

Recos, risques et prise de décision individuelle et en santé publique

Jean-Michel Halimi, Tours



Société Française
d'HyperTension Artérielle

Liens avec industrie, HAS, sociétés savantes

- **Liens d'intérêt:**

www.transparence-sante.gouv



Société Française
d'HyperTension Artérielle

Quelle Reco choisir?



Société Française
d'HyperTension Artérielle

SFHTA 2013



RECOMMANDATION

PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE DE L'ADULTE



SFHTA 2013

LES RENDEZ-VOUS DE L'HYPERTENDU

AVANT DE DÉBUTER LE TRAITEMENT

- 1) Confirmer le diagnostic, avec mesures tensionnelles en dehors du cabinet médical.
- 2) Mettre en place les mesures hygiéno-diététiques.
- 3) Réaliser un bilan initial.
- 4) Organiser une consultation d'information et d'annonce de l'HTA.

PLAN DE SOIN INITIAL (6 PREMIERS MOIS)

- 1) Objectif principal : contrôle de la pression artérielle dans les 6 premiers mois.
- 2) Privilégier cinq classes d'antihypertenseurs qui ont démontré une prévention des complications cardiovasculaires chez les hypertendus.
- 3) Choix individualisé