec :

D. THOMAS \*

B. ALBERT \*

G. MERY \*

A. VINCENT \*

J.P. LEMORT ◇

\* Société Française de Médecine Générale

◇ Chef de Travaux à la Faculté de Médecine de Nantes

- Cette recherche est subventionnée selon une convention établie en 1982, renouvelable annuellement jusqu'en 1987, entre La DIRECTION REGIONALE DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE des PAYS de LOIRE et la DELEGATION REGIONALE de la SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE.

Ont collaboré au recueil des données, les Docteurs :  
A et B ALBERT - A.M. CHESNEAU - A DELELIS-FANIEN - B. DEGORNET -  
J. FOEX - A. GERNIGON - P. LOURY - G. MERY - D. PAUL - R. SENAND -  
D. TESSON - D. THOMAS - A. VINCENT - B. VINCENT

Ont collaboré au titre de conseillers experts, les Docteurs :  
O. ROSOWSKY - J de COULIBOEUF

et pour l'informatisation et les calculs statistiques :  
J.P. LEMORT, Chef de Travaux à la Faculté de Médecine de Nantes.

Nous remercions très chaleureusement Mme LENAIN, Secrétaire de l'ANDSIM de nous avoir aidé pour la prise en charge des données à leur extraction.

SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE - Région OUEST - NANTES :  
52 bd Henry Orrion 44300 NANTES

SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE - PARIS : Département  
Recherche Scientifique, 29 avenue du Général Leclerc 75014

ANDSIM - Quai Moncoussu 44035 NANTES

S O M M A I R E

<u>INTRODUCTION</u>	p 9
I - CARACTERISTIQUES DU GROUPE DES PATIENTS HYPERTENDUS DANS LA POPULATION S'ADRESSANT AU MEDECIN GENERALISTE	p 11
I - 1 La fréquence	p 11
I - 1 - 1 - La prévalence	p 11
I - 1 - 2 - L'incidence	p 14
I - 1 - 3 - Remarque méthodologique préliminaire	p 19
I - 2 - Le dépistage	p 21
I - 2 - 1 - Le taux de dépistage	p 21
I - 2 - 2 - l'activité de dépistage selon les généralistes du groupe auxquels les patients s'adressent	p 21
I - 2 - 3 - Contours socio-démographiques de l'hypertendu nouvellement dépisté en médecine générale	p 24
I - 2 - 4 - Les circonstances du dépistage selon les problèmes (motifs de consultation) posés au médecin	p 25
I - 2 - 5 - Les circonstances du dépistage selon les modes d'appel au médecin par le malade	p 26
I - 3 - Caractéristiques des patients hypertendus dans la population qui s'adresse aux médecins généralistes, du point de vue du sexe et de l'âge	p 28
I - 3 - 1 - Le sexe	p 28
I - 3 - 2 - l'âge	p 32
I - 3 - 3 - Etude des patients hypertendus qui s'adressent à nous en fonction des variables sociologiques telles qu'elles sont connues des 13 médecins généralistes du groupe	p 35
II - LA PRISE EN CHARGE DES MALADES HYPERTENDUS DANS LES 13 CLIENTELES GENERALISTES OBSERVEES DU POINT DE VUE DE LA CONSOMMATION MEDICALE ET DES MODALITES DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE	p 49
II - 1 - La consommation de médecine générale	p 49
II - 1 - 1 - Les contacts médecin/malade : nombre et modalités	p 49
II - 1 - 2 - Le suivi dans les deux années 1983 - 84	p 50

III - LA MORBIDITE EFFERENTE, AFFERENTE et CONCOMITANTE  
DES SUJETS HYPERTENDUS

III - 1 - Les limites

III - 2 - La morbidité efférente

III - 3 - La morbidité afférente

III - 4 - Les problématiques concomitantes

III - 5 - La fin de la surveillance

CONCLUSION

Bibliographie

p70

p 70

p 71

p 76

p 80

p 83

p 84

p90

## I N T R O D U C T I O N

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une vaste enquête conduite depuis le 1er janvier 1983 par une équipe de 13 généralistes, membres de la Société Française de Médecine Générale : elle est à la fois épidémiologique, lorsqu'elle étudie, au niveau de la Santé publique, l'évolution des phénomènes morbides, et à la fois épistémologique lorsqu'elle étudie les différentes stratégies mises en oeuvre dans les analyses diagnostiques et dans les décisions thérapeutiques de l'omnipraticien (16).

Cette enquête porte sur un échantillon de 1299 malades, tirés au sort selon des tables de nombres aléatoires, dans chacune des 13 clientèles des médecins généralistes de l'équipe. Chacun de ces malades sera suivi pendant 4 années successives à l'occasion de chaque contact avec son médecin traitant. Chacun de ces contacts fait l'objet d'une fiche d'observation sur laquelle sont analysées, à partir du ou des problèmes posés au médecin, les élaborations diagnostiques, les évaluations pronostiques, les différentes stratégies décisionnelles, compte tenu du résultat diagnostique du problème posé. D'autres items sont analysés au cours de ces contacts, comme par exemple la prise en charge psychothérapeutique, sociale, préventive, ou même, le "ressenti" subjectif du médecin.

Bien entendu, chacun des malades suivis possède un dossier ouvert sur lequel sont notés tous les renseignements d'ordre sociologique, tous les événements pathologiques de son entourage familial, tous les événements professionnels ou sociologiques qui pourraient influencer la morbidité du malade.

Au 31 décembre 1984, 13.833 contacts médecin/ malade ont été mis en mémoire. De multiples problèmes pourront être étudiés à l'issue des 4 années de recueil d'information, mais nous avons pensé intéressant de publier, dès maintenant, nos premières observations arrêtées au 31 décembre 1984.

Nous précisons cependant d'emblée les limites de notre étude :

- 1/ Même si l'échantillonnage des malades observés répond aux normes de représentativité statistique des clientèles des 13 généralistes de l'enquête (16), il ne correspond pas obligatoirement à l'ensemble de la population française.
- 2/ Nous avons prévu de recueillir les informations pendant 4 ans : les résultats que nous publions sur 24 mois présentent donc moins de recul et leur intérêt est donc moindre. Néanmoins, ils nous ont paru intéressants à publier dans la mesure où ils pouvaient également servir de canevas et de réflexion critique pour les études futures, une fois l'enquête achevée.

.../...

- 3/ Les informations concernant les événements de la pathologie familiale ou les événements de la vie sociale ou professionnelle du malade, ne seront mises en mémoire qu'à l'issue des 4 années de recherche. Nous ne pourrions donc pas les analyser ici ni établir de corrélation entre elles et la morbidité suivie.
- 4/ Dans la recherche en cours, les noms des médicaments ne sont pas consignés car notre objectif ne consistait pas à valider telle ou telle thérapeutique. C'est pourquoi, le présent travail concerne davantage certains aspects mal connus de la prise en charge de l'hypertension en médecine générale que l'hypertension artérielle d'un point de vue clinique.

Cette étude permet néanmoins :

- d'une part, d'analyser ce phénomène morbide tel qu'il se présente au généraliste dans la réalité concrète et d'en déduire des mesures préventives ou thérapeutiques indispensables pour la santé publique. Par ailleurs, toute étude clinique ou thérapeutique peut se brancher ultérieurement sur de tels systèmes d'étude.
  - D'autre part, en démontant les mécanismes de la prise en charge du malade hypertendu en médecine générale, de déterminer le cadre précis de toute expérimentation en phase IV d'un médicament antihypertenseur, en dehors duquel ladite expérimentation introduirait des biais générateurs d'erreurs d'appréciation.
- 5/ Il ne s'agit pas, ici, de caractériser le malade hypertendu selon les chiffres de T.A trouvés au cours de l'évolution de sa prise en charge. Il est admis, implicitement, que le médecin généraliste prend en compte, comme hypertendu, tout malade dont les chiffres tensionnels sont égaux ou supérieurs à ceux qui sont définis comme anormaux par l'O.M.S. au point de lui paraître nécessiter une "prise en charge" : il est bien évident, en effet, qu'à moins de considérer les médecins de cette enquête comme incompetents, voire malhonnêtes, les chiffres de tension artérielle, dont ils connaissent parfaitement la variabilité selon les conditions de prise, sont considérés comme anormalement élevés quand ils leur paraissent redevables d'une "prise en charge". Il s'agit donc bien à leurs yeux de maladie hypertensive même si la présente enquête n'avait pas pour objet de la quantifier.

.../...

I - CARACTERISTIQUES DU GROUPE DE PATIENTS HYPERTENDUS DANS LA POPULATION S'ADRESSANT AU MEDECIN GENERALISTE

I - 1 - LA FREQUENCE : prévalence et incidence de l'hypertension artérielle dans la population toute morbidité présente dans nos cabinets de médecine générale.

Si nous avons choisi d'étudier l'hypertension artérielle (HTA) en médecine générale, à l'occasion de l'étude toute morbidité "...en Médecine Générale, après deux ans de recueil d'informations, c'est que cette pathologie est apparue de loin la plus fréquente dans les contacts entre le médecin et le malade puisque celui-ci apparaît hypertendu dans 16,5 % de ces contacts (voir tableau n° 5)".

I - 1 - 1 - La prévalence est calculée, chaque année, à partir de la moyenne entre la population globale en début d'année (PEi) et la population globale restante en fin d'année (PE r) : il faut en effet soustraire les malades sortis de l'enquête en fin d'année (PE s).

- Ainsi, en 1983, la population initiale était de 1.299 malades : 51 d'entre eux ont quitté l'enquête en cours d'année ; la population restante était donc, en fin d'année, de 1.248 malades. Le taux de prévalence en 1983 sera donc calculé à partir de l'effectif moyen.

$$\frac{1299 + 1248}{2} = \text{soit } 1273,5$$

- Pendant l'année 1984, 29 malades ont quitté l'enquête. L'effectif sur lequel sera calculée la prévalence est donc de

$$\frac{1248 + 1219}{2} = \text{soit } 1233,5$$

Par ailleurs, la prévalence tient compte des malades qui, en fin d'année, restent hypertendus. Or, l'hypertension artérielle étant une maladie chronique, le calcul de la prévalence se fera à partir du nombre de malades suivis ou découverts hypertendus en cours d'année et ne seront défectueux que ceux qui auront quitté l'enquête. Le tableau n° 1 résume ces observations.

- Notons, à propos de ce calcul de prévalence, que nous avons calculé le taux de prévalence restante de l'hypertension en 1985 à partir des malades restant hypertendus dans l'enquête et de la population observée au 1er janvier 1985.

.../...

TABLEAU N° 1

RESULTATS GLOBAUX : TAUX d'INCIDENCE et TAUX de  
PREVALENCE de l'HYPERTENSION ARTERIELLE dans les  
13 CLIENTELES de MEDECINE GENERALE en 1983 et 1984.

ANNEE	Population hyper- tendue P1 (P1A + PB)		Population Totale de l'année P.E.			Taux d'incidence %	Taux de PREVALENCE
	Connue P1A	Découverte P1B	Initiale PEi	Sortie PE s	Restante PE r	$\frac{P1B \times 100}{PEi + PE r}$	$\frac{P1 \times 100}{PEi + PE r}$
1983	244 *	22	1 299	51	1 248	1,73 %	23,71 %
1984	302*	8	1 248	29	1 219	0,65 %	25,13 %
1985	307**	/	1 219	- /	/	/	25,18 %

(\*) Aux 266 malades hypertendus pris en charge en 1983, s'ajoutent 36 malades connus pour hypertendus qui n'ont pas consulté pour HTA en 1983, soit  $266 + 36 = 302$ . Ces 36 malades étaient donc hypertendus au 1er janvier 83 : ils doivent donc être pris en compte dans le calcul de la prévalence 1983 et l'effectif des HTA connues se monte donc à  $244 + 36 = 280$ .

(\*\*) 3 malades hypertendus ont quitté l'enquête en 1984 (2 décès et 1 hospitalisation définitive ; voir tableau n° 36).

Une première remarque s'impose à partir de ce tableau n° 1 : le taux de prévalence de l'hypertension artérielle augmente d'une année sur l'autre, tandis que, comme nous le remarquerons plus loin, le taux d'incidence diminue. Cela désigne, à la fois, un dépistage rapide et une mortalité faible.

La seconde remarque concerne l'importance même de ce taux de prévalence  $\neq$  25 %  
 Il s'agit d'un taux considérable et qui mérite attention. Rappelons que, selon FROMENT (4), il y aurait environ 5 millions de sujets atteints d'hypertension en France. Dans un récent travail, F. FAGNANI, 1982 (3) cite une prévalence totale de 9 % dans le sexe masculin et de 7,9 % dans le sexe féminin, tous âges confondus - et FAGNANI écrit ceci : "en dépit de la croissance très rapide, dans un pays comme la France, de la prise en charge médicale de cette pathologie, il est clair qu'une très large proportion de patients susceptibles d'être traités, échappe encore complètement à l'intervention".

Au vu de notre taux de prévalence de 25 % parmi la population qui fréquente nos cabinets de médecine générale, il semble qu'il faille, en 1983/84, réviser ce jugement puisque le système global de dépistage en usage en France aboutit à concentrer chez le médecin généraliste ceux des membres de la population dont la prise en charge médicale s'impose et dont le taux de prévalence, tous âges et sexes confondus, est alors presque triplé.

Deux éléments d'information disponibles nous paraissent confirmer notre hypothèse :

Ce sont, d'une part, les travaux de H. LAMBERTS et collaborateurs, en Hollande (7) qui, au cours de la première année de leur enquête (1979-80) établissent le taux de prévalence des hypertendus à 6,67 %. Il s'agit là d'un taux calculé par rapport à l'ensemble des citoyens inscrits chez 12 médecins généralistes.

Or, il faut savoir que, dans le système de santé hollandais, cette inscription est pratiquement obligatoire pour tous les citoyens (consultants ou non, si bien que les listes des inscrits donnent un aperçu fidèle de la population générale et inclut les patients traités, mais aussi les citoyens qui n'ont pas été traités pendant l'année d'observation).

.../...

En France, par contre, ce sont les seuls citoyens consultant le généraliste qui forment l'échantillon servant de base à nos calculs.

La concentration observée donne alors une bonne mesure des qualités de dépistage et de prise en charge du système français.

Nous disposons aussi d'un autre élément d'information qui confirme l'importance de ce dépistage et de cette médicalisation régulièrement croissante des hypertendus. C'est une étude DOREMA\* qui donne une estimation de l'évolution du nombre de consultations et visites avec diagnostic de l'hypertension en médecine de ville française.

<u>ANNEE</u>	<u>NOMBRE</u>
1973	7.590.000
1975	10.279.000
1977	13.333.000
1979	17.831.000

Dont 95 % en médecine générale !

Il s'agit, il est vrai, non plus du nombre de malades hypertendus, mais d'une estimation indirecte de leur nombre par le nombre de consultations et visites où un traitement antihypertenseur a été prescrit. On constate une rapide croissance annuelle de ces prises en charge thérapeutiques et nous sommes curieux de voir publier l'évolution de ces informations DOREMA pour 1980/84.

I - 1 - 2 - Le taux d'incidence annuel est calculé à partir des mêmes populations définies pour le taux de prévalence, mais ne tient compte que des hypertendus dépistés pendant l'année concernée (voir tableau n° 1).

L'incidence de cas nouveaux s'établit donc en moyenne à 1,73 % en 1983 et à 0,65 % en 1984. Remarquons que si le taux d'incidence annuel diminue avec le temps, c'est que nous étudions une cohorte de malades fixée au départ, qui diminue du fait des départs et décès mais ne se renouvelle pas. C'est donc dans le seul sous-groupe de non hypertendus de cette cohorte initiale que peuvent apparaître les cas nouveaux.

On conçoit que la prévalence de l'H.TA peut augmenter alors que l'incidence des cas nouveaux diminue pour peu que la mortalité parmi les hypertendus soit faible et que le dépistage soit rapide.

Note : \* source non publiée mais citée par F. FAGNANI

Remarquons aussi que, pour les raisons déjà exposées plus haut, notre taux d'incidence, lors de la première année de saisie des données en 1983 (1,73 %) dépasse les taux que donne H. LAMBERTS à Maastricht dans la population générale, respectivement 0,91 % en 1979 et 0,87 % en 1980.

Néanmoins, il nous est apparu que notre taux d'incidence aurait pu être encore plus important si notre échantillonnage de population n'avait pas couru le risque d'un biais dans son recrutement. En effet, rappelons que les 100 malades des 13 clientèles ont été tirés au sort selon les tables de nombres aléatoires à partir du 1er janvier 1983. Or, dès le début de cette année, sévit en France une épidémie de grippe qui a touché essentiellement les classes les plus jeunes de la population, épargnant davantage les plus âgés immunisés souvent par une vaccination préalable. De ce fait, il y a lieu de penser que notre population s'est trouvée "sur-représentée" dans des classes d'âges plus exposées à ce risque infectieux, et donc "sous-représentée" dans les autres.

En effet, si nous établissons la pyramide des âges des nouveaux cas d'HTA découverts en 24 mois, et si pour chaque classe d'âge nous calculons le taux d'incidence, nous obtenons le tableau suivant (1 bis) qui montre, dans notre échantillon, un taux d'incidence maximum entre 46 et 55 ans, puis en décroissance dans les tranches d'âges plus élevées.

Nous proposons de corriger ce biais comme suit et on verra alors l'incidence annuelle des cas nouvellement dépistés s'établir à 2,54 % de la population qui s'adresse au médecin généraliste.

Pour opérer cette correction, nous comparons notre population générale avec les populations d'autres enquêtes épidémiologiques réalisées sur la clientèle des généralistes français et colligées par J. CHAPERON : il s'agit du regroupement au tableau IV de cet auteur, des enquêtes NORFORMED 82 - GIRONDE 80 - INSERM 75 - AQUITAINE 83).

.../...

TABLEAU N° 1 bis

Calcul du Taux d'Incidence Maximum de l'Hypertension Artérielle selon les différentes classes d'âge.

CLASSES d'AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL	Taux % d'Incidence Maximum
≤ 35 ans	2	1	3	0,49
de 36 à 45 ans	1	0	1	0,88
de 46 à 55 ans	4	6	10	6,41
de 56 à 65 ans	5	2	7	5,07
≥ 66 ans	2	6	8	3,42
Age inconnu	0	1	1	2,5
<u>Total</u>	14	16	30	2,31

(\*) Contrairement au calcul du tableau n° 1, le taux d'incidence a été rapporté à la population initiale (1 299), sans tenir compte des malades ayant quitté l'enquête dans chaque classe d'âge. Ce calcul est donc légèrement biaisé et ne peut donc être considéré comme définitif tant que n'auront pas été ventilés dans chaque classe d'âge les malades qui ont quitté l'enquête. Néanmoins nous avons présenté ces résultats à titre comparatif.

TABLEAU N° 2

COMPARAISON des STRUCTURES d'AGE des  
POPULATIONS "NANTES" et "AUTRES"

CLASSES d'AGE	NANTES		AUTRES		K = $\frac{\text{Tx 2}}{\text{Tx 1}}$
	Nbre	Tx 1(*)	Nbre	Tx 2	
moins de 35 ans	613	48,96	12 935	37,85	0,77
de 35 à 44 ans	114	9,10	4 050	11,85	1,30
de 45 à 54 ans	154	12,30	3 787	11,08	0,90
de 55 à 64 ans	137	10,94	4 343	12,75	1,16
65 ans et plus	234	18,69	9 057	26,50	1,42
Age inconnu	44				
TOTAL	1 296	100 %	34 172	100 %	1

(\*) Tx 1 = pourcentage de représentants de la classe d'âge par rapport à la population d'âge connu, soit 1 252.

En divisant le pourcentage de chaque classe d'âge des populations "autres" par le pourcentage de la même classe d'âge de la population de notre enquête, on obtient, pour chaque classe, un coefficient K, dit de "pondération" qui permettra d'estimer pour chaque classe d'âge la population théorique dite "pondérée", que nous aurions pu obtenir si notre échantillonnage n'avait pas été biaisé par l'épidémie de grippe. En appliquant ensuite à cette "population pondérée" le taux d'incidence initial, on obtient ainsi un nombre "pondéré" de nouveaux hypertendus (arrondi au nombre le plus proche), grâce auquel on calcule à nouveau le taux d'incidence "pondéré" ou taux théorique d'incidence de la maladie hypertensive dans nos clientèles de médecine générale.

Après correction, le taux d'incidence annuelle de l'hypertension artérielle dans la population qui fréquente nos cabinets de médecine générale s'établit donc à 2,54 % (tableau 3).

.../...

TABLEAU N° 3

CALCUL de l'INCIDENCE "BRUTE" de l'HTA selon les  
STRUCTURES d'AGE dans la POPULATION "NANTAISE".  
CALCUL de l'INCIDENCE "PONDEREE"

CLASSES d'AGE	:Popula- :tion :NANTES :(PN)	:HTA dé- :couver- :tes 198 :+ 1984	:Tx d'IN- :CIDENCE: :Annuel : moyen	: K pon- : déra- : tion	:Popula- :tion : pondérée : PN X K *	:Nbre :HTA : pondéré : **	:Tx d'IN- :CIDENCE) : pondéré : ***
moins de 35 ans	: 613	: 3	: 0,49	: 0,77	: 472	: 2	: 0,21
de 35 à 44 ans	: 114	: 1	: 0,88	: 1,30	: 148	: 1	: 0,34
de 45 à 54 ans	: 154	: 10	: 6,41	: 0,90	: 139	: 9	: 3,24
de 55 à 64 ans	: 137	: 6	: 5,07	: 1,26	: 173	: 9	: 2,60
plus de 65 ans	: 234	: 9	: 3,42	: 1,42	: 332	: 11	: 1,66
âge INCONNU	: 47	: 1	: 2,5	:	: 35	: 1	: 1,43
TOTAL	: 1 299	: 30	: 2,31	: 1	: 1 299	: 33	: 2,54

\* La population pondérée a été calculée en multipliant la population réelle de l'enquête par le coefficient K de pondération (en arrondissant au nombre le plus proche)  
Le total de la population pondérée d'âge connu s'établit à 1.264, le reste est attribué à la population d'âge inconnu.

\*\* Le nombre d'HTA selon le calcul pondéré est établi en multipliant la population pondérée PN X K par le Tx % d'incidence annuel moyen ; le résultat est arrondi au nombre le plus proche.

\*\*\* Il s'agit du Tx % d'incidence annuel moyen pour une population standardisée. Il est obtenu en divisant le nombre pondéré d'HTA par la population pondérée et ramené à 1 an en multipliant par 1/2.

I - 1 - 3 Remarque méthodologique préliminaire

Une fois étudiés les taux de prévalence et d'incidence de l'HTA dans les 13 clientèles de Médecine Générale, nous avons voulu :

- à la fois décrire les phénomènes sociologiques, les modalités de la prise en charge et les phénomènes morbides caractéristiques du malade hypertendu, et pour cela nous étudierons la totalité de notre population hypertendue (P), distinguant dans cette population tout ce qui se réfère à la sous-population (P1) des malades connus hypertendus au début de l'enquête, et à la sous-population (P2) des malades découverts hypertendus depuis le début de l'enquête ;
- et à la fois comparer, pour certains des aspects analysés, une population témoin à notre cohorte de malades hypertendus. Il nous a semblé, en effet, du plus grand intérêt de vérifier si les différents aspects analysés ici étaient propres ou non au malade hypertendu et, dans le cas où apparaîtrait une différence significative de répartition entre hypertendus et non hypertendus, si les éléments discriminants mis en évidence peuvent valablement faire l'objet d'hypothèses que des études épidémiologiques adéquates pourraient confirmer ou infirmer.

Il était donc indispensable de définir deux nouvelles populations rigoureusement identiques sur l'item qui nous était, dès le début, paru le plus discriminant : l'âge. Ces deux populations devaient comprendre autant de malades hypertendus que de malades non hypertendus dans les mêmes catégories d'âge. Or, en partant d'une population hypertendue (P) de 310 malades (280 hypertendus connus et 30 hypertendus découverts), nous ne pouvions trouver, dans les classes d'âge supérieures, là où la prévalence de l'hypertension atteint ou dépasse 50 %, autant de malades non-hypertendus que d'hypertendus. La population non-hypertendue la plus élevée possible en tenant compte de la ventilation par classe d'âge, s'élevait à 234 malades. Dans la population hypertendue globale (P) nous avons donc tiré au sort une population hypertendue rigoureusement identique par l'âge avec la population de ces 234 malades non-hypertendus. Ce sont donc ces deux nouvelles populations a priori, hypertendus (PA +) et non-hypertendus (PA -) que nous comparerons dans toute la suite de l'étude. Le tableau n° 3 bis définit ces deux nouvelles populations.

.../...

TABLEAU N° 3 bis

Répartition des populations avariées, hypertendues (PA+) et non-hypertendues (PA-), selon les classes d'âge et le sexe.

CLASSES d'AGE	: Population avariée:		: Population avariée)	
	: hypertendue (PA+)		: non-hypertendue(PA-)	
	: HOMMES	: FEMMES	: HOMMES	: FEMMES
≤ 35 ans	: 4	: 9	: 5	: 8
de 36 à 45 ans	: 6	: 6	: 7	: 5
de 46 à 55 ans	: 25	: 30	: 23	: 32
de 56 à 65 ans	: 30	: 34	: 22	: 42
➤ 66 ans	: 23	: 61	: 28	: 56
Age inconnu	: 2	: 4	: 3	: 3
TOTAL	: 90	: 144	: 88	: 146
	: 234		: 234	

I - 2 - LE DEPISTAGE de l'hypertension sera étudié par nous à partir des nouveaux cas découverts en deux ans et évalué par rapport au nombre de patients hypertendus présents dans notre échantillon.

I - 2 - 1 - Le taux de dépistage correspond à la proportion de nouveaux cas d'hypertension (soit 30) sur le nombre total d'hypertendus pris en charge en 2 ans (soit 310). Ce taux de dépistage global dans notre enquête est donc de :

$$\text{Tx D} = \frac{30 \times 100}{310} = 9,7 \%$$

Rappelons que, dans une étude antérieure (18), conduite par la Société Française de Médecine Générale, les auteurs dénombrèrent 31 nouveaux cas d'HTA sur un total de 506 HTA recensées, soit 6,13 % de coefficient de dépistage, dans 85 clientèles de médecine générale.

I - 2 - 2 - L'activité de dépistage selon les généralistes du groupe auxquels les patients s'adressent

Cette activité de dépistage de l'HTA chez chacun des 13 médecins de l'enquête, a été estimée dans le tableau 5, en comparant pour chacun d'eux le nombre de contacts "malade/médecin" consacrés aux malades nouvellement découverts, atteints d'HTA au nombre de contacts consacrés aux patients déjà suivis pour HTA.

Une remarque s'impose d'emblée : dans ce tableau N° 5, il ne s'agit plus d'un dénombrement de malades hypertendus suivis ou découverts (et donc pas du calcul du Td), mais du dénombrement des contacts reflétant l'activité du médecin généraliste vis-à-vis du malade qu'il suit pour hypertension et du malade qu'il découvre hypertendu pour la première fois.

Il n'est malheureusement pas possible de comparer, par le test de X<sup>2</sup>, au stade actuel de l'enquête, la répartition des nouveaux cas selon les généralistes à leur répartition des cas d'HTA déjà suivis, parce que les "effectifs calculés" pour les nouveaux cas sont inférieurs au nombre minimum de 5 nécessaires pour que la méthode soit valable.

.../...

TABLEAU N° 5

REPARTITION des MEDECINS selon le nombre de contacts  
"MEDECIN/MALADE" pour HTA "SUIVIE", "DECOUVERTE" et  
pour toute pathologie dans l'Enquête

+++++

MEDECIN N° de CODE	: Nbre de con- : tacts Tte : Pathol. CT	: Contacts HTA:		: Contacts HTA:		: Contacts HTA:		** : Taux de : contacts : de dépistage
		: suivie C1	: découverte C2	: "globale"	: C1 + C2	: Nbre	: Tx *	
		: Nbre	: Tx *	: Nbre	: Tx *	: Nbre	: Tx *	
02	: 1 104	: 353	: 32,0%	: 0	: 0 %	: 353	: 32,0%	: 0 %
03	: 931	: 155	: 16,6%	: 7	: 0,7 %	: 162	: 17,4%	: 4,3 %
04	: 817	: 95	: 11,6%	: 7	: 0,8 %	: 102	: 12,5%	: 6,9 %
05	: 751	: 35	: 4,7%	: 4	: 0,5 %	: 39	: 5,2%	: 10,3 %
08	: 1 064	: 107	: 10,1%	: 0	: 0 %	: 107	: 10,1%	: 0 %
10	: 1 075	: 144	: 13,4%	: 28	: 2,6%	: 172	: 16,0%	: 16,3 %
11	: 1 920	: 153	: 8,0%	: 13	: 0,7%	: 165	: 8,6%	: 7,9 %
12	: 977	: 96	: 9,8%	: 7	: 0,7%	: 103	: 10,5%	: 6,8 %
13	: 1 038	: 67	: 6,4%	: 15	: 1,4%	: 82	: 7,9%	: 18,3 %
14	: 1 260	: 303	: 24,0%	: 29	: 2,3 %	: 332	: 26,3%	: 8,7 %
15	: 747	: 119	: 15,9%	: 3	: 0,4 %	: 122	: 16,3%	: 2,5 %
16	: 1 051	: 314	: 29,9%	: 7	: 0,7%	: 321	: 30,5%	: 2,2 %
17	: 1 098	: 210	: 19,1%	: 10	: 0,9%	: 220	: 20,0%	: 4,5 %
TOTAL	: 13 833	: 2 151	: 15,5%	: 130	: 0,9%	: 2 280	: 16,5%	: 5,7 %

\* Le taux correspond au pourcentage de "contacts" consacrés pendant les années 1983 et 1984 à l'HTA, soit "suivie", soit "découverte", soit "globale", par rapport au nombre total de contacts.

\*\* Le taux de contacts correspond au pourcentage de "contacts" consacrés pendant les années 1983 et 1984 au dépistage de l'HTA par rapport au nombre total de contacts avec les malades hypertendus

$$\frac{C2 \times 100}{C1 + C2}$$

Nous sommes cependant tentés de déterminer trois tendances parmi les médecins de notre groupe et ceci de deux points de vue différents

- l'activité en nombre de contacts consacrés à l'HTA par rapport à toutes pathologies confondues.

Nous repérons ainsi

- "un type A (médecins 04,05,08,11,12 et 13) dont les contacts HTA représentent - de 12 % de l'activité totale"
- "un type B (médecins 03,10 et 15)...dont les contacts HTA représentent 16 et 18 % de l'activité totale, c'est-à-dire aux environs du taux moyen (16,5 %)
- enfin, un type C (médecins 02,14,16 et 17) où la fréquence des contacts pour HTA dépasse 20 % et atteint même 32 % des contacts pour toute pathologie".

Le test du Khi 2 montre que la différence de répartition entre les groupes A B et C est globalement très significative ( $X^2 = 444,45$  pour D D L 2), comme est hautement significative la répartition entre B et A ( $X^2 = 83$  pr D D L 1) ou B et C ( $X^2 = 69$  pr D D L 1) ou A et C ( $X^2 = 444$  pr D D L 1)

- L'activité en nombre de contacts, consacrés au dépistage par rapport au nombre de contacts à l'HTA dans son ensemble.
- Le groupe A' (médecins n° 02,08,15,16) où prédomine une activité de surveillance de l'hypertension ;
- le groupe B' (médecins n° 05,10 et 13) où prédomine une activité de dépistage de l'hypertension
- le groupe C' (médecins n° 03,04,11,12,14 et 17) où le "dépistage" et le "suivi" se partagent l'activité du médecin.

Le test du Khi 2 montre que la différence de répartition entre les groupes A' B' et C' est globalement très significative ( $X^2 = 82$  pr D D L 2), comme est hautement significative la répartition entre B' et A' ( $X^2 = 92$  pr D D L 1) ou B' et C' ( $X^2 = 20,12$  pr D D L 1) ou A' et C' ( $X^2 = 36,04$  pr D D L 1)

Ces deux hypothèses demandent une étude ultérieure. Remarquons toutefois, que les sous-groupes A, B, C et A', B', C', ne se recoupent pas.

D'autre part, il n'est pas possible de caractériser ces sous-groupes de médecins selon des critères sociologiques (âge, sexe, lieu d'exercice, formation, etc...) en raison de la faiblesse des effectifs analysés.

Là aussi, si l'hypothèse de tendances différentes dans les activités de dépistage et de surveillance se confirme, il conviendra de faire une étude avec un plus grand nombre de médecins praticiens dans une visée sociologique corrélant les médecins et les patients qui s'adressent à eux.

### I - 2 - 3 - Contours socio-démographiques de l'hypertendu nouvellement dépisté en médecine générale

Les tableaux 4 à 20 donnent, à côté d'autres informations, les répartitions du groupe des malades nouvellement dépistés selon des variables concernant leur appartenance socio-professionnelle, leur activité, leur habitat, leur situation de famille, l'ancienneté et l'étendue familiale de leur relation avec leurs médecins généralistes.

Au stade actuel de l'étude, les effectifs sont trop faibles pour assurer une validité statistique aux informations recueillies. Nous signalons cependant certaines d'entre elles à titre d'exemple de ce qui pourrait être montré ou invalidé avec un nombre de cas nouvellement dépistés qui serait suffisant à la fin de l'étude ou produit par un travail à venir fait sur une base plus large.

Ainsi, Tableau 4, p.36, il apparaît que ce serait parmi les personnels de service ainsi que parmi les professions libérales et les cadres supérieurs que le taux de malades nouvellement dépistés par rapport aux hypertendus traités, serait le plus élevé. Ce taux serait le plus faible parmi les salariés agricoles, les marins pêcheurs mais aussi les ouvriers OS - OP, manoeuvres et apprentis.

Le tableau 8 (p.34), indique, par l'incidence annuelle, que les cas nouveaux d'hypertension apparaissent surtout entre 46 et 56 ans.

Selon le tableau 9 (p.37 ), il s'agit surtout de personnes en activité, retraitées ou de femmes au foyer (on notera que les catégories enfants, étudiants et chômeurs ne peuvent être prises en considération en raison de la faiblesse de leur effectif, tant comme HTA suivie que nouvellement dépistée).

Tableau 10 (p.39 ), il apparaît que les taux de dépistage seraient plus élevés dans les grandes villes et selon les tableaux 11, 13 et 14, il s'agirait plus souvent d'appartements de grande dimension et confortables.

Tableau 15 (p.42 ), il se pourrait que les nouveaux hypertendus soient plus souvent dépistés parmi les célibataires.

Tableau 17 (p.44 ), il s'agit plus souvent d'un premier contact avec le malade.

Tableaux 18, 19, 20 (p.46 et 47 ), il apparaît que d'autres membres de la famille sont fréquemment connus et sont encore, ou ont été avant de décéder, soignés par le médecin.

Répetons une nouvelle fois que, du fait de la faiblesse des effectifs chez les hypertendus nouvellement dépistés au stade actuel de l'étude, il n'est pas possible d'effectuer de tests de signification. Cette typologie du nouvel hypertendu n'est donc qu'une esquisse : elle n'a pas d'autre valeur que celle qu'on peut attribuer à une enquête d'observation.

Néanmoins, elle nous a semblé utile à ébaucher pour servir de point de départ à des hypothèses et à des travaux plus spécifiques dans ce domaine. Certains points pourront aussi être testés à la fin des quatre années d'observation, si à ce moment l'effectif des nouveaux cas est devenu suffisant.

#### I - 2 - 4 - Les circonstances du dépistage selon les problèmes (motifs de consultation) posés au médecin

Notre inventaire indique le motif de consultation en amont de chacun des résultats diagnostiques auquel le médecin arrive lors de chacune des séances consacrées aux malades inclus dans l'étude. Il nous suffisait donc ici de répertorier ces motifs.

La liste en est la suivante :

- signes fonctionnels ou signes d'appel de la maladie hypertensive : 9 cas sur 30 à savoir :
 

céphalées	5 cas
douleurs thoraciques	2 cas
gêne respiratoire	1 cas
plaintes diverses et floues	1 cas
- découverte fortuite ou systématique : 21 cas sur 30 à savoir :
 

problème d'HTA posé par le malade	11 cas
examen systématique	5 cas
fièvre aiguë *	4 cas
agitation	1 cas

On peut donc dire que, dans notre étude, la maladie hypertensive ne se démasque pas toujours par ses signes fonctionnels classiques : il s'agit pour 1/3 des cas d'une "maladie" quiescente qu'un geste technique simple permet de dépister.

I - 2 - 5 - Les circonstances du dépistage selon les modes d'appel au médecin par le malade

/en taux            Le tableau 6 bis            donne les consultations et visites/de contacts pour HTA nouvellement dépistée et pour HTA suivie

\* Il peut paraître curieux de constater qu'une H.T.A. soit découverte à l'occasion d'un problème de fièvre aiguë. Mais, il faut rappeler l'incidence de l'épidémie de grippe au 1er trim. 83 ; aussi bien au cours de ce trimestre 11 hypertensions furent dépistées sur le total de 30 hypertendus dépistés en deux années d'observation.

TABLEAU N° 6 bis

Répartition des Contacts avec les Malades hypertendus, soit suivis (P1), soit découverts (P2), selon le mode de prise en charge.

Mode de Prise en Charge	Contacts pour HTA suivie P1		Contacts pour HTA découverte P2	
	Nombre	Taux %	Nombre	Taux %
Consultation	1 305	60,7	98	73,4
Visite	826	38,4	32	24,6
Malade hospitalisé	1	0,05	0	0
Contact par téléphone	15	0,7	0	0
Lettre	2	0,1	0	0
Autres contacts	1	0,05	0	0
TOTAL	2 150	100	130	100

Constatant que les contacts autres que ceux en consultations ou visites sont en nombre insignifiant, on peut dire que les différences de répartition entre suivi et dépistage sont significatives, tant du point de vue des consultations par rapport aux visites  $X^2 = 7,56$  pour D D L 1 (seuil inférieur à 0,01) que des consultations par rapport à toutes les autres formes de contacts regroupées  $X^2 = 11,7$  pour D D L 1 (seuil inférieur à 0,01) et des visites par rapport à toutes les autres formes de contacts regroupées  $X^2 = 8,39$  pr D D L 1 (seuil inférieur à 0,01).

	contacts pour HTA suivie	contacts pour HTA dépistée
Consultation	60,7 %	73,4 %
visite	38,4 %	24,6 %

On constate que, comme on pouvait s'y attendre, un grand nombre d'hypertensions sont dépistées et suivies au cabinet médical. Mais la SURPRISE EST GRANDE DE CONSTATER LA PART IMPORTANTE DE MALADES HYPERTENDUS DEPISTES ( UN QUART) ET SUIVIS ( 38 %)A L'OCCASION DE VISITES A DOMICILE ON TOUCHE ICI, A LA FOIS A UN DES CARACTERES PROPRES A LA MEDECINE GENERALE DANS LA PRISE EN CHARGE, DE L'HYPERTENSION EN FRANCE ET AU CARACTERE BIAISE D'ETUDES SUR L'HYPERTENSION ARTERIELLE COMPORTANT UN PASSAGE OBLIGATOIRE, REGULIER OU INTERMITTENT EN MILIEU HOSPITALIER OU SPECIALISE. S'il est vrai que ce problème, celui des non répondants, qui reste un des biais reconnus par ses auteurs dans l'étude pilote de Framingham, peut être accepté aux U.S.A où la visite à domicile du médecin est devenue un fait d'exception, il n'en est pas ainsi en Europe, si bien que toute étude de faits cliniques s'appliquant à la population générale devra en tenir le plus grand compte et ne pourra guère se passer hors du champ de la médecine générale.

I - 3 - CARACTERISTIQUES DES PATIENTS HYPERTENDUS DANS LA POPULATION QUI S'ADRESSE AUX MEDECINS GENERALISTES DU POINT DE VUE DU SEXE ET DE L'AGE

I - 3 - 1 - Le sexe (tableau 7 bis)

Parmi les 310 malades hypertendus retrouvés après deux années d'observation dans notre enquête, nous avons dénombré :

116 hommes  
194 femmes

ce qui donne un sexe-ratio de 1,67"

Au départ de l'enquête, nous avons dénombré

102 hommes  
178 femmes

soit un sexe-ratio de 1,74

TABLEAU N° 7 bis

SELON LES AGES  
 PYRAMIDE des AGES de la Population hypertendue comparée à la Pyramide des Ages de la Population générale de l'Enquête.

HOMMES  
 =====

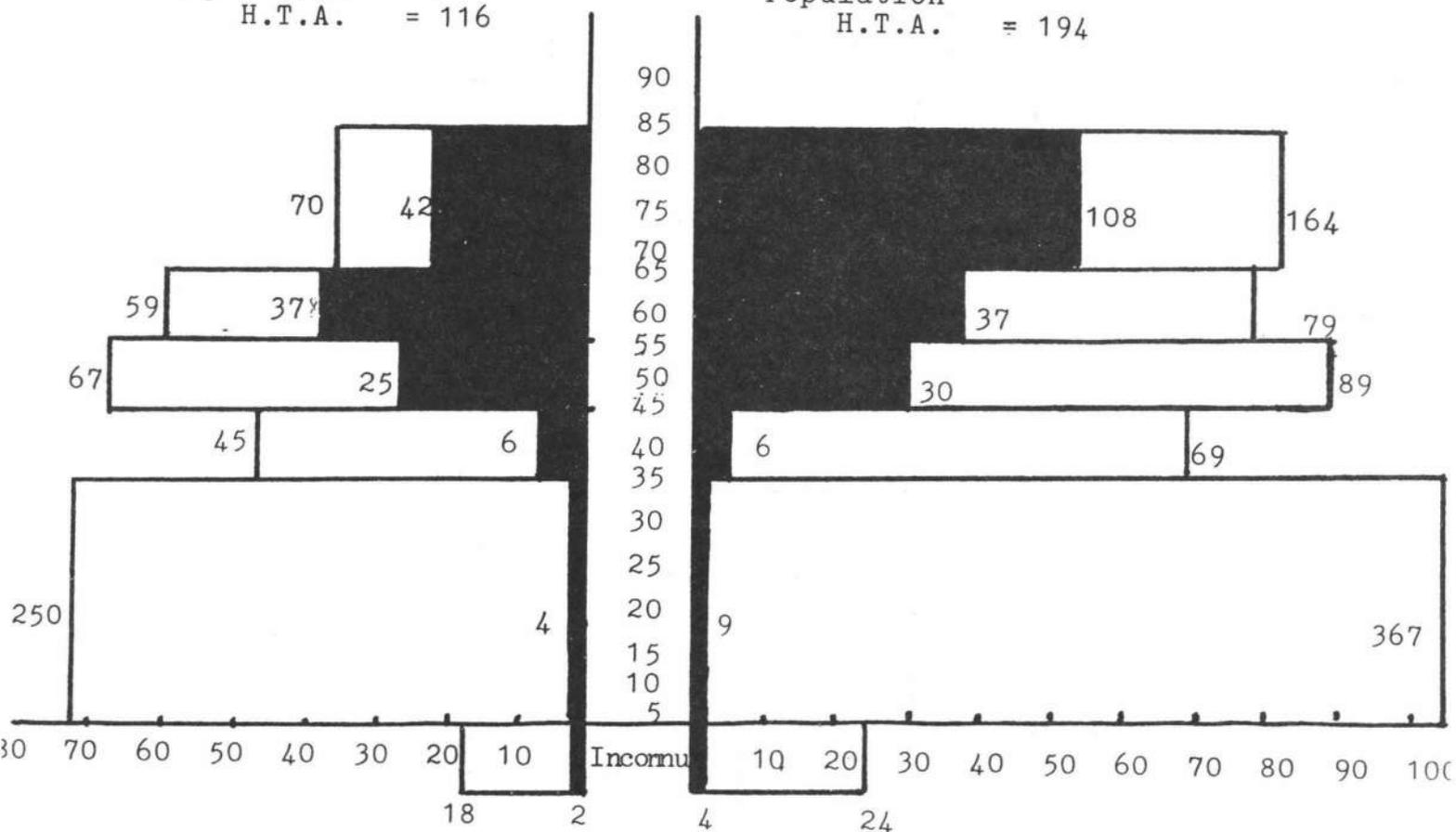
FEMMES  
 =====

Population Générale = 507

Population Générale = 792

Population H.T.A. = 116

Population H.T.A. = 194



Dans ce tableau chaque groupe est représenté par une aire proportionnelle à son importance numérique.

TABLEAU N° 7 ter

EFFECTIFS DES HYPERTENDUS SELON LE SEXE ET LES TRANCHES D'AGE

CLASSES d'AGE	HOMMES		FEMMES		TOTAL		le test utilisé est la comparaison de deux pourcentages observés  E significatif pour $\alpha=0,05$ vaut 1,96
	HTA	EFFECTIF	HTA	EFFECTIF	HTA	EFFECTIF	
Moins de 35 ans	2	250	8	367	10	617	Effectifs trop petits
de 36 à 45 ans	5	45	6	69	11	114	" " "
de 46 à 55 ans	21	67	24	89	45	156	ep = 0,586
de 56 à 65 ans	32	59	35	79	67	138	ep = 1,15
» de 66 ans	40	70	102	164	142	234	ep = 0,725
inconnus	2	16	3	24	5	40	effectifs trop petits
TOTAL	102	507	178	792	280	1299	

Nous dirons que le sexe ratio moyen dans nos clientèles est de 1,7.

Cette information doit, naturellement, tenir compte de la proportion plus grande de femmes par rapport aux hommes dans nos clientèles. Dans l'étude de H. Lamberts qui nous servira ici souvent de référence, le sexe ratio est de 2.

La prédominance de l'hypertension artérielle chez les femmes retrouvée dans notre étude, comme dans l'autre, tient sans doute à des multiples facteurs, en particulier, comme nous le verrons plus loin, à la prévalence forte de l'HTA dans les classes d'âge élevé et l'on sait que l'espérance de vie des femmes est largement supérieure à celle des hommes.

Aussi, si l'on calcule la prévalence de l'hypertension à partir de l'effectif global en début d'enquête (507 hommes et 792 femmes), en ne tenant compte que des malades connus hypertendus en début d'enquête, (soit 102 hommes et 178 femmes), le taux de prévalence pour les hypertendus était de 20,12 % et pour les femmes de 22,47 %.

Nous avons cherché à voir si cette différence de taux dans les effectifs des hypertendus selon le sexe était significative et donc s'il existait dans nos clientèles une corrélation entre sexe et hypertension artérielle.

A cet effet, nous avons tracé, par tranche d'âge, les effectifs d'hypertendus selon le sexe (tableau 7 ter) et calculé, dans chaque tranche les écarts réduits entre le pourcentage d'hypertendus chez les hommes et le pourcentage chez les femmes.

Pour que l'écart réduit ep. soit significatif au risque 0,05, il doit dépasser 1,96. On constate que ce n'est le cas dans aucune des tranches d'âge pour lesquelles nous avons des effectifs d'hypertendus suffisants pour effectuer le calcul.

Nous en concluons que, dans notre échantillon de population, il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes quant au taux de sujets hypertendus selon le sexe.

Par ailleurs, si l'on calcule le sexe ratio dans les 2 populations appariées selon les classes d'âge (voir tableau 3 bis) on retrouve :

- dans la population appariée hypertendue (PA+) un sexe-ratio de 1,60
- dans la population appariée non hypertendue (PA-) un sexe-ratio de 1,66

On peut donc considérer nos deux populations (PA +) et (PA -) comme rigoureusement appariées, non seulement en âge mais aussi selon le sexe. (cf p. 20)

I - 3 - 2 - L'âge

L'influence de l'âge sur la maladie hypertensive est indiscutable. Nous allons l'étudier successivement selon sa prévalence et selon son incidence.

Etude de la prévalence selon l'âge :  
l'étude de la prévalence en fonction de l'âge revêt une importance majeure puisque ce taux s'élève de façon croissante au fil des années. Cet item peut être couplé avec celui du sexe car il y a une corrélation étroite entre ces deux données (tableau 7)

Chez les hommes, la prévalence est très faible avant 35 ans, elle démarre dès 36 ans pour atteindre 1/3 de la population masculine vers 50 ans. Mais à partir de 56 ans, la prévalence dépasse 50 %, ce qui signifie que plus d'un homme sur deux est considéré comme hypertendu.

Chez les femmes, il existe avant 35 ans, un taux de prévalence plus élevé, peut-être en raison des hypertensions gravidiques, mais il faut que la femme atteigne 65ans pour que le taux de prévalence dépasse celui des hommes et que plus d'une femme sur deux soit trouvée hypertendue.

On comprend dès lors pourquoi l'apariement s'avérerait impossible à réaliser après 55 ans pour les hommes ou 65 ans pour les femmes (cf 1 - 1 - 3)

TABLEAU N° 7

Etude de la Prévalence de l'hypertension artérielle au 01-01-83 (\*) selon l'âge et le sexe.

Classes d'Age	Hommes	Femmes
≤ 35 ans	0,8 %	2,2 %
de 36 à 45 ans	11,1 %	8,7 %
de 46 à 55 ans	31,3 %	27,0 %
de 56 à 65 ans	54,2 %	44,3 %
≥ 66 ans	57,1 %	62,2 %
Inconnu	12,5 %	12,5 %

(\*) Le taux de prévalence des sujets hypertendus a été calculé sur l'échantillon des patients tel qu'il a été tiré au sort dans nos clientèles au départ de l'étude.

### Etude de l'incidence

Plus aléatoires seront les conclusions que nous pourrons tirer de l'étude du taux d'incidence selon les classes d'âge. En effet, l'effectif de 30 nouveaux hypertendus répertoriés en 2 ans est trop faible pour nous permettre de tirer des conclusions importantes.

Le tableau n° 8 répartit ces taux d'incidence, calculés selon la population initiale et les compare aux taux retrouvés par LAMBERTS. Cet auteur ne retient que 3 classes d'âge dans son étude. Si nous faisons de même, nous constatons que :

- chez les malades de moins de 45 ans, notre taux d'incidence  $\left( \frac{4 \times 100}{731} \right)$  est de 0,55 %  
exactement égal à celui trouvé par LAMBERTS
- chez les malades de 46 à 65 ans, il est de  $\left( \frac{17 \times 100}{294} \right)$  5,78 %, donc nettement plus élevé
- chez les malades de plus de 65 ans, il est de  $\left( \frac{8 \times 100}{234} \right)$  3,42 %, également plus élevé que chez LAMBERTS, bien que la différence soit moins forte.

Notons d'ailleurs qu'un contingent de malades "d'âge inconnu" augmente encore nos chiffres par rapport à ceux de l'étude néerlandaise.

En fait, la différence s'explique fort bien si l'on se souvient que les incidences de LAMBERTS sont calculées par rapport à la population générale telle qu'elle est tout entière inscrite chez les généralistes, alors que nos incidences "Nantes" sont calculées par rapport à la seule fraction de la population qui fréquente spontanément nos cabinets, avec une demande médicalisée.

Dans ces conditions, on comprend que notre incidence soit plus forte parmi les 46 à 65 ans qui représentent une fraction seulement de la population générale de cette tranche d'âge, celle qui consulte chez nous pour un motif déjà médical.

Par contre, pour les plus de 65 ans, nos incidences se rapprochent de celles constatées en Hollande, dans la mesure où les taux de médicalisation tendent à s'égaliser avec l'extension des problèmes médicaux du s à l'âge dans cette tranche des deux populations.

TABLEAU N° 8

Taux d'Incidence annuel moyen (\*)  
de l'hypertension artérielle  
selon les classes d'âge. Compa-  
raison avec LAMBERTS.

Classes d'Age	Taux d'Incidence dans l'Enquête de "NANTES"	Taux d'Incidence dans l'Enquête de LAMBERTS
≤ 35 ans	0,48 %	0,55 %
de 36 à 45 ans	0,87 %	
de 46 à 55 ans	6,41 %	1,58 %
de 56 à 65 ans	5,07 %	
≥ 66 ans	3,42 %	2,3 %
Inconnu	2,5 %	0

(\*) Ce taux est calculé à partir de la population initiale de l'enquête, en ne tenant donc pas compte des malades ayant quitté l'enquête depuis le 01-01-83 ; il est donc approximatif et cité ici à titre de comparaison avec celui trouvé par LAMBERTS.

I - 3 - 3 - Etude des patients hypertendus qui s'adressent à nous en fonction des variables sociologiques telles qu'elles sont connues des 13 médecins généralistes du groupe.

Selon les catégories socio-professionnelles

S'agissant d'hypertension, nous avons classé nos patients selon leur activité professionnelle actuelle ou passée pour les retraités. En l'absence d'activité professionnelle propre, nous avons catégorisé selon l'activité professionnelle du chef de famille. Seuls, ceux qui n'entraient dans aucune de ces catégories ont été classés autres ou inconnue.

Il s'agit ici d'une démarche délibérée, volontairement orientée vers la recherche de différences d'ordre plus sociologiques que purement professionnelles, dans la globalité des comportements socio-culturels, alimentaires et autres.

Le tableau 4 classe donc nos patients en 9 groupes socio-professionnels selon les regroupements de l'INSEE (plus un dernier de classe inconnue).

Pour chaque groupe, nous donnons d'abord pour les malades hypertendus leur nombre total P présent, subdivisé en P1 (hypertendus suivis) et P2 hypertendus nouvellement dépistés, ainsi que le taux de dépistage.

Il apparaît des différences importantes parmi ces taux selon les catégories socio-professionnelles, mais nous avons vu plus haut que la faiblesse des effectifs de cas nouveaux au stade actuel de l'observation ne permet pas d'affirmer le caractère significatif de ces différences.

Ensuite, le tableau donne les nombres par catégorie socio-professionnelle dans les deux populations a priori selon l'âge et le sexe HTA + (PA +) et non HTA (PA -).

Nous avons pratiqué le test du Khi 2 pour  $9 \text{ D D L } \times 2 = 16,9$ , donc non significatif. Il n'apparaît pas, parmi les patients qui consultent nos cabinets de médecine générale, de différence significative de répartition de l'hypertension selon nos classes socio-professionnelles, entre nos patients de même âge et sexe. Cette conclusion ne recoupe pas celle qu'évoque R. BASTIDE (20) décrivant une fragilité des "managers" vis-à-vis des complications cardio-vasculaires de leur "névrose", à moins qu'une catégorie particulière de ces managers ne consulte que des spécialistes exclusivement.

Nous avons voulu préciser cette notion d'une absence de corrélation entre fréquence d'hypertension et activité professionnelle parmi les patients qui s'adressent au généraliste. A cet effet (tableau 9) nous avons étudié la répartition de nos patients selon leur degré d'intégration dans la vie professionnelle active.

TABLEAU N° 4

REPARTITION des MALADES HYPERTENDUS (P), soit suivis (P1), soit découverts (P2) selon les Catégories Socio-Professionnelles (code INSEE). Calcul du taux de dépistage (Td) =  $\frac{P2 \times 100}{P}$  et COMPARAISON des POPULATIONS avariées, hypertendues (PA+) et non-hypertendues (PA-) suivant les différentes catégories Socio-Professionnelles.

CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES REGROUPEES (CODE INSEE)	MALADES HYPERTENDUS P				POPULATION APARIEE	POPULATION APARIEE
	P	P1	P2	Td	HTA- (PA+)	non-HTA (PA-)
Salariés Agricoles (10), Marins pêcheurs (66)	6	6	0	0	5	4
Exploitants agricoles (00), Patrons pêcheurs (23)	17	16	1	5,9	9	7
Ouvriers OS-OP, Manoeuvres, Apprentis, Mineurs (61-63-65-67-68)	80	78	2	2,5	59	45
Personnels de service (42-70-71-72)	29	23	6	20,7	22	17
Patrons de l'Industrie et du Commerce Artisans (21-22-26-27)	43	36	5	11,6	33	25
Employés (51-53)	29	26	3	10,3	26	26
Cadres Moyens (41-43-44-60)	41	36	4	9,7	33	48
Divers (Armée - Police - Clergé) (80-81-82)	11	10	1	9,1	9	10
Prof. libérales intellectuelles - Cadres supérieurs (30-32-33-34)	30	26	4	13,3	22	29
Inconnue -Autre (90-99)	24	21	3	12,5	16	23
TOTAL	310	280	30	9,45	234	234

TABLEAU N° 9

REPARTITION des MALADES HYPERTENDUS (P), soit suivis (P1), soit découverts (P2), selon leur activité. Calcul du taux de dépistage (Td) =  $\frac{P2 \times 100}{P}$  et COMPARAISON des POPULATIONS avariées, hypertendues) P (PA+) et non-hypertendues (PA-) selon leur activité.

ACTIVITE des MALADES	MALADES HYPERTENDUS P				POPULATION: POPULATION APARIEE	
	P	P1	P2	Td	HTA (PA+)	non-HTA (PA-)
FEMME au FOYER	94	89	5	5,3	64	57
ENFANT non SCOLARISE	2	2	0	0	2	5
ENFANT SCOLARISE	3	2	1	33,3	3	11
ETUDIANT	0	0	0	0	0	1
RETRAITE	135	121	14	10,4	89	93
CHOMEUR	5	5	0	0	5	2
en ACTIVITE	68	57	10	14,7	64	64
INCONNUE	3	4	0	0	3	1
TOTAL	310	280	30	9,7	234	234

La comparaison des répartitions, dans les deux groupes appariés, parmi les patients hypertendus (PA +) et parmi les non hypertendus (PA -), ne montre aucune différence significative, ni globalement, ni même en comparant les seules femmes au foyer, puis les seuls retraités à tous les "autres" regroupés

	PA+	PA -	
femmes au foyer	64	57	$\chi^2 = 0,53$
autres	170	177	N.S
<hr/>			
	234	234	
	PA+	PA -	$\chi^2 = 0,14$
retraités	89	93	N.S
autres	145	141	
<hr/>			
	234	234	

DANS NOS CLIENTELES, L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE, N'INFLUENCE PAS SIGNIFICATIVEMENT LA PROPORTION DE MALADES HYPERTENDUS.  
CETTE CONSTATATION VA A L'ENCONTRE DE CERTAINES IDEES RECUES.

Les variables de type sociologique dont l'étude va suivre, ont toutes été analysées selon la même procédure statistique que celle que nous venons d'utiliser pour les catégories socio-professionnelles. On montre d'abord les différences dans les taux de dépistage dans l'échantillon total de nos hypertendus. (Ces résultats ont été commentés plus haut dans les paragraphes consacrés au dépistage). La validité statistique est reportée ici à une phase ultérieure lorsque l'effectif des hypertendus -nouvellement dépistés - sera suffisant. (cf 1 - 2 - 3)

Puis, on compare les répartitions des malades selon les variables étudiées dans les deux populations appariées PA + et PA -. On dispose là d'effectifs permettant l'usage du test de signification Khi 2 qui est alors calculé pour l'ensemble de la répartition, mais aussi, le cas échéant, pour les seules sous-variables apparemment les plus différenciées, afin d'apprécier le degré de significativité de cette différence.

#### L'Habitat

- les tableaux : 10 Lieu et habitat  
11 type "  
12 ancienneté dans l'habitat  
13 grandeur de l'habitat  
14 confort de "

TABLEAU N° 10

REPARTITION des MALADES HYPERTENDUS (P), soit suivis (P1), soit découverts (P2), selon le lieu de l'Habitat. Calcul du taux de dépistage (Td) =  $\frac{P2}{P} \times 100$  et COMPARAISON des POPULATIONS avariées, hypertendues (PA+) et non-hypertendues (PA-) selon le lieu de l'Habitat.

LIEU d'HABITAT	MALADES HYPERTENDUS P				POPULATION HTA (PA+)	POPULATION non-HTA (PA-)
	P	P1	P2	Td		
GRANDE VILLE	141	129	28	19,8	110	111
PETITE VILLE	69	65	4	5,8	57	50
AGGLOMERATION de MOINS de 10 000 Hbts	67	60	7	10,4	49	54
hors AGGLOMERATION	23	23	0	0	15	17
INCONNU	4	3	1	25	3	2
TOTAL	310	280	30	9,7	234	234

TABLEAU N° 11

REPARTITION des MALADES HYPERTENDUS (P), soit suivis (P1), soit découverts (P2) selon le type de leur habitat. Calcul du Taux de Dépistage (Td) =  $\frac{P2}{P} \times 100$  et COMPARAISON des POPULATIONS avariées, hypertendues (PA+) et non-hypertendues (PA-) selon le type de l'HABITAT.

TYPE d'HABITAT	MALADES HYPERTENDUS P				POPULATION HTA (PA+)	POPULATION non-HTA (PA-)
	P	P1	P2	Td		
MAISON INDIVIDUELLE	188	172	16	8,5	144	145
APPARTEMENT	92	80	12	13,0	65	68
AUTRE	9	8	1	11,1	6	8
INCONNU	21	20	1	4,8	19	13
TOTAL	310	280	30	9,7	234	234

TABLEAU N° 12

REPARTITION des MALADES HYPERTENDUS (P), soit suivis (P1), soit découverts (P2) selon l'ancienneté dans l'Habitat. Calcul du taux de dépistage (Td) =  $\frac{P2 \times 100}{P}$  et COMPARAISON des POPULATIONS avariées, hypertendues (PA+) et non-hypertendues (PA-) suivant l'ancienneté dans l'Habitat.

ANCIENNETE dans l'HABITAT	MALADES HYPERTENDUS P				POPULATION: HTA (PA+)	POPULATION APARIEE non-HTA (PA-)
	P	P1	P2	Td		
moins de 5 ANS	51	48	6	11,8	45	50
de 5 à 20 ANS	126	112	14	11,1	95	99
plus de 20 ANS	97	91	5	5,1	64	60
INCONNUE	33	29	4	12,1	30	25
TOTAL	310	280	30	9,7	234	234

TABLEAU N° 13

REPARTITION des MALADES HYPERTENDUS (P), soit suivis (P1), soit découverts (P2) selon la GRANDEUR de l'HABITAT. Calcul du taux de dépistage (Td) =  $\frac{P2 \times 100}{P}$  et COMPARAISON des POPULATIONS avariées, hypertendues (PA+) et non-hypertendues (PA-) selon la GRANDEUR de l'HABITAT.

GRANDEUR de l'HABITAT	MALADES HYPERTENDUS P				POPULATION: HTA (PA+)	POPULATION APARIEE non-HTA (PA-)
	P	P1	P2	Td		
PETIT LOGEMENT (1-2 PIECES)	64	57	7	10,9	43	46
LOGEMENT MOYEN (3-4 PIECES)	148	134	13	8,8	110	107
GRAND LOGEMENT (5 PIECES et +)	43	37	6	13,9	33	50
INCONNUE	55	52	3	5,4	48	31
TOTAL	310	280	30	9,7	234	234

TABLEAU N° 14

REPARTITION des MALADES HYPERTENDUS (P), soit suivis (P1), soit découverts (P2) selon le CONFORT de l'HABITAT. Calcul du taux de dépistage (Td) =  $\frac{P2 \times 100}{P}$  et COMPARAISON des

POPULATIONS avariées, hypertendues (PA+) et non-hypertendues (PA-) selon le CONFORT de l'HABITAT.

CONFORT de l'HABITAT	MALADES HYPERTENDUS P				POPULATION:	POPULATION)
	P	P1	P2	Td	APARIEE	APARIEE
					HTA (PA+)	non-HTA (PA-)
LOGEMENT en PARFAIT ETAT	157	137	20	12,7	119	144
LOGEMENT bien EQUIPE assez VETUSTE	75	69	6	8,0	53	43
LOGEMENT bon ETAT sans EQUIPEMENT	27	27	0	0	19	15
LOGEMENT mal EQUIPE et VETUSTE	10	10	0	0	6	8
INCONNU	41	37	4	9,7	37	24
TOTAL	310	280	30	9,7	234	234

TABLEAU N° 15

REPARTITION des MALADES HYPERTENDUS (P), soit suivis (P1), soit découverts (P2) selon la SITUATION de FAMILLE. Calcul du taux de dépistage (Td) =  $\frac{P2 \times 100}{P}$  et COMPARAISON des

POPULATIONS avariées, hypertendues (PA+) et non-hypertendues (PA-) selon la SITUATION de FAMILLE.

SITUATION de FAMILLE	MALADES HYPERTENDUS				POPULATION	POPULATION
	P				APARIEE	APARIEE
	P	P1	P2	Td	HTA (PA+)	non-HTA (PA-)
CELIBATAIRE	26	20	6	23,1	20	35
MARIE(E)	178	162	16	9,0	145	141
VEUF(VE)	90	82	7	7,8	56	52
DIVORCE(E), SEPARE(E)	4	4	0	0	3	0
CONCUBINAGE	6	6	0	0	5	3
AUTRE	1	1	0	0	1	1
INCONNU	5	5	0	0	4	2
TOTAL	310	280	30	9,7	234	234

revèlent tous, au calcul du Khi 2 en fonction de leur degré de liberté, une absence de différence significative dans la répartition des hypertendus par rapport aux non hypertendus. Selon ces variables concernant l'habitat dans nos clientèles de la population générale fréquentant nos cabinets médicaux, on retrouve ici des faits déjà signalés à propos des catégories socio-professionnelles.

#### La situation de famille

Le tableau 15 nous pose un problème. En effet, la répartition entre hypertendus et non-hypertendus n'est globalement pas significative  $\chi^2 = 6,29$  pour D D L 3, la probabilité de se tromper étant de 5 à 10 fois sur 100.

Cependant, en calculant  $\chi^2$  entre les célibataires d'une part, et tous les autres regroupés, on trouve

	PA +	PA -
Célibataires	20	35
autres	214	199
	234	234

avec  $\chi^2 = 4,64$  c'est à dire significatif à 0,05 (DDL 1)

Le groupe des célibataires dans nos clientèles, semble présenter des particularités qui mériteront sans doute une attention particulière dans nos études futures.

En effet, le taux de dépistage de l'hypertension parmi les célibataires est deux à trois fois plus élevé que pour les mariés et les veufs. Par contre, la proportion d'hypertendus parmi les célibataires qui fréquentent nos cabinets médicaux semble significativement inférieure à celle qu'on trouve chez les non célibataires. Une hypothèse serait que tout se passe comme si les célibataires étaient sous-médicalisés du point de vue de l'hypertension artérielle, affection souvent longtemps muette, pour laquelle on peut ne pas être induit à consulter spontanément.

#### L'ancienneté dans la clientèle

Nous disposons d'informations sur l'ancienneté de la relation médecin /malade sous deux formes :

- l'ancienneté de la relation du médecin avec la famille des patients (tableau n° 16)

Dans ce cas, le test du Khi ne montre pas de liaison entre la présence d'hypertension si on compare les populations a prioriées PA + et PA -.

TABLEAU N° 16

REPARTITION des MALADES HYPERTENDUS (P), soit suivis (P1), soit découverts (P2) selon l'ANCIENNETE de la RELATION de la FAMILLE avec le MEDECIN de l'ENQUETE. Calcul du taux de dépistage (Td) =  $\frac{P2 \times 100}{P}$  et COMPARAISON des POPULATIONS

apariées, hypertendues (PA+) et non-hypertendues (PA-) selon l'ANCIENNETE de la RELATION de la FAMILLE avec le MEDECIN de l'ENQUETE.

ANCIENNETE de la RELATION avec la FAMILLE	MALADES HYPERTENDUS P				POPULATION:	POPULATION
	P	P1	P2	Td	APARIEE HTA (PA+)	APARIEE non-HTA (PA-)
PREMIER CONTACT	12	10	2	16,7	9	15
MOINS d'UN AN	18	16	2	11,1	14	16
PLUS d'UN AN	280	254	26	9,3	211	202
TOTAL	310	280	30	9,7	234	234

TABLEAU N° 17

REPARTITION des MALADES HYPERTENDUS (P), soit suivis (P1), soit découverts (P2) selon l'ANCIENNETE de la RELATION du MALADE avec le MEDECIN de l'ENQUETE. Calcul du taux de dépistage (Td) =  $\frac{P2 \times 100}{P}$  et COMPARAISON des POPULATIONS

apariées, hypertendues (PA+) et non-hypertendues (PA-) selon l'ANCIENNETE de la RELATION du MALADE avec le MEDECIN de l'ENQUETE.

ANCIENNETE de la RELATION avec le MALADE	MALADES HYPERTENDUS P				POPULATION:	POPULATION
	P	P1	P2	Td	APARIEE HTA (PA+)	APARIEE non-HTA (PA-)
PREMIER CONTACT	10	8	2	20,0	8	19
MOINS d'UN AN	23	20	3	13,0	20	12
PLUS d'UN AN	277	252	25	9,0	206	202
TOTAL	310	280	30	9,7	234	234

- L'ancienneté de la relation du médecin avec les patients de l'échantillon (tableau n° 17).

DANS CE CAS, LE TEST DU Khi 2 MONTRE QU'IL Y A UNE DIFFERENCE SIGNIFICATIVE DE REPARTITION DES MALADES ENTRE HYPERTENDUS ET NON HYPERTENDUS ( $\chi^2 = 6,52$  pour D D L 2 ( $P < 0,05$ ) et cette liaison est significative dans le groupe 1er CONTACT; les malades avariés non hypertendus (PA -) sont deux fois et demie plus nombreux que les hypertendus.

Nous avons vérifié cette significativité pour le GROUPE 1er CONTACT comme suit :

	PA +	PA -
1er contact	8	19
les autres regroupés	226	215
	234	234

$\chi^2 = 4,76$  pour D D L 1 ( $P < 0,05$ )

	PA +	PA -
Par contre moins d'un an	20	12
les autres regroupés	214	222

$\chi^2 = 2,14$  NS

C'est bien la répétition des rencontres qui joue le rôle principal dans la prise en charge médicale de l'hypertension chez les patients qui s'adressent au médecin généraliste.

Après avoir cherché une liaison entre prise en charge de l'hypertension et ancienneté dans la clientèle, nous avons cherché à voir s'il existait une liaison avec le nombre de membres de la famille connus du médecin et avec le nombre de ceux qui sont soignés et vivants, comme ceux qui ont été soignés par le médecin et qui sont décédés (ce dernier point nous permet de rechercher l'effet du processus du deuil selon les pathologies prises en charge par le médecin généraliste.

Il s'agit des tableaux 18 - 19 - 20.

Dans le cas de l'hypertension, les tests du Khi 2 n'ont pas montré de corrélation dans la répartition de nos patients entre le groupe des hypertendus et le groupe avarié des non hypertendus.

.../...

TABLEAU N° 18

REPARTITION des MALADES HYPERTENDUS (P), soit suivis (P1) soit découverts (P2) selon le nombre de membres de la famille du malade connus du Médecin de l'enquête . Calcul du taux de dépistage (Td) =  $\frac{P2 \times 100}{P}$  et COMPARAISON des

POPULATIONS avariées, hypertendues (PA+) et non-hypertendues (PA-) selon le nombre de membres de la famille connus.

MEMBRES de la FAMILLE CONNUS	MALADES HYPERTENDUS P				POPULATION: POPULATION APARIEE : APARIEE HTA- (PA+) : non-HTA (PA-)	
	P	P1	P2	Td		
FAMILLE INCONNUE	0	0	0	0	0	2
1 MEMBRE CONNU	44	39	5	11,4	36	35
de 2 à 5 MEMBRES CONNUS	146	129	17	11,6	114	130
de 6 à 10 MEMBRES CONNUS	92	86	6	6,5	68	55
de 11 à 15 MEMBRES CONNUS	19	18	1	5,3	13	9
de 16 à 20 MEMBRES CONNUS	4	4	0	0	2	2
plus de 20 MEMBRES CONNUS	2	2	0	0	1	1
TOTAL	310	280	30	9,7	234	234

TABLEAU N° 19

REPARTITION des MALADES HYPERTENDUS (P), soit suivis (P1), soit découverts (P2) selon le nombre de membres de la famille du malade soignés et décédés. Calcul du taux de dépistage  $(Td) = \frac{P2 \times 100}{P}$  et COMPARAISON des POPULATIONS avariées, hypertendues (PA+) et non-hypertendues (PA-) selon le nombre de membres de la famille du malade soignés et décédés.

MEMBRES SOIGNES et DECEDES	MALADES HYPERTENDUS P				POPULATION:	POPULATION
	P	P1	P2	Td	APARIEE HTA (PA+)	APARIEE non-HTA (PA-)
AUCUN MEMBRE	241	214	25	10,4	184	193
1 MEMBRE	54	52	2	3,7	40	33
de 2 à 5 MEMBRES	15	13	2	13,3	10	7
6 MEMBRES et plus	0	0	0	0	0	1
TOTAL	310	280	30	9,7	234	234

TABLEAU N° 20

REPARTITION des MALADES HYPERTENDUS (P), soit suivis (P1), soit DECOUVERTS (P2) selon le nombre de membres de la famille du malade soignés et vivants. Calcul du taux de dépistage  $(Td) = \frac{P2 \times 100}{P}$  et COMPARAISON des POPULATIONS avariées, hypertendues (PA+) et non-hypertendues (PA-) selon le nombre de membres de la famille du malade soignés et vivants.

MEMBRES SOIGNES et VIVANTS	MALADES HYPERTENDUS P				POPULATION:	POPULATION
	P	P1	P2	Td	APARIEE HTA (PA+)	APARIEE non-HTA (PA-)
AUCUN MEMBRE	1	1	0	0	1	3
1 MEMBRE	70	64	6	8,6	50	55
de 2 à 5 MEMBRES	151	131	19	12,6	123	133
de 6 à 10 MEMBRES	71	65	5	7,0	52	36
de 11 à 15 MEMBRES,	12	12	0	0	6	6
de 16 à 20 MEMBRES	4	4	0	0	1	0
plus de 20 MEMBRES	1	1	0	0	1	1
TOTAL	310	280	30	9,7	234	234

TABLEAU N° 6

REPARTITION des CONTACTS selon leur MODE pour HTA  
et pour toute PATHOLOGIE, selon les 13 MEDECINS

+++++

MEDECINS	CONSULT.		VISITE		HOSPITAL.		TELEPHONE		LETTRES		AUTRES		TOTAL	
	Tot.	path:	Tot.	path:	Tot.	path:	Tot.	path:	Tot.	path:	Tot.	path:	Tot.	
	HTA	HTA	HTA	HTA	HTA	HTA	HTA	HTA	HTA	HTA	HTA	HTA	HTA	
02	699	172	336	180	15	0	49	1	3	0	2	0	1 104	353
03	514	82	380	79	4	0	24	1	5	0	4	0	931	162
04	527	74	201	26	8	0	62	1	10	1	9	0	817	102
05	588	35	126	4	0	0	29	0	1	0	7	0	751	39
08	699	74	234	33	2	0	128	0	0	0	1	0	1 064	107
10	635	123	359	46	10	1	66	2	4	0	1	0	1 075	172
11	726	54	921	102	43	0	172	7	4	1	54	1	1 920	165
12	680	83	226	20	20	0	29	0	15	0	7	0	977	103
13	814	56	206	25	1	0	4	1	4	0	9	0	1 038	82
14	735	217	398	113	17	0	93	2	4	0	13	0	1 260	332
15	510	87	137	35	11	0	64	0	3	0	22	0	747	122
16	576	187	467	134	5	0	1	0	0	0	2	0	1 051	321
17	610	159	396	60	0	0	58	0	11	1	23	0	1 098	220
TOTAL	8 313	1 403	4 387	857	136	1	779	15	64	3	154	1	13 833	2 280

- Nombre de contacts en 83-84 : 13 840 (Contacts pour l'ensemble de l'échantillon des patients représentatifs des 13 clientèles.)
- Nombre de contacts pour HTA en 83-84 : 2 281 (contacts pour les seuls sujets hypertendus de l'échantillon)

II - LA PRISE EN CHARGE DES MALADES HYPERTENDUS DANS LES 13  
CLIENTELES GENERALISTES OBSERVEES : du point de vue de la  
consommation médicale et des modalités de la prise en  
charge médicale

Le malade hypertendu pris en charge par son médecin traitant "consomme" un certain nombre d'actes médicaux de médecine générale. Il peut également, en raison de son hypertension, s'arrêter de travailler, mais aussi "consommer" des examens spécialisés, des examens de laboratoires, voire entrer en milieu hospitalier. C'est cette pratique de l'hypertension en médecine générale qu'il nous faut étudier maintenant.

II - 1 - La CONSOMMATION DE MEDECINE GENERALE

II - 1.1 - Les contacts médecin/malade : nombre et modalités

Pour les 310 sujets hypertendus suivis entre le 1er janvier 1983 et le 31 décembre 1984, les 13 médecins de l'enquête consacrèrent au total 2.280 contacts. Rappelons que nous appelons "contact" toute rencontre entre le malade et le médecin, pourvu qu'elle concerne un ou plusieurs problèmes médicaux soumis à celui-ci. C'est ainsi que, dans notre enquête, nous avons retenu comme contacts :

- la consultation au cabinet du médecin
- la visite au domicile du malade
- la visite du malade hospitalisé en établissement de soins
- le contact téléphonique
- le contact par échange de correspondance ou, enfin, toute autre forme de contact.

Le tableau 6 donne la répartition des contacts par modalités, tels qu'ils se sont établis entre les malades et chacun de leurs généralistes, au cours des 24 mois de l'observation et ce, d'une part, pour les malades hypertendus, et, d'autre part, pour toutes pathologies confondues.

- On constate que la prise en charge des sujets hypertendus est quantitativement présente dans un nombre imposant : 16,5 % des contacts médicaux toutes pathologies confondues (contacts avec l'ensemble de l'échantillon des patients représentatifs des 13 clientèles et observés pendant deux ans).

- On constate aussi qu'il s'agit d'une prise en charge en consultation au cabinet médical et au domicile des malades puisque les autres modes de prise en charge (hospitalisation, lettre, téléphone, etc..) ne représentent que 0,9 % des contacts pour les sujets hypertendus, alors qu'ils sont 8 % des contacts pour les sujets toutes pathologies.

.../...

Cela se conçoit parfaitement si on pense au fait que le contrôle de la tension artérielle comporte un geste de mesure par le généraliste, geste qui fait partie de son acte médical.

On peut donc dire que le problème de l'hypertension est presque exclusivement pris en charge en médecine générale française par un contact direct personnel avec le malade, soit en consultation, soit en visite à domicile.

On constate enfin que le malade hypertendu consomme moins de "contacts" avec son médecin que le malade toutes pathologies confondues.

En effet, à partir du tableau 6, on calcule que

- le patient "toutes pathologies", HTA éventuelle incluse,
  - consomme : 5,3 contacts par an
  - dont 3,2 en consultation
  - 1,2 en visite à domicile
  - 0,4 en autres modalités
- le patient hypertendu (autres pathologies éventuelles incluses) consomme :
  - 3,6 contacts par an
  - dont 2,2 en consultation
  - 1,3 en visite à domicile
  - 0,03 en autres modalités

Reste qu'à l'examen du Tableau 6, il semble exister des différences dans les pratiques des 13 médecins quant à la proportion des consultations et visites consacrée aux malades hypertendus et non hypertendus. Il conviendra de vérifier cette impression par des travaux ultérieurs.

## II - 1.2 - Le suivi dans les deux années 1983 - 1984

Tout au long de l'année, la prise en charge du sujet hypertendu par le médecin généraliste va comporter une succession de problèmes, d'évaluations, de décisions, bref de "démarches" qui font la trame de toute prise en charge médicale mais qui, pour l'hypertension artérielle, présentent des caractéristiques bien spécifiques. En effet, nous allons voir ici apparaître des DIFFERENCES TRES HAUTEMENT SIGNIFICATIVES entre nos patients hypertendus et les non hypertendus de même âge et sexe.

Les tableaux 21 à 26 exposent les démarches diagnostiques et thérapeutiques effectuées à l'occasion de chaque contact par le médecin généraliste, entre le 1<sup>o</sup> janvier 1983 et le 31 décembre 1984

.../...

telles qu'elles sont inventoriées et mises en mémoire dans notre étude, c'est-à-dire sous une forme chaînée. Chacun des problèmes (motifs de consultation) que le médecin se pose est ainsi suivi d'une position diagnostique, d'une évaluation pronostique, d'un type de prise en charge thérapeutique, d'une décision quant à un prochain contact éventuel, d'une décision d'appel ou non à des compléments techniques, d'un arrêt de travail ou non.

Naturellement, chaque contact comporte autant de démarches chaînées que de motifs de consultation.

Nos tableaux présentent les éléments de la démarche globalement pour les populations suivantes :

sur la partie à gauche : P = l'échantillon réel de nos malades hypertendus, subdivisé en

P1 malades suivis

P2 malades nouvellement

dépistés pendant les 2  
années d'observation

dont nous rendons compte

et en P1A, P2A = toutes pathologies  
c'est à dire tous les motifs  
de consultation  
confondus, hypertension  
incluse.

P1B, P2B = seuls les motifs  
hypertension et les démar-  
ches qui s'ensuivent étant  
répertoriés

Nous savons que l'effectif P2 est insuffisant au stade actuel de l'étude. C'est pourquoi, nous publions cette partie à titre indicatif sur les renseignements très intéressants qui pourront en être tirés si, à la fin de notre temps d'observation, cet effectif devient suffisant pour une étude statistique.

Sur la partie à droite : PA + et PA - les échantillons de patients hypertendus et non hypertendus a priori en fonction de l'âge et du sexe, tels qu'ils ont été tirés au sort dans l'échantillon global réel des malades observés.

Nous disposons ici d'effectifs de démarches en nombre suffisant pour effectuer valablement les calculs de significativité et les raisonnements qui vont suivre.

.../...

TABLEAU N° 21

Répartition des démarches effectuées dans la population réelle des malades hypertendus (P), soit suivis (P1), soit découverts (P2), pour toute pathologie confondue  $PA = P1A + P2A$  et pour hypertension seule  $PB = P1B + P2B$ , selon les positions diagnostiques obtenues par le médecin à l'issue de ces contacts, et comparaison des positions diagnostiques selon les populations appariées, hypertendues (PA+) et non-hypertendues (PA-).

	MALADES HYPERTENDUS							POPULATION APPARIEE	
	P							HTA	non-HTA
	PA	PB	P1A	P1B	P2A	P2B	PA+	PA-	
Aucune constatation nouvelle	3 433	1 519	3 334	1 469	99	50	2 619	1 686	
Symptôme Cardinal	708	238	659	214	49	24	542	737	
Syndrôme	685	245	611	213	74	32	511	885	
Tableau de Maladie	631	230	590	211	41	19	468	872	
Diagnostic certifié	111	22	107	21	4	1	76	227	
<b>TOTAL</b>	<b>5 468</b>	<b>2 254</b>	<b>5 301</b>	<b>2 128</b>	<b>267</b>	<b>126</b>	<b>4 216</b>	<b>4 407</b>	

N = démarches, nombre entre le 1-1-83 et le 31-12-84  
P = population réelle des hypertendus  
PA+ et PA- = population appariée HTA + et non HTA

- Le tableau 21 permet de répartir l'ensemble des positions diagnostiques auxquelles s'est arrêté le médecin à l'issue des contacts avec ses malades.

Rappelons que nous distinguons 5 positions diagnostiques (note)

- 1 - le signe cardinal
- 2 - le groupe de symptômes
- 3 - le tableau de maladie ou syndrome correspondant à une maladie définie
- 4 - Le diagnostic certifié par tous les moyens des sciences médicales du moment
- 5 - Aucune constatation nouvelle : cette position correspond à une des autres positions diagnostiques, mais dont le traitement a effacé ou compensé les effets de façon satisfaisante.

On compare les répartitions dans l'échantillon PA+ (les patients HTA) avec celles de l'échantillon PA- (les patients même âge, même sexe, non hypertendus). Le test du Khi 2 montre une différence très hautement significative ( $p < 0,001$ ) entre les deux populations du point de vue des positions diagnostiques opératoires atteintes en aval des problèmes (uniques ou multiples, toutes pathologies sans HTA ou toutes pathologies et HTA) que le médecin s'est posé à chaque contact.

Cette haute significativité se retrouve pour chacune des positions, isolée par rapport à toutes les autres (regroupées).

	PA+	PA -	
<u>Aucune constatation nouvelle</u>	2619	1686	X2 = 490 très significatif
autres positions	1597	2721	
	PA+	PA-	
<u>Signe cardinal</u>	542	737	X2 = 25,5 très significatif
autres positions	3674	3670	

(Note) Nous reprenons ici le concept de R.N. BRAUN concernant les positions diagnostiques opératoires : (signe cardinal, groupe de symptômes, tableau de maladie, diagnostic certifié) et nous ajoutons une position 5 : aucune constatation nouvelle, position qui correspond aux besoins d'une étude épistémologique. On notera que nous nous plaçons là sur l'axe n°2 du système biaxial de classification de R.N Braun dont l'axe n°1, dénommatif, détermine sa pleine valeur épidémiologique.

	PA+	PA-	
<u>Syndrôme</u>	511	885	X2 = 100,6 très significatif
Autres positions	3705	3522	
	PA+	PA-	
<u>Tableau de maladie</u>	468	872	X2 = 123,8 : très significatif
autres positions	3748	3535	
	PA+	PA-	
<u>Maladie certifiée</u>	76	227	X2 = 71,2 : très significatif
autres positions	4140	4180	

L'examen du tableau 21 incite, dès lors, à deux observations : en médecine générale

- le malade hypertendu se distingue du malade non hypertendu même âge, même sexe, par le fait qu'il est très significativement plus souvent compensé par le traitement médical et ne présente plus de symptomatologie morbide.

Ce fait ne concerne pas seulement les chiffres tensionnels mais aussi les autres pathologies concomitantes dont les manifestations morbides sont significativement moins fréquentes chez nos hypertendus que chez nos autres malades du même âge et sexe.

Tout se passe comme si les hypertendus, qui sont vus très régulièrement, étaient mieux soignés pour l'ensemble de leurs morbidités. Or, les problèmes morbides autre que l'HTA, présents chez les sujets hypertendus, le sont en grand nombre (PA = PB = 3114 positions diagnostiques atteintes) tout comme/les autres sujets du même âge et sexe dans nos clientèles mais non hypertendus.

.../...

SI L'ON SE SOUVIENT DU FAIT QU'UN TIERS DES HYPERTENSIONS NOUVELLEMENT DEPISTÉES L'ONT ÉTÉ A L'OCCASION D'AUTRES AFFECTIONS OU DE SIGNES ATYPIQUES OU D'EXAMENS SYSTEMATIQUES, ON PERÇOIT ICI LE RÔLE HAUTEMENT SPÉCIFIQUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE POUR LE DÉPISTAGE DE L'HYPERTENSION DANS LA POPULATION GÉNÉRALE, RÔLE DÉJÀ SIGNALÉ PLUS HAUT DU POINT DE VUE DU TAUX ÉLEVÉ DES PRISES EN CHARGE DE L'HTA SOUS TOUS SES ASPECTS, EN VISITE À DOMICILE.

- Le tableau 22 répartit nos patients selon 5 positions pronostiques

La répartition est différente de façon très hautement significative entre les populations a priori de sujets PA+ et PA- et ce globalement ( $\chi^2 = 372$  pour D D L 4) mais aussi pour chacune des variantes par rapport à toutes les autres regroupées

	PA+	PA-	
<u>Aucune évaluation pronostique en jeu</u>	2619	1686	
autres	1597	2721	$\chi^2 = 101$ très significatif ( $p < 0,001$ )
	PA+	PA-	
<u>Pronostic favorable</u>	2610	1985	
autres	1606	2466	$\chi^2 = 246$ très significatif ( $p < 0,001$ )
	PA+	PA-	
<u>Pronostic incertain</u>	1138	1534	
autres	3078	2873	$\chi^2 = 61,5$ très significatif ( $p < 0,001$ )
	PA+	PA-	
<u>Pronostic défavorable</u>	83	284	
autres	4133	4123	$\chi^2 = 106$ très significatif ( $p < 0,001$ )
	PA+	PA-	
<u>Guérison</u>	145	81	
autres	4071	4326	$\chi^2 = 21,65$ très significatif ( $p < 0,001$ )

.../...

TABLEAU N° 22

Répartition des démarches effectuées dans la population réelle des Malades hypertendus (P), soit suivis (P1), soit découverts (P2) pour toute pathologie confondue (P1A et P2A) et pour hypertension seule (P1B et P2B), selon les évaluations pronostiques obtenues par le médecin à l'issue de ses contacts ; et comparaison des évaluations pronostiques selon les populations appariées, hypertendues (PA+) et non-hypertendues (PA-)

EVALUATION PRONOSTIQUE	MALADES HYPERTENDUS						Population appariée hypertendu PA+	Population appariée non-hyper- tendue PA-
	P		P1		P2			
	PA	PB	P1A	P1B	P2A	P2B		
Aucune Evaluation Pro- nostique en jeu	296	98	272	87	24	11	240	523
Pronostic favorable	3 509	1 508	3 328	1 423	181	85	2 610	1 985
Pronostic incertain	1 462	554	1 410	529	52	25	1 138	1 534
Pronostic défavorable	133	27	131	26	2	1	83	284
guérison	168	67	160	63	8	4	145	81
TOTAL	5 568	2 254	5 301	2 128	267	126	4 216	4 407

TABLEAU N° 23

Répartition des démarches effectuées dans la population réelle Hypertendue (P), soit suivie (P1), soit découverte (P2), pour toute pathologie (P1A ou P2A) ou pour HTA seule (P1B ou P2B), selon les modalités de prise en charge thérapeutique. Comparaison des modalités de prise en charge thérapeutique selon les 2 populations appariées, hypertendue (PA+) et non-hypertendue (PA-).

PRISE en CHARGE THERAPEUTIQUE	P				Population appariée HTA (PA+)	Population appariée non-HTA (PA-)
	P1		P2			
	P1A	P1B	P2A	P2B		
Acte technique	107	17	0	0	82	369
Traitement symptomatique	2 083	722	109	43	1 645	1 971
Traitement d'épreuve	126	24	21	10	101	358
Traitement à visée étiologique	3 116	1 696	104	72	2 408	1 524
Mise en attente	412	80	41	21	335	468
TOTAL	5 844	2 359	275	146	4 216	4 407

N = nombre de démarches (1-1-83 / 31-12-84)

P = population réelle des hypertendus

PA+ et PA- = populations appariées HTA + et non HTA

On constate que, s'agissant de patients même âge, même sexe, semblables du point de vue de toutes les morbidités possibles sauf l'HTA qui les différencie, les patients pris en charge en médecine générale pour HTA acquièrent un pronostic globalement beaucoup plus favorable de tous les points de vue :

AINSI, NOS SUJETS HYPERTENDUS ONT, PAR RAPPORT AUX SUJETS MEME AGE, MEME SEXE, NON HYPERTENDUS, ET AVEC UNE FREQUENCE HAUTEMENT SIGNIFICATIVE, UNE ABSENCE ACCRUE DE PROBLEMES PRONOSTIQUES, OU BIEN UNE FREQUENCE ACCRUE DE PRONOSTICS FAVORABLES, VOIRE DE GUERISONS. CORRELATIVEMENT, LES PRONOSTICS INCERTAINS OU DEFAVORABLES SONT TOUT AUSSI SIGNIFICATIVEMENT MOINS FREQUENTS.

- Le Tableau 23 répartit nos patients selon les modalités de leur prise en charge thérapeutique en cinq variantes.

La répartition est différente de façon très hautement significative entre les populations a priori de sujets PA+ et PA- et ce, globalement ( $X^2 = 575$  pour D D L 4) mais aussi pour chacune des variantes par rapport à toutes les autres regroupées.

	PA+	PA-	
<u>Acte technique</u>	82	369	$X^2 = 179$
autres	4134	4038	très significatif ( $p < 0,001$ )
	PA+	PA-	
<u>Traitement symptomatique</u>	1645	1971	$X^2 = 28$
autres	2571	2436	très significatif ( $p < 0,001$ )
	PA+	PA-	
<u>Traitement d'épreuve</u>	101	358	$X^2 = 140$
autres	4115	4049	très significatif ( $p < 0,001$ )
	PA+	PA-	
<u>Traitement à visée étiologique</u>	2408	1524	$X^2 = 441$
autres	1808	2883	très significatif ( $p < 0,001$ )
	PA+	PA-	
<u>Acte technique</u>	82	369	$X^2 = 18$
autres	4134	4038	très significatif ( $p < 0,001$ )

.../...

TABLEAU N° 24

Répartition des démarches effectuées dans la Population réelle Hypertendue (P), soit suivie (P1), soit découverte (P2), pour toute pathologie (P1A ou P2A) ou pour HTA seule (P1B ou P2B), selon le délai prévu avant le prochain contact. Comparaison des délais prévus avant le prochain contact selon les 2 populations appariées, hypertendue (PA+) et non-hypertendue (PA-).

DELAI PREVU avant le PROCHAIN CONTACT	P				Population Apariée HTA (PA+)	Population Apariée non-HTA (PA-)
	P1		P2			
	P1A	P1B	P2A	P2B		
Pas de contact ultérieur fixé	1 016	171	73	17	862	1 715
Délai de 1 à 7 jours	92	33	20	8	71	558
Délai de 8 à 30 jours	2 669	1 187	96	57	2 093	1 425
Délai de 31 à 90 jours	1 426	681	74	43	1 115	678
Délai supérieur à 90 jours	98	56	4	1	75	31
TOTAL	5 301	2 128	267	126	4 216	4 407

TABLEAU N° 25

Répartition des démarches effectuées dans la Population réelle Hypertendue (P), soit suivie (P1), soit découverte (P2), pour toute pathologie (P1A ou P2A) ou pour HTA seule (P1B ou P2B), selon les décisions ultérieures prises. Comparaison des décisions ultérieures prises selon les 2 populations appariées, hypertendue (PA+) et non-hypertendue (PA-).

DECISIONS ULTERIEURES	P				Population Apariée HTA (PA+)	Population Apariée non-HTA (PA-)
	P1		P2			
	P1A	P1B	P2A	P2B		
Examen complémentaire	518	213	42	23	416	528
Avis spécialisé	157	38	13	6	127	257
Hospitalisation	11	0	5	5	13	91
Aucune décision nécessaire	4 615	1 877	209	92	3 660	3 531
TOTAL	5 301	2 128	267	126	4 216	4 407

N = nombre des démarches ( 1-1-83 / 31-12-84 )  
P = population réelle des hypertendus  
PA+ et PA- = populations appariées HTA+ et non HTA

Ainsi, nos sujets hypertendus ont, par rapport aux sujets de même âge, même sexe, non hypertendus, et avec une fréquence hautement significative, une fréquence diminuée d'actes techniques, de traitements symptomatiques, de traitements d'épreuve et de mise en attente, et une fréquence accrue de traitements étiologiques.

- Le Tableau 24 répartit nos patients selon les délais prévus avant le prochain contact en cinq variantes.

La répartition est différente de façon très hautement significative, entre les populations a priori de sujets PA+ et PA- et ce globalement ( $\chi^2 = 907,23$  pour DDL 4) mais aussi pour chacune des variantes par rapport à toutes les autres regroupées

	PA+	PA-	
<u>Pas de contact fixé</u>	862	1715	$\chi^2 = 350$ très significatif ( $p < 0,001$ )
autres regroupés	3354	2692	
	PA+	PA-	
<u>Délais 1 à 7 jours</u>	71	558	$\chi^2 = 383$ très significatif ( $p < 0,001$ )
autres	4145	3849	
	PA+	PA-	
<u>délais 8 à 30 jours</u>	2093	1425	$\chi^2 = 267$ très significatif ( $p < 0,001$ )
autres	2123	2982	
	PA+	PA-	
<u>Délais 31 à 90 jours</u>	1115	678	$\chi^2 = 160$ très significatif ( $p < 0,001$ )
autres	3101	3729	
	PA+	PA-	
<u>Délais &gt; 90 jours</u>	75	31	$\chi^2 = 20$ très significatif ( $p < 0,001$ )
autres	4141	4376	

Ainsi, on peut dire que nos sujets hypertendus ont, par rapport aux sujets de même âge, même sexe, non hypertendus, et avec une fréquence hautement significative, une fréquence moindre d'absence de rendez-vous fixés et de rendez-vous dans un délai de 1 à 7 jours et une fréquence nettement augmentée de délai de 8 à 30 jours et surtout de 31 à 90 jours.

.../...

- Le Tableau 25 répartit nos patients selon les appels aux examens complémentaires et à la médecine spécialisée éventuellement prescrits en quatre variantes.

La répartition est différente de façon très hautement significative entre les populations a priori de sujets PA+ et PA- et ce globalement ( $\chi^2 = 113,9$ ) mais aussi pour chacune des variantes par rapport à toutes les autres regroupées. (D D L 3)

	PA+	PA-	
<u>Examens complémentaires</u>	416	528	$\chi^2 = 9,87$
autres regroupés	3800	3879	significatif ( $p < 0,01$ )
	PA+	PA-	
<u>Avis spécialisés</u>	127	257	$\chi^2 = 40$
autres	4089	4150	hautement significatif ( $p < 0,001$ )
	PA+	PA-	
<u>Hospitalisation</u>	13	91	$\chi^2 = 55,79$
autres	4203	4316	hautement significatif ( $p < 0,001$ )
	PA+	PA-	
<u>Aucune décision nécessaire</u>	3660	3531	$\chi^2 = 69,62$
autres	554	876	hautement significatif ( $p < 0,001$ )

Ainsi, on peut dire que nos sujets hypertendus ont, par rapport aux sujets de même âge, même sexe, non hypertendus, et avec une fréquence hautement significative, une fréquence moindre d'appels aux examens complémentaires et aux spécialistes. Ce qui frappe ici, c'est que chez les sujets hypertendus, la fréquence des hospitalisations est 7 fois moindre que chez les sujets même âge, même sexe, non hypertendus et ce, alors que nous étudions dans les deux populations les modalités de prise en charge de l'ensemble de leurs morbidités.

Nous observons ici que, pour ce qui est des sujets hypertendus que nous avons en charge, il s'agit donc d'une population de malades nettement caractérisée par le fait qu'elle est maintenue dans un environnement existentiel aussi peu médicalisé que possible, ce qui nous paraît important dans le cadre d'une symptomatologie que nous considérons, nous l'avons déjà précédemment signalé, davantage comme un facteur de risque à contrôler que comme une maladie méritant le retrait dans un statut sociologique particulier, l'enjeu pouvant avoir été pour les généralistes du groupe, d'éviter l'écueil de la iatrogénie.

.../...

Nous observons aussi le biais qui consisterait à conclure quoi que ce soit sur l'hypertension traitée en France à partir d'études réalisées en milieu spécialisé ou hospitalier. Par contre, nous serions très intéressés à comparer finement le coût et les résultats atteints dans ces deux secteurs médicaux avec ceux que nous connaissons en médecine générale pour des populations de patients qui seraient comparables par ailleurs.

- Le Tableau 26 répartit nos patients selon les durées d'arrêt de travail qui ont été prescrits en cinq variantes.

On note, dès le premier abord, l'écrasante majorité des cas où il n'y a pas eu d'arrêt de travail prescrits dans les deux populations a priori, ce qui n'est pas étonnant si on se souvient de la pyramide des âges dans notre échantillon de sujets hypertendus où près de la moitié des sujets dépassent 65 ans et où 24 % seulement sont professionnellement actifs.

En résultat, les arrêts de plus de 30 jours concernent un effectif de sujets insuffisants, si bien que nous avons dû regrouper les 3 variantes d'arrêts de travail dépassant 8 jours. La répartition se fait alors selon 2 colonnes (PA+ et PA-) et 3 lignes. Le  $\chi^2$  est alors globalement très hautement significatif ( $\chi^2 = 28,98$  pour DDL 2). Il en est de même pour les trois variantes prise chacune isolément par rapport à toutes les autres regroupées.

	PA+	PA-	
Pas d'arrêt du travail	4174	4296	$\chi^2 = 28,66$ , soit très significatif ( $p < 0,001$ )
les autres regroupés	42	111	
	PA+	PA-	
Arrêt 1 à 7 jours	11	35	$\chi^2 = 11,54$ significatif ( $p < 0,01$ )
autres	4205	4372	
	PA+	PA-	
Arrêt > 8 jours	31	76	$\chi^2 = 17,2$ hautement significatif ( $p < 0,001$ )
autres	4185	4331	

Ainsi, on peut dire que nos sujets hypertendus professionnellement actifs, ont très significativement moins d'arrêts de travail que les sujets consultant en médecine générale, de même âge et sexe, mais non hypertendus.

.../...

TABLEAU N° 26

Répartition des démarches effectuées dans la Population réelle Hypertendue (P), soit suivie (P1), soit découverte (P2), pour toute pathologie (P1A ou P2A) ou pour HTA seule (P1B ou P2B), selon la durée de l'arrêt de travail prescrit. Comparaison de la durée de l'arrêt de travail prescrit selon les 2 populations avariées hypertendue (PA+) et non-hypertendue (PA-).

DUREE de l'ARRET de TRAVAIL PRESCRIT	P				Population Avariée HTA (PA+)	Population Avariée non-HTA (PA-)
	P1	P2	P1A	P2A		
Pas d'arrêt de travail prescrit	5 267	2 118	259	123	4 174	4 296
De 1 à 7 jours d'arrêt	9	1	2	2	11	35
De 8 à 30 jours d'arrêt	23	8	5	1	28	64
De 31 à 90 jours d'arrêt	1	0	1	0	2	12
Plus de 90 jours d'arrêt	1	1	0	0	1	0
TOTAL	5 301	2 128	267	126	4 216	4 407

N = nombre des démarches (1-1-83 / 31-12-84)

P = population réelle des hypertendus

PA+ et PA- = populations avariées HTA+ et non HTA

- Les tableaux 27 à 29

Il s'agit ici, non plus de répartition d'une classe de variables selon les phénomènes morbides pris en charge comme motifs de consultation uniques ou multiples à l'occasion de chaque contact, mais de répartitions de variables décrivant des démarches présentes à l'état d'unité dans chaque consultation et représentant une forme de prise en charge de la globalité des motifs de consultation présents à chacun des contacts.

Dès le premier abord, on notera que la population des sujets hypertendus (PA + = 1756 contacts) se distingue des sujets non hypertendus de même âge, même sexe (PA - 2605 contacts) par un nombre inférieur de contacts survenus au cours des deux années d'observation. Cela signifie que, pour 67 contacts consacrés aux sujets hypertendus, avec une prise en charge de leur H TA et des autres morbidités qu'ils présentent, la population non hypertendue de même âge et sexe consomme 100 contacts pour la prise en charge de leurs diverses morbidités.

Cette différence est significative puisque le  $\chi^2$  calculé globalement pour les trois tableaux est très significatif comme on va le voir.

- Le tableau 27 répartit les prises en charge psychothérapeutiques. La différence de répartition est significative globalement  $\chi^2 = 8,87$  pour D D L 2 (signification au seuil de 0,02)

Il en est de même pour chacune des trois variantes de prise en charge psychothérapeutique, considérée isolément par rapport aux deux autres regroupées.

	PA+	PA-	
<u>Action psychothérapeutique de soutien</u>	1180	1665	
autres regroupées	585	968	$\chi^2 = 6,05$ (signification au seuil 0,02)
	PA+	PA-	
<u>Action psychothérapeutique d'inspiration analytique</u>	9	28	
autres	1756	2605	$\chi^2 = 3,88$ (signification au seuil 0,05)
	PA+	PA-	
<u>pas d'action psychothérapeutique</u>	576	940	
autres	1189	1693	$\chi^2 = 4,39$ (signification au seuil 0,05)

.../...

TABLEAU N° 27

Répartition des Contacts avec la Population Hypertendue (P), réelle soit suivie (P1), soit découverte (P2), selon l'action psychothérapeutique entreprise. Comparaison des actions psychothérapeutiques entreprises selon les 2 populations appariées, hypertendue (PA+) et non-hypertendue (PA-).

ACTION PSYCHOTHERAPEUTIQUE ENTREPRISE	P			Population: Population Apariée : Apariée	
	P	P1	P2	HTA (PA+)	non-HTA (PA-)
ACTION PSYCHOTHERAPIQUE de SOUTIEN	1 524	1 459	65	1 180	1 665
ACTION PSYCHOTHERAPIQUE d'INSPIRATION ANALYTIQUE	10	8	2	9	28
PAS d'ACTION PSYCHOTHERAPIQUE	747	684	63	576	940
TOTAL	2 281	2 151	130	1 765	2 633

P = population réelle des hypertendus (1-183/31-12-84)

PA+ et PA- = populations appariées HTA + et non HTA

En fin de compte, en calculant les taux respectifs des 3 variantes de prise en charge psychothérapeutique, on s'aperçoit que les différences de répartition entre les sujets hypertendus et les non hypertendus sont, bien que significatives, de faible amplitude, les sujets hypertendus recevant un peu plus de psychothérapies de simple soutien et un peu moins de psychothérapies d'inspiration analytique et d'abstention psychothérapeutique. Mais le fait le plus important à signaler, il nous semble, est que les généralistes de notre groupe accordent une attention psychothérapeutique à deux tiers de leurs patients, quelle que soit la pathologie pour laquelle ils consultent. Les malades hypertendus ne se distinguent pas des autres patients de ce point de vue.

On est frappé par l'importance que nos généralistes attachent à ce mode de prise en charge dans la représentation qu'ils se font de leur pratique.

Il est vrai que parmi les 13 médecins participant à notre enquête, 4 avaient suivi une formation de type "Balint" à la relation Médecin/malade. Il conviendra donc de voir comment se répartit l'item "action psychothérapeutique de soutien" entre les 13 généralistes du groupe d'étude.

De même, faudra-t-il préciser le contenu de ce que les praticiens entendent par cette action. Reste qu'il convient de rapprocher cette information de rôle positif que nous avons vu jouer à la relation du médecin avec la famille et son patient, du point de vue de son ancienneté et de son étendue dans le dépistage et la prise en charge des malades hypertendus dans nos clientèles, et de constater que l'attention portée à la personne du patient devient ici quantitativement perceptible.

. Le tableau 28 répartit d'abord les prises en charge sociales. Rappelons que nous avons une prise en charge sociale lorsque, à la fin de l'acte médical, nous avons effectué un acte modifiant la vie sociale du patient (ex : certificat, communication avec un organisme social) en dehors de la rédaction de la feuille de maladie et de l'arrêt de travail.

La différence de répartition est très significative ( $\chi^2 = 25,26$ ) c'est-à-dire au seuil inférieur à 0,001). Les sujets hypertendus (PA+) requièrent nettement moins de mesures de prises en charge sociale que les sujets non hypertendus même âge, même sexe, (PA-), toutes les morbidités étant prises en charge dans les deux échantillons. Les taux de contacts comportant des prises en charge sociale sont de 5 % chez les sujets hypertendus et de 9 % chez les sujets non hypertendus

Le fait prend d'autant plus de relief que nous avons vu précédemment que les sujets hypertendus requièrent beaucoup moins de contacts que les sujets non hypertendus.

.../...

TABLEAU N° 28

Répartition des Contacts avec la Population hypertendue (P) réelle soit suivie (P1), soit découverte (P2), selon la Prise en Charge Sociale, la Prévention Primaire et Secondaire. Comparaison des actions en charge sociale, des Préventions primaire et secondaire, selon les 2 populations appariées, hypertendue (PA+) et non-hypertendue (PA-).

PRISE en CHARGE SOCIALE	P			Population:	Population
	P	P1	P2	Apariée HTA (PA+)	Apariée non-HTA (PA-)
Prise en charge sociale	119	112	7	88	238
Pas de prise en charge sociale	2 162	2 039	123	1 677	2 396
TOTAL	2 281	2 151	130	1 765	2 634
PREVENTION PRIMAIRE	P			Population:	Population
	P	P1	P2	Apariée HTA (PA+)	Apariée non-HTA (PA-)
Prévention Primaire	275	250	25	228	255
Pas de Prévention Primaire	2 006	1 901	105	1 537	2 379
TOTAL	2 281	2 151	130	1 765	2 634
PREVENTION SECONDAIRE	P			Population:	Population
	P	P1	P2	Apariée HTA (PA+)	Apariée non-HTA (PA-)
Prévention secondaire	1 963	1 873	90	1 516	1 366
Pas de Prévention Secondaire	318	278	40	249	1 268
TOTAL	2 281	2 151	130	1 765	2 634

P = population réelle des hypertendus (1-1-83 /31-12-84)

PA+ et PA- = population appariée HTA+ et non HTA

Par contre, il faut tempérer ces remarques en se souvenant que nous venons de calculer des taux de prise en charge par rapport à un nombre de contacts avec le médecin en deux années d'observation.

Rapportés au nombre de malades, on a 88 prises en charge sociales pour 234 patients hypertendus, ce qui n'est pas négligeable.

Dans une seconde partie, le tableau 28 présente la répartition des contacts selon les mesures de prévention primaires et secondaires prises par les généralistes.

Les différences de répartition sont ici aussi significatives

	PA+	PA-	
<u>Prévention primaire</u>	228	255	
pas de prévention primaire	1537	2379	X <sup>2</sup> = 11,33 (différence significative au seuil 0,01)
	PA+	PA-	
<u>Prévention secondaire</u>	1516	1366	
pas de prévention secondaire	249	1268	X <sup>2</sup> = 541 (la différence est très hautement significative - seuil inférieur à 0,001)

Rappelons que nous définissons comme prévention primaire tout acte médical destiné à éviter un état pathologique chez un sujet présumé sain. Nous constatons que les généralistes du groupe estiment qu'ils interviennent dans 15 % des motifs de consultation en prévention primaire chez les malades hypertendus (à l'occasion de l'ensemble des contacts qui incluent une prise en charge de l'hypertension mais aussi de leurs autres problèmes médicaux) et dans 10 % des motifs chez les malades toutes pathologies non hypertendus de même tranches d'âge et de sexe.

La différence est beaucoup plus tranchée du point de vue de la prévention secondaire que nous définissons comme tout acte médical destiné à éviter au patient une aggravation de son état pathologique et/ou une rechute. Ici, la prévention secondaire est beaucoup plus fréquemment un objectif pour le médecin (85 % des contacts) que dans le cas des malades toutes pathologies non hypertendus de même âge et sexe (52 % des contacts).

.../...

TABLEAU N° 29

Répartition des Contacts avec la population hypertendue (P) réelle soit suivie (P1), soit découverte (P2), selon les "sentiments ressentis" par le Médecin à l'issue du contact. Comparaison des "sentiments ressentis" selon les 2 populations appariées, hypertendue (PA+) et non-hypertendue (PA-).

"SENTIMENTS RESSENTIS" par le MEDECIN	P			Population:	Population)
	P	P1	P2	Apariée HTA (PA+)	Apariée non-HTA (PA-)
SENTIMENT "NEGATIF"	123	105	18	86	177
sans SENTIMENT nettement EPROUVE	487	456	27	402	664
SENTIMENT "POSITIF"	1 582	1 506	76	1 208	1 720
SENTIMENT "AMBIGU" ou "AMBIVALENT"	89	80	9	65	68
TOTAL	2 277	2 147	130	1 761	2 629

P = population réelle des hypertendus (1-1-83 /31-12-84 )

PA+ et PA- = populations appariées HTA + et non HTA

On touche ici du doigt la représentation que le médecin généraliste se fait de son action auprès de ses malades traités pour HTA : celle d'une population présentant un facteur important de risques qu'il s'agit de maîtriser.

. Le tableau 29 répartit les contacts selon les sentiments ressentis par le médecin à la fin de chaque contact, selon quatre variantes.

La différence de répartition est globalement significative ( $X^2 = 14,41$  pour D D L 3) (signification au seuil de 0,01) mais aussi du point de vue de trois des quatre variantes prises isolément par rapport aux autres regroupées.

	PA+	PA-	
<u>Sentiment négatif</u>	86	177	
autres	1675	2452	$X^2 = 6,40$ significatif (seuil de significativité 0,02)
	PA+	PA-	
<u>sans sentiment nettement éprouvé</u>	402	664	
Autres	1359	1965	$X^2 = 3,38$ non significatif
	PA+	PA-	
<u>sentiment positif</u>	1208	1720	
autres	553	909	$X^2 = 4,78$ significatif au seuil 0,05
	PA+	PA-	
<u>sentiment ambivalent</u>	65	68	
autres	1696	1965	$X^2 = 4,38$ significatif au seuil 0,05

Nous observons donc que, par rapport aux sujets non hypertendus, les sentiments ressentis par le médecin généraliste envers les patients hypertendus dont il a la charge, toutes choses étant égales par ailleurs, sont les suivants :

.../...

Les sentiments positifs sont un peu plus fréquents ainsi que les sentiments ambivalents. Les sentiments négatifs sont légèrement plus rares et les sentiments nettement éprouvés présents dans des taux de même valeur. En fait, les différences de taux sont faibles. Ce que nous retenons, c'est le taux élevé de sentiments positifs dans les deux populations, qui dépasse 65 % de tous les contacts, et la faiblesse des sentiments négatifs (3,6 % dans PA+ et 2,5 % dans PA-) ainsi que des sentiments ambivalents (4,9 % dans PA+ et 6,7 % dans PA-).

Ce n'est pas dans les différences de ressenti par le médecin que se trouve l'explication des différences de répartition entre les groupes de malades que nous avons repérées par ailleurs.

### III - LA MORBIDITE EFFERENTE, AFFERENTE et CONCOMITANT DES SUJETS HYPERTENDUS

Nous avons déjà signalé la multiplicité des circonstances dans lesquelles le médecin généraliste est amené à prendre en charge les sujets atteints d'hypertension artérielle qui le consultent.

Nous avons essayé de préciser cet aspect de notre activité médicale.

#### III - 1 - Les limites

Au stade actuel de notre étude, trois limites doivent être signalées au préalable.

La première concerne les effectifs de certaines morbidités (apparaissant en deux années d'observation dans une population de 310 sujets hypertendus en médecine générale) qui sont insuffisants pour pouvoir être analysés statistiquement.

Pour certaines de ces morbidités, l'effectif sera suffisant à la fin de la quatrième année de l'étude en cours. Pour les autres, leur rareté même est une information intéressante en soi et mérite donc d'être relevée.

La seconde limite, plus sérieuse, relève d'un problème de fond largement traité par l'un d'entre nous dans un article récent (note) et sur lequel insistent R.N. Braun comme tous ceux qui se sont sérieusement occupé d'épidémiologie en médecine générale, à savoir la nécessité de disposer enfin d'une classification des maladies qui soit spécifique à l'activité généraliste et dont tous les termes soient définis un à un selon des règles conceptuelles précises. Naturellement, ce code doit être respecté par tous les collecteurs de données et connu par ceux qui interprètent les résultats.

En attendant de disposer du lexique des termes définis auquel la Société Française de Médecine Générale travaille sur la base des définitions établies par R.N. Braun (note 2), notre codage s'est fait à partir de la nomenclature créée par celui-ci et validée

.../...

(note 1) O. Rosowsky "Expérimentation et Recherche Clinique en Médecine Générale, le Temps des Entrepreneurs", in "Prospective et Santé Publique" n° 34, 1985 p.123-130

(Note 2) C'est grâce à une aide accordée en 1985 par le Ministère de la Recherche et le Secrétariat d'Etat à la Santé que la Sté Française de Méd. Gle peut commencer ce travail auquel participe tout le groupe de recherche dont est issu le présent rapport préliminaire. Le travail se fera en collaboration avec R.N Braun en s'aidant des définitions qu'il a élaborées en 19 et dont il existe aussi une traduction en langue anglaise.

en quarante années d'études épidémiologiques généralistes, dans la traduction première telle qu'elle a été publiée par les "Documents de Recherches en Médecine Générale" de la Société Française de Médecine Générale - n° 6, 1982.

Tels quels, ces termes se sont révélés suffisamment sélectifs et dénominatifs pour certains d'entre eux, comme par exemple les affections cardiovasculaires au stade des maladies bien définies que nous voyons au titre des complications de l'hypertension artérielle. Dans ces cas, il nous a été possible de calculer les fréquences et donc des prévalences et incidences.

Ces calculs se sont révélés beaucoup plus incertains pour d'autres phénomènes morbides, voire sans signification statistique. Dans ce cas, nous ne donnons pas de fréquences, mais simplement des indications approchées après avoir opéré les regroupements nécessaires. On conservera ainsi une information sur les types de morbidité le plus souvent rencontrés et on comptera sur la mise en usage progressive du lexique défini pour réserver la valeur statistique des connaissances acquises.

Une troisième limite réside dans le fait qu'un même sujet consultant peut être porteur de plusieurs morbidités. Nos travaux futurs devront donc faire apparaître le nombre de sujets indemnes de toute morbidité efférente ou afférente et ceux qui en présentent une, deux ou plus. Cela peut se faire sans difficulté à partir du matériel mémorisé.

### III - 2 - Les morbidités efférentes

Nous appelons "efférent" tout état pathologique, statistiquement décelable dans la population des sujets hypertendus et cliniquement aggravant par rapport à leur état morbide.

D'une part, nous classons ici les troubles cardiovasculaires que le sens commun classe souvent encore comme complications de l'hypertension artérielle, ce qui justifie leur regroupement dans cette catégorie des efférences. L'avenir dira lesquels de ces troubles sont des complications proprement dites et lesquels de simples concomittences.

D'autre part, nous y regroupons aussi les complications iatrogènes attribuées aux traitements.

Le tableau 30 donne, par morbidité efférente, le nombre de cas découverts et suivis en deux années d'observation des 310 malades hypertendus apparus dans notre échantillon initial représentatif des patients fréquentant nos cabinets médicaux.

.....

TABLEAU N° 30

MORBIDITE AFFERENTE, EFFERENTE et ASSOCIEE  
à l'HTA. Nombre de cas découverts et suivis  
dans l'effectif de la population hypertendue  
totale \*, taux d'incidence ‰ et taux de Pré-  
valence ‰ \*\* (moyenne 1983-1984)

Complications cardio-vasculaires de l'Hypertension Artérielle	1-1-83/31-12-84 :		Taux d'in- cidence pour 1 000	Taux de Prévalence pour 1 000
	:Pathologie Dé- :nombrée	: Nbe de :cas dé- :couverts		
(1 - Maladie coronarienne chronique	: 5	: 37	: 0,9	: 7,7
(2 - Infarctus du Myocarde	: 2	: 2	: 0,3	: 0,3
(3 - Divers accidents vasculaires cérébro-sensoriels	: 15	: 13	: 2,7	: 5,1
(4 - Insuffisance circulatoire cérébro-sensorielle	: 7	: 23	: 1,3	: 5,5
(5 - Artérite des Membres inférieurs	: 6	: 27	: 1,1	: 6,0
(6 - Troubles du rythme cardiaque	: 10	: 21	: 1,8	: 5,7
(7 - Insuffisance cardiaque aiguë	: 2	: 0	: 0,3	: -
(8 - Insuffisance cardiaque chronique	: 4	: 13	: 0,7	: 3,7
Complications liées aux traitements				
(1 - Hypokaliémie	: 1	: 0	: 0,2	: -
(2 - Hyperuricémie	: 1	: 10	: 0,2	: 2,0
(3 - Réactions médicamenteuses	: 8	: 5	: 1,5	: 2,4
(4 - Troubles de la libido	: 6	: 3	: 1,1	: 1,6
(5 - Hypotension	: 2	: 1	: 0,3	: 0,5

.../

TABLEAU N° 30 (suite)

Pathologies associées à l'HTA comme facteurs de risque	Pathologies dénombrées		Taux d'incidence pour 100 hypertendus	Taux de prévalence pour 100 hypertendus
	Nbre de cas découverts	Nbre de cas suivis		
1 - Athérome, hyperlypémie ***	1	20 ***	0,2	19,3
2 - Obésité	5	25	0,9	5,5
3 - Alcoolisme	5	10	0,9	2,8
4 - Diabète	32	25	5,9	10,5

\* Le nombre de cas relevés s'étendant sur deux ans, nous avons utilisé pour nos calculs l'effectif moyen annuel cumulé.  
 L'effectif des malades hypertendus est égal à la somme de la moyenne des sujets HTA en début et en fin d'année 1983 et 1984, soit :  $\frac{244 + (244 + 22)}{2} + \frac{(244 + 22) + 244 + 22 + 36 + 8 - 3}{2}$   
 = 541,50 L'incidence pour 100 (ou la prévalence<sup>2</sup> pour 100) sera donc  $\frac{I \text{ (ou P)} \times 100}{541,50}$

\*\* Le taux d'incidence concerne les cas nouveaux de morbidité ; le taux de prévalence ne concerne que les cas chroniques, c'est-à-dire la somme, fin 1984, des cas suivis et des cas découverts.

\*\*\* Le diagnostic "d'hyperlipémie" n'ayant été noté dans le code utilisé pour les résultats de consultation qu'à partir du 1er octobre 1984, le dénombrement ne porte que sur un trimestre, sur 4. C'est pourquoi le taux de prévalence pour 100 sera estimé sur 2 ans en multipliant le nombre de cas dénombrés par 8, soit : 8 - "athérome" + (12 x 8) = 96 "hyperlipémie" ; soit 104. Il y a là un biais important sur cet item.

Il s'agit de situations morbides chroniques qui n'ont été comptées qu'une seule fois par sujet atteint dont elles deviennent, du point de vue qui nous intéresse ici, une caractéristique permanente nécessitant une prise en charge médicale. Il n'est pas tenu compte ici de la répétition possible d'incidents relevant des maladies inventoriées. La méthode statistique de calcul des incidences et des prévalences a été celle des effectifs annuels moyens cumulés.

On notera avec intérêt la faible incidence des cas nouveaux et aussi le taux modeste de la prévalence des affections cardiovasculaires qui s'établit selon la maladie codée entre 4 et 8 % des sujets hypertendus dont nous avons la charge médicale. Compte tenu de l'âge de cette population, nous trouvons ce résultat très honorable et digne d'être étudié de très près.

En effet, compte tenu justement des tranches d'âge qui sont concernées, de la dispersion géographique de nos échantillons et des habitudes thérapeutiques françaises, il ne nous paraît pas évident qu'on puisse attribuer nos résultats à une éventuelle sélection de nombreux cas graves qui nous échapperaient et seraient totalement pris en charge par la médecine spécialisée.

Resterait à comparer nos résultats en matière de complications ou de concomitance des maladies cardiovasculaires à une population qui ne serait pas médicalisée aussi régulièrement que les sujets hypertendus de nos clientèles. Ce travail reste à faire. Cependant, notre étude permet une comparaison entre deux échantillons appariés du point de vue de l'âge et du sexe selon qu'ils sont ou non hypertendus (PA+ et PA-).

Le tableau 31 permet cette comparaison ainsi que les calculs de Khi 2 à la recherche, pour chaque morbidité éf-férente, d'une différence significative de répartition entre sujets hypertendus et non hypertendus appariés. On constate qu'il n'y a pas de différence significative pour les deux populations du point de vue des affections coronariennes ni des troubles du rythme cardiaque. Par contre, il existe une différence significative à la probabilité 0,05 % pour les accidents cérébro sensoriels et les insuffisances cardiaques (aiguës et chroniques). Pour ces deux affections, nous avons eu la grande surprise de constater un nombre significativement inférieur de cas chez les hypertendus qui se soignent chez nous. Ce résultat est d'autant plus intéressant qu'il s'agit précisément de deux affections qui sont considérées comme des complications typiques de l'hypertension artérielle mal équilibrée. Or, nous constatons que chez nos patients hypertendus, le nombre de cas tombe en dessous de ceux qui, normalement, apparaissent chez les sujets de même âge et sexe. Il ressortirait donc que, non seulement, leur prise en charge médicale a annulé l'effet de leur maladie hypertensive, mais encore que la surveillance dont ils sont l'objet améliore le résultat cardiovasculaire

TABLEAU N° 31 COMPARAISON de la MORBIDITE AFFERENTE, EFFERENTE et ASSOCIEE  
à l'HTA selon les deux populations avariées : hypertendue PA+  
(= 234 malades) et non-hypertendue PA- (= 234 malades)

1-1-83 / 31-12-84

	PA+		PA-		Chi 2
<u>Complications cardio-vasculaires</u>	Nbe de Cas : découverts	Nbe de cas : suivis	Nbe de cas : découverts	Nbe de cas : suivis	D D L 1
1 - Maladie coronarienne	5	26	13	25	3,70 NS
2 - Infarctus du myocarde	1	1	2	7	
3 - Accidents cérébro-sensoriels	12	8	27	15	6,29 S
4 - Insuffisance cérébro-sensorielle chronique	4	16	4	15	
5 - Artérite des membres inférieurs	5	22	3	8	
6 - Troubles du rythme cardiaque	7	14	16	17	3,70 NS
7 - Néphropathies	0	0	2	2	
8 - Insuffisance cardiaque aigüe et chronique	4	10	12	12	4,14 S
<u>Complications liées aux traitements</u>					
1 - Hypokaliémie	0	0	0	0	
2 - Hyperuricémie	1	7	3	6	
3 - Réactions médicamenteuses	6	4	15	2	4,04 S
4 - Troubles de la libido	4	2	1	0	
5 - Hypotension	1	1	4	2	
<u>Facteurs de risque associés</u>					
1 - Athérome, hyperlipémie*	1	19	3	7	
2 - Obésité	3	19	7	7	
3 - Alcoolisme	4	8	15	8	6,68 S
4 - Diabète	29	19	17	11	3,47 NS

\* La remarque faite au sujet de "l'hyperlipémie" en bas du tableau n° 30 (\*\*\*) ne concerne pas la comparaison entre 2 populations codées de façon identique.

lié à d'autres facteurs. Notons que l'absence de différence significative entre les populations appariées pour les autres affections cardiovasculaires pourrait indiquer que, pour le moins, la prise en charge annulerait les effets possibles de l'hypertension artérielle dans les affections concernées.

Pour ce qui est des morbidités liées aux traitements, la seule différence significative entre les sujets PA+ et PA- apparaît au niveau des réactions médicamenteuses (allergies, rashes ) autre que les hypokaliémies, hyperuricémies, hypotensions et troubles de la libido (dont le nombre, on le notera, est très modeste).

Là aussi, la différence significative à la probabilité 0,05 % joue en faveur des sujets hypertendus semblant confirmer une fois de plus les avantages du type de prise en charge régulière qui caractérise les sujets hypertendus en médecine générale.

Nous avons aussi essayé de préciser le problème des morbidités efférentes comparées dans les échantillons PA+ et PA- du point de vue des tranches d'âge concernées, afin d'évaluer l'effet de notre prise en charge de la population pendant les phases actives et inactives de la vie.

Malheureusement, on ne dispose pas, au stade actuel de l'étude, que d'effectifs devenant trop faibles pour une évaluation statistique valable. Nous nous contenterons donc d'une représentation graphique destinée à montrer l'intérêt de ce type de réflexion qui devra se poursuivre sur des effectifs plus importants par une observation plus longue.

Ainsi, les tableaux 32, 33 et 34 font apparaître que l'hypothèse d'un nivellement entre les sujets hypertendus et non hypertendus pour ce qui est des affections cardiovasculaires et des réactions médicamenteuses aux âges actifs de la vie, pourrait bien se vérifier. La différence (qui, lorsqu'elle existe, traduit une atteinte moindre des sujets hypertendus soignés) se manifesterait surtout au delà de 66 ans.

Mais tout ceci reste bien entendu à l'état d'indication pour des directions de recherches à venir.

### III - 3 La morbidité afférente

Nous appelons afférente la morbidité qui est considérée comme un facteur de risques habituellement associés à l'hypertension artérielle.

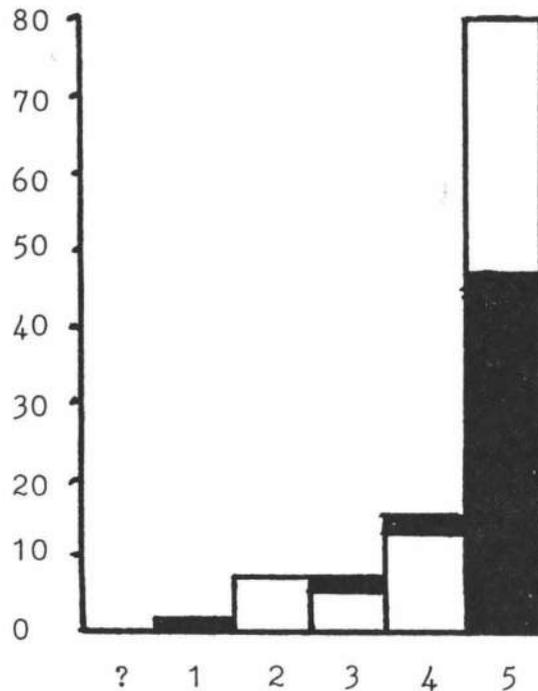
Quelques remarques préliminaires s'imposent pour la compréhension de nos résultats :

- Le tabagisme et le caféisme n'ont pas été pris en compte au départ dans le protocole initial. L'évolution des esprits aidant, nous avons décidé dorénavant de coder ces éléments.

.../...

TABLEAU N° 32

Comparaison des 2 populations  
 avariées (PA+) et (PA-)\*, ven-  
 tilées en 5 classes d'âge \*\*  
 selon la fréquence des compli-  
 cations cardiaques observées\*\*\*.



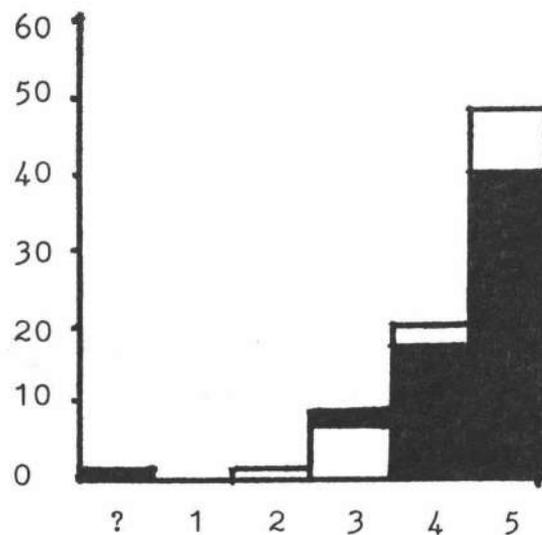
(\*) (PA+) colonne noire  
 (PA-) colonne blanche

(\*\*) Classes d'âge : inconnu : ?  
 1 :  $\leq$  35 ans  
 2 : de 36 à 45 ans  
 3 : de 46 à 55 ans  
 4 : de 56 à 65 ans  
 5 :  $\geq$  66 ans

(\*\*\*) Maladie coronarienne aigüe ou chronique, troubles du  
 rythme, insuffisance cardiaque.

TABLEAU N° 33

Comparaison des 2 populations  
 avariées (PA+) et (PA-)\*, ven-  
 tilées en 5 classes d'âge\*\*, se-  
 lon la fréquence des complications  
 artérielles observées.\*\*\*



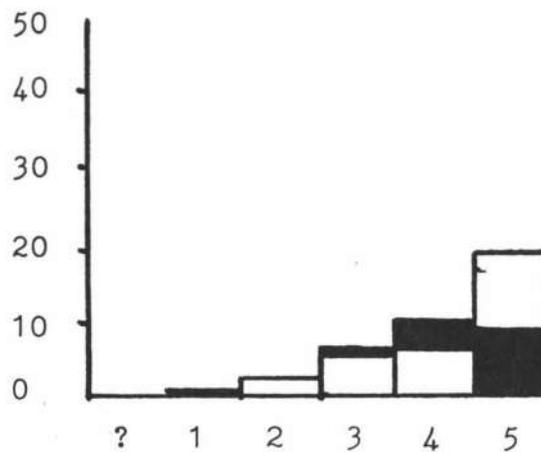
(\*) (PA+) colonne noire  
 (PA-) colonne blanche

(\*\*) Classes d'âge : inconnu : ?  
 1 :  $\leq$  35 ans  
 2 : de 36 à 45 ans  
 3 : de 46 à 55 ans  
 4 : de 56 à 65 ans  
 5 :  $\geq$  66 ans

(\*\*\*) Accident vasculaire cérébral, insuffisance circulatoire  
 cérébrale, artérite des membres inférieurs, néphropathie.

TABLEAU N° 34

Comparaison des 2 populations  
 a prioriées (PA+) et (PA-)\*, ven-  
 tilées selon les 5 classes  
 d'âge \*\*, selon la fréquence  
 des complications liées aux  
 traitements (voir tableaux  
 n°s 30 et 31)



(\*) (PA+) colonne noire  
 (PA-) colonne blanche

(\*\*) Classes d'âge : inconnu : ?  
 1 : ≤ 35 ans  
 2 : de 36 à 45 ans  
 3 : de 46 à 55 ans  
 4 : de 56 à 65 ans  
 5 : ≥ 66 ans

- l'excès de cholestérol et/ou l'hyperlipidémie n'existaient pas dans la liste des résultats de consultation de R.N Braun, telle qu'elle avait été traduite à partir de sa nomenclature initiale datant de 1955. Ce résultat apparaissant avec une fréquence dépassant 1/3000, nous l'avons ajouté à partir d'octobre 1984.

Au vu du tableau 30 -suite- nous constatons que la prévalence des pathologies à risque dans la population hypertendue fréquentant nos cabinets médicaux atteint un taux non négligeable.

Il faut tenir compte ici des tranches d'âges concernées, et se souvenir qu'un même sujet consultant peut présenter plusieurs facteurs de risque. Il faut signaler aussi deux biais en provenance de deux zones d'incertitude dont l'une tient à la non définition préalable des termes et l'autre à une possible sous-estimation de certains faits morbides. C'est ainsi que la fréquence de l'alcoolisme nous paraît avoir été globalement sous-estimée et le groupe compte s'interroger sur la raison de ce phénomène. Reste que relevé par les mêmes observateurs et comparé dans les deux populations appariées par l'âge et le sexe (tableau 31), le test du Khi 2 nous permet de dire que la seule différence significative au pourcentage de 0,05 % apparaît entre le groupe PA+ (sujets hypertendus) et le groupe PA- (sujets non hypertendus) dans le sens d'un taux plus grand d'alcoolismes repérés comme tels chez les non hypertendus. Pour le diabète, par contre, aucune différence significative n'a été mise en évidence.

### III - 4 - Les problématiques concomitantes

D'un point de vue non pas épidémiologique mais épistémologique, les circonstances qui amènent la population au contact du médecin généraliste débordent largement la morbidité déclarée au sens traditionnel du terme. C'est ici le rôle de notre discipline dans les phases non encore organisées des maladies et donc leur prévention qui est ici posée. Nous avons traité plus haut des intentions préventives telles qu'elles sont déclarées par les 13 généralistes du groupe: Nous avons pensé intéressant de montrer comment les problèmes naissent sur le terrain en inventoriant du point de vue de leur fréquence trois problématiques différentes qui apparaissent comme le problème réellement posé en fin de rencontre.

Les trois classes de problèmes choisis sont les suivantes :

- la morbidité concomitante. Il s'agit ici de toute morbidité survenant chez le sujet hypertendu et qui ne possède pas de lien de causalité connu avec la maladie hypertensive.
- La problématique socio-culturelle. Il s'agit ici de tous les appels que les patients adressent au médecin au titre de conseiller de santé dans une visée préventive de morbidités à venir possibles dans les circonstances données.

.../...

## LA PROBLEMATIQUE CONCOMITANTE

Les 20 problèmes les plus fréquemment mentionnés  
en fin de séance par les 13 médecins du groupe  
Comparaison des sujets hypertendus suivis avec  
les sujets récemment dépistés

A/	SUJETS HTA SUIVIS	SUJETS HTA DEPISTES
<u>LA MORBIDITE CONCOMITANTE</u>		
APPAREIL CARDIOVASCULAIRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- INSUFFISANCE CIRCU LATOIRE</li> <li>- ANGOR</li> <li>- INSUFFISANCE CARDIAQUE</li> <li>- Artériosclérose</li> <li>- TROUBLES DU RYTHME</li> <li>- ARTERITE</li> <li>- VARICES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Artériosclérose</li> </ul>
APP. LOCOMOTEUR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ARTHROSE</li> <li>- ARTHROPATHIES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- LOMBALGIES</li> <li>- EPICONDYLITE</li> <li>- POLYARTHRITE AIGUE</li> </ul>
MALADIES DE SURCHARGE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DIABETE</li> <li>- Obésité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obésité</li> </ul>
SYSTEME NERVEUX	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépression exogène</li> <li>- Nervosisme</li> <li>- Insomnie</li> <li>- TROUBLES POLYMORPHES NON ORGAN.</li> <li>- PARKINSONISME</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépression exogène</li> <li>- Nervosisme</li> <li>- Insomnie</li> </ul>
APP. RESPIRATOIRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BRONCHITE CHRONIQUE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CATARRHE DES VOIES RESPIR.</li> <li>- PHARYNGITES</li> <li>- RHINITES</li> </ul>
APP. DIGESTIF	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constipation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constipation</li> <li>- COLITE</li> <li>- AEROPHAGIE</li> </ul>
AFFECTIONS RARES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diag. non classés chez RN Braun</li> <li>- CANCERS AUTRES QUE SEIN ET CUTANES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diag. non classés chez RN Braun</li> <li>- HYPERKERATOSES</li> </ul>
GYNECOLOGIE		<ul style="list-style-type: none"> <li>- TR. MENOPAUSIQUES</li> </ul>
B/ <u>LES PROBLEMES SOCIO-CULTURELS</u>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- PB. MARITAUX</li> <li>- CONSEILS, EDUCATION HYGIENE</li> </ul>
C/ <u>LES PROBLEMES DE VIGILANCE TECHNIQUE</u>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- SOINS ET SURVEILLANCE DE TRAITEMENTS A RISQUE</li> </ul>

- La problématique de vigilance technologique. liée non pas aux risques morbides proprement dits mais à certaines thérapeutiques modernes dont l'emploi implique des procédures de surveillance et de routine spécifiques, alors même que le problème morbide primitivement en cause disparaît du champ des préoccupations médicales (ex. traitements anticoagulants, dialyses, etc...)

Le tableau 32 compare nos patients hypertendus suivis et ceux qui ont été dépistés pendant la période d'observation du point de vue des vingt problèmes concomitants que les 13 généralistes du groupe se sont posés le plus souvent, à leur sujet.

Cette comparaison, pour imparfaite qu'elle soit en l'absence actuelle de base statistiquement significative, n'est pourtant pas sans intérêt du point de vue d'une description typologique.

On verra en examinant ce tableau 32, émerger une esquisse de l'hypertendu suivi sous la forme d'un sujet soigneusement pris en charge pour ses problèmes cardiaques, artériels et veineux, mais aussi pour de nombreux problèmes morbides tenant aux phénomènes chroniques d'usure des appareils locomoteur, respiratoire, digestif et du système nerveux à quoi s'ajoutent les maladies de surcharge et les cancers. La polypathologie concomitante chronique d'usure est ici omniprésente et occupe l'espace tout entier. Le sujet récemment dépisté se présente bien différemment et c'est ici du point de vue de la morbidité concomitante la pathologie aiguës des appareils locomoteur, respiratoire, digestif et gynécologique qui fait la différence. Mais ici, de plus, parmi les 20 problèmes concomitants les plus fréquents, on notera deux aspects ne concernant pas la morbidité traditionnelle mais deux demandes d'ordre socio-culturel, pour lequel le généraliste est souvent interpellé lorsque ses patients vivent des situations de crise et une problématique relevant de la vigilance technologique qui est dans notre fonction.

Il va de soi qu'il ne s'agit ici que d'esquisses puisque nous n'avons pas relevé la totalité des problèmes inventoriés, ni analysé le degré de signification des différences que nous observons. Reste qu'apparaît clairement l'extrême variété de la pathologie générale qui, chez nous, est prise en charge dans le même temps que l'hypertension artérielle, comme aussi la fréquence de la pathologie aiguë tout à fait banale qui l'accompagne et, nous le pensons, suscite le bon dépistage et la bonne prise en charge de l'hypertension artérielle en médecine générale.

.../...

TABLEAU N° 36

Comparaison entre les 2 populations appariées  
(PA+) et (PA-) selon le nombre et les causes  
de fin d'observation. (1-1-83 /31-12-84)

FIN d'OBSERVATION - CAUSES	PA+	PA-
CHANGEMENT de DOMICILE	0	6
CHANGEMENT de MEDECIN	0	4
DECES de CAUSE PREVUE	0	14
DECES de CAUSE PREVISIBLE	0*	8
DECES de CAUSE INCONNUE	0	8
HOSPITALISATION DEFINITIVE - INTERNEMENT	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>33</b>

(\*) Deux malades sont effectivement décédés dans la population hypertendue, mais dans l'appariement le sort les a exclus de la population PA +.

### III - 5 - La fin de la surveillance

On a comparé les diverses modalités selon lesquelles un patient de l'échantillon observé est sorti de la surveillance et on a comparé les deux groupes appariés PA+ et PA- après deux ans (tableau 36).

On s'aperçoit, tout d'abord, de la faible perte parmi les 234 sujets hypertendus comparativement aux 234 sujets non hypertendus qui leur sont appariés, même âge, même sexe. Il existe une différence très significative supérieure au risque 1/1000 quant à l'ensemble des sorties de l'enquête, même si la faiblesse des effectifs ne permet pas de calcul de significativité statistique quant aux causes des sorties d'enquête.

Cependant, nous avons recherché les décès parmi la totalité de nos sujets hypertendus dans l'échantillon total., soit 310 hypertendus inventoriés après deux ans sur un échantillon initial de 1299 patients. Nous n'avons trouvé que deux décès que le tirage au sort n'a pas inclus dans les 234 hypertendus appariés du tableau 36.

Ces deux décès correspondent :

- l'un à un accident ischémique cérébral chez une malade de 79 ans,
- l'autre à une mort subite de cause inconnue, chez un artériopathe de 64 ans, au stade terminal d'un cancer de la langue.

Au stade actuel de notre étude, l'impression domine qu'au niveau de la mortalité comme du reste de la prise en charge, la situation du groupe des sujets hypertendus est meilleure que celle des sujets non hypertendus de même âge, même sexe, parmi la population qui fréquente nos cabinets médicaux.

## C O N C L U S I O N S

---

Au terme de ce travail, nous voudrions souligner quelques points qui nous ont paru extrêmement intéressants.

D'abord, il y a nos résultats épidémiologiques qui éclairent fortement la signification réelle de la discipline généraliste pour la prise en charge d'un problème tel que l'hypertension artérielle dans la population dont la santé est assumée par nos soins.

Ainsi, les sujets hypertendus représentent entre 20 et 22 % des patients (selon le sexe) dans nos clientèles; du fait de l'incidence des cas nouvellement dépistés, qui est de 2,54 % l'an, le taux de prévalence des sujets hypertendus monte à 25 % après deux années d'observation de l'échantillon initial et 9,7 % des sujets hypertendus sont alors des cas nouvellement dépistés. Rapportés à la prévalence des sujets hypertendus dans la population générale qui est de 8 à 9 %, nos chiffres indiquent le très important travail de tamisage des sujets à traiter dans la population française, que la médecine générale effectue de par ses fonctions propres.

/du  
nombre

En y regardant de plus près encore, nous avons été nous-mêmes surpris de voir que, du fait d'une concentration considérable et croissance/des sujets hypertendus à partir des âges moyens de la vie, la prévalence des sujets hypertendus dans nos clientèles, si elle reste aux alentours de 10 % entre 34 et 45 ans, monte autour de 30 % entre 46 et 55 ans, atteint 50 % entre 56 et 65 ans et dépasse 60 % des patients au delà de 66 ans.

On comprend que la prise en charge des sujets hypertendus (pour l'ensemble de leurs problèmes d'H T A et autres) représente 16,5 % de l'activité - calculée en contacts (consultations, visites, téléphone, etc...) - dans les 13 cabinets généralistes qui participent à l'enquête.

On comprend aussi que, corrélée à ce que l'on sait de la durée moyenne de vie qui est nettement supérieure en France pour le sexe féminin, le sexe-ratio est de 1,74 parmi nos patients hypertendus.

Notons, cependant, aussitôt que, dans la fraction de même âge mais non hypertendue, notre échantillon de clientèle présente lui aussi un sexe-ratio de 1,66.

Quant aux informations émanant de la partie épistémologique de cette première étude, elles ne nous paraissent pas moins intéressantes.

.../...

Ainsi, nous avons détaillé d'abord notre activité de dépistage et montré, parmi les 13 généralistes du groupe, l'existence de trois tendances significativement différentes, ceux chez qui les sujets hypertendus représentent moins de 12 % de l'activité, plus de 20 % et une position intermédiaire. Ces trois sous-groupes de médecins ne se recoupent pas avec trois autres qui différencient ces mêmes médecins selon que domine la surveillance ou bien le dépistage ou encore existe une égalité entre les deux activités. Du fait de notre effectif de médecins observateurs, il n'a pas été possible de corrélérer ces résultats à des indicateurs socio-métriques les concernant.

Le même problème d'effectifs de cas nouveaux, après deux années seulement d'observation, n'a pas permis de donner une significativité statistique à quelques éléments sociologiques qui nous ont paru distinguer peut-être des catégories privilégiées parmi les sujets nouvellement dépistés comme hypertendus.

Nous les donnons cependant à titre indicatif, espérant que les effectifs seront suffisants pour leur analyse statistique à la fin des quatre années d'enquête qui sont prévues.

C'est ainsi que nos dépistages pourraient être plus fréquents chez les personnels de service, les professions libérales et les cadres supérieurs, et moins chez les ouvriers et les manoeuvres. Ils se feraient plus souvent entre 46 et 55 ans, dans les grandes villes plutôt que dans les petites agglomérations, auprès de sujets grandement logés, dès le premier contact et si le médecin connaît d'autres membres de la famille.

Ces dépistages se feraient, dans un tiers des cas, à partir de signes fonctionnels, dans un second tiers, à partir de problèmes d'hypertension posés par le malade, mais pour un autre tiers, par une découverte tout à fait fortuite.

Nous avons eu aussi la surprise de constater qu'un quart des nouvellement dépistés l'avaient été en visite à domicile.

C'est l'occasion, ici, pour nous d'une remarque : on notera que 38 % des contacts avec les hypertendus se font en visite à domicile. Ajouté à ce que nous venons de dire sur la fréquence de dépistage au domicile du malade, c'est tout le problème de la prise en charge de l'H.T.A., telle qu'elle se pratique de facto à l'occasion de l'activité généraliste multifactorielle, qui est ici posé, ainsi que les biais redoutables qui sont introduits par toute étude impliquant un passage obligatoire par un centre spécialisé ou hospitalier.

C'est lorsque nous avons commencé l'étude du suivi de nos patients hypertendus que sont apparus les effectifs nécessaires à l'analyse statistique de significativité, la comparaison se faisant entre deux échantillons de sujets appariés selon l'âge et le sexe, tels qu'il a été possible de les tirer au sort dans l'échantillon primitif en ce qu'il est devenu après deux années d'observation.

Pour un premier groupe de variables sociologiques, il n'a pas été trouvé de différence significative entre les deux échantillons a prioriés.

C'est le cas des catégories socio-professionnelles, mais aussi de l'activité au sens professionnel du terme

(confronté à la retraite, à l'état de femme au foyer). Même absence de corrélation avec l'habitat (lieu, type, ancienneté, grandeur, confort) et avec l'ancienneté de relations du médecin avec la famille.

Par contre, les sujets non hypertendus ont significativement plus de premiers contacts avec le médecin généraliste. Ceci, confronté au rôle déjà noté de ce premier contact dans le dépistage de l'hypertension, rappelle ce fait que la médecine générale, lieu de prise en charge polyfactorielle de la population, est un outil sanitaire privilégié pour le dépistage naturel d'une affection comme l'hypertension artérielle.

Ce sont des différences de répartition très hautement significatives qui sont apparues dans l'étude comparée des démarches diagnostiques et thérapeutiques dans les deux populations a prioriés.

C'est ainsi que les positions diagnostiques atteintes en fin de contact sont, chez les hypertendus, très significativement plus souvent celles qui correspondent à la disparition des phénomènes morbides sous l'effet du traitement et, moins souvent, celles qui correspondent à des syndromes, tableaux de maladies ou maladies confirmées encore actives. Rappelons que cela comporte la prise en compte chez les sujets hypertendus, en plus de leur H.T.A., de l'ensemble de la pathologie qu'ils partagent avec les patients même âge, même sexe, non hypertendus, auxquels ils ont été a prioriés.

Même différence hautement significative dans la fréquence moindre d'actes techniques, traitements symptomatiques ou d'épreuve et mises en attente chez les sujets hypertendus qui reçoivent avec une fréquence très significativement plus grande des traitements étiologiques.

De même, les sujets hypertendus jouissent-ils d'un pronostic très significativement plus fréquemment "favorable" ou bien "aucune évaluation pronostique en jeu". Curieusement, les guérisons y ont aussi une fréquence très significativement plus grande, ce qui s'explique si on se souvient, comme nous l'avons remarqué plus haut, que les hypertendus sont ici étudiés du point de vue de l'épistémologie de médecine générale et qu'il s'agit ici de sujets traités pour l'ensemble de leurs morbidités.

Les délais de rendez-vous différencient aussi nettement les deux échantillons.

Plus d'absence de rendez-vous et de délais courts (1 à 7 jours) chez les non hypertendus, plus de délais moyens (8 à 30 jours) et surtout longs (31 à 90 jours) chez les hypertendus.

Le dernier chapitre de notre étude traite des problèmes médicaux concomitants qui sont pris en charge dans le même temps que l'hypertension artérielle chez nos consultants.

Une première surprise vient de la constatation du taux des affections cardiovasculaires parmi nos patients hypertendus : 4 à 8 % selon l'affection en cause. Compte tenu de la tranche d'âge concernée, nous trouvons ce résultat très favorable. La comparaison avec nos patients de même âge et sexe complète l'information en ce sens qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux populations du point de vue des affections coronariennes et des troubles du rythme cardiaque ; par contre, une différence significative à 0,05 % existe pour les accidents cérébro-sensoriels et les insuffisances cardiaques dont le taux s'est révélé à notre surprise, inférieur chez les hypertendus. Même surprise positive en ce qui concerne le taux des réactions médicamenteuses (rashes , allergies, etc...) qui est inférieur chez les hypertendus.

Pour ce qui est des morbidités afférentes, c'est-à-dire celles qui sont considérées comme facteurs de risque complémentaire, la seule différence que nous ayons pu trouver concerne l'alcoolisme qui apparaît plus fréquent chez les non hypertendus.

Enfin, l'étude de la morbidité concomitante, c'est-à-dire sans relation aucune avec l'hypertension artérielle, ainsi que celle de la problématique socio-culturelle qui nous est soumise, et celle aussi qui résulte de nos fonctions de vigilance dans les thérapies à risque, a montré l'extrême variété de la pathologie générale chronique ou occasionnelle prise en charge chez nous en même temps que l'hypertension artérielle.

Finalement, ce qui apparaît au vu des multiples facteurs qu'il nous a été possible d'évaluer en comparant les sujets hypertendus aux non hypertendus dans la population qui fréquente nos cabinets médicaux, c'est une qualité particulière de dépistage et de prise en charge, non seulement de leur hypertension, mais de l'ensemble de leur pathologie qui se traduit à tous les niveaux de leur prise en charge et aboutit à une morbidité et mortalité inférieures à celles des patients de même âge et sexe non hypertendus.

Il y a là, nous semble-t-il, un très important champ de recherches à ouvrir sur les modalités optimum de prise en charge médicale dans la population générale.

.../...

Pour ce qui est de l'environnement technique, le généraliste fait, significativement, moins appel pour les sujets hypertendus, aux examens complémentaires et à la médecine spécialisée. Les hospitalisations sont sept fois moins nombreuses chez les sujets hypertendus que chez les sujets non hypertendus de même âge, même sexe (toutes morbidités prises en compte dans les deux populations).

Même fréquence, significativement moindre, des arrêts de travail.

Le nombre de contacts avec le médecin est aussi nettement inférieur chez l'hypertendu par rapport au non hypertendu même âge, même sexe.

De même, le taux de contacts comportant une prise en charge sociale est inférieur chez les sujets hypertendus ( 5 % des contacts contre 9 %).

La prévention primaire est estimée intervenir dans 15 % des contacts concernant les hypertendus contre 10 % , et la prévention secondaire est représentée dans 85 % des contacts avec les sujets hypertendus contre 52 % chez les non hypertendus de même âge et sexe.

La différence est hautement significative et confirme l'idée que, pour le généraliste, l'hypertendu est un malade à risque.

Deux autres constatations sont intéressantes : dans les deux échantillons appariés, les généralistes du groupe estiment apporter un soutien psychothérapeutique dans les deux tiers des contacts et les sentiments ressentis par eux sont positifs dans 65 % de ces contacts.

Concluons en disant que :

- 1/ Nous avons pu démontrer que l'instrument mis sur pied et utilisé depuis le 1er janvier 1983 par 13 médecins généralistes, répondait à notre attente de serrer au plus près la prise en charge de la population qui s'adresse à la médecine générale. En analysant les résultats sur 24 mois, de notre recueil d'informations sur un problème aussi fréquemment rencontré que l'hypertension artérielle, nous avons démontré sa pertinence et son intérêt.
- 2/ Nous en avons également tracé les limites au passage, en précisant, par exemple, que l'évolution dans le temps des malades hypertendus n'avait pas encore été suffisamment analysée et, singulièrement, n'avait pas pu être corrélée avec les événements socio-familiaux de la vie du malade ; en remarquant également que les thérapeutiques n'avaient pas été précisées, même si, comme le remarque O. Rosowsky (19) cela demeure possible à tout moment ; en pointant enfin les insuffisances du codage, même si cette prise de conscience nous a permis d'y remédier. Nous estimons que ces limites peuvent être reculées dans la mesure où le recueil d'informations sera élargi à d'autres généralistes français et étendu dans le temps. Mais cela relève d'une décision politique.
- 3/ Cette étude a permis de donner au sujet hypertendu, pris en charge par le médecin généraliste, une dimension sociologique qui, jusqu'alors, semblait moins importante que sa dimension physiopathologique. Elle a permis de pointer certains problèmes statistiquement significatifs, et d'autres qui le sont moins mais mériteraient d'être confirmés ou infirmés par des études ultérieures.
- 4/ Ce travail permet enfin de bien délimiter les modes de prise en charge du sujet hypertendu en médecine générale ; ainsi précise-t-il les conditions indispensables à toute expérimentation d'un anti-hypertenseur en phase IV ; ainsi analyse-t-il les données qui doivent être enseignées au futur généraliste ; en même temps, il permet également de souligner le caractère économique de cette prise en charge.  
Il montre aussi une voie pour des études des stratégies de la décision, telles qu'elles peuvent être couplées à des études d'efficacité, non seulement pour l'hypertension artérielle, mais aussi pour bien d'autres problèmes morbides qui relèvent de la discipline généraliste.

## BIBLIOGRAPHIE

+++++

- 1 - A. CHAMOIX - P. CATILLINA - J. CHAMPEIX - L. OUBOIS  
"Le comportement du médecin face au traitement de l'HTA"  
Concours médical 1984, 106, 26, 2488-2489.
- 1 + J. CHAPERON "Analyse de l'activité et morbidité rencontrée chez les  
bis médecins généralistes" - article , août 1983.
- 2 - INSERM de RENNES - "Enquête de morbidité en Ille et Vilaine (1980-81)
- 3 - F. FAGNAGI - "Modèle d'évaluation du traitement de l'HTA modérée" -  
cahier de sociologie et de démographie médicales - 1982, 21, 3.
- 4 - A. FROMENT - H. MILON - "l'HTA - Questions de Pratique courante"-  
Laboratoires Boehringer Ingelheim.
- 5 - A. JOUVE - "Epidémiologie de l'HTA" - Gazette médicale de France -  
88, 37.
- 6 - A. JOUVE - J. TASSY - "Epidémiologie de l'HTA" - Editions médicales  
Merck Sharp and Dohme.
- 7 - LAMBERTS HENKS - "Morbidity in general practice" - Utrecht 84.
- 8 - P. LEBACQ (CNRS Paris) - Dossier HTA - Le Généraliste - 1984,662,10-17.
- 9 - H. MILON - A. FROMENT - J. GRUFFAT - M. RICOEUR - P. PALMERIO -  
"Pronostic de l'HTA traitée" - revue du Praticien - 1973,23,9,695 - 711
- 10 - MISRAHI A. et A., et S. SANDLER - "Socio-économie de la santé" - édi-  
tions PERGAMON (p. 74).
- 11 - G. NICOLAS - "le pronostic de l'HTA" - Lille médical - 1973,3,18,1,51-54.
- 12 - Revue du praticien - "HTA essentielle, épidémiologie, pathogénie"-  
1979,29,55.
- 13 - H. SALAH - T. LANG - JF. BUREAU - P. DELOULET - "Influence de la caté-  
gorie socio-professionnelle sur la prévalence de l'HTA" - La nouvelle  
presse médicale - 1982,35.
- 14 - P. TCHERDAKOFF - A. FROMENT - "Epidémiologie de l'HTA" - Sandoz éditions.
- 15 - P. TCHERDAKOFF - "HTA essentielle" - Glaxo.
- 16 - B. VINCENT (NANTES) "Recherche épidémiologique sur la prise en charge du  
malade en Médecine Générale : premier bilan. Rapport introductif" -  
Documents de recherche en Médecine Générale n° 17 (février/mars 1985).
- 17 - R.N. BRAUN "Pratique, critique et enseignement de la médecine générale".  
Editions Payot, Paris 1979.
- 18 - O. ROSOWSKY - SALFATI - FLACHS - FOEX - MINSKY - KRAVETZ - VÈRY - VINCENT  
AKOUN CORNET - GOEDERT - GOEDERT - DEGORNET - Société Française de Méde-  
cine Générale - "Histoire naturelle de 179 malades hypertendus traités  
pendant 3 ans par l'ACEBUTOLOL (SECTRAL) chez 40 médecins généralistes"
- 19 - O. ROSOWSKY - "L'expérimentation et la recherche clinique en Médecine  
générale. Le temps des Entrepreneurs". in "Prospective et Santé" -  
n° 34 - été 85
- 20 - R. BASTIDE " Sociologie des Maladies Mentales", Flammarion 1965  
p. 150 et sq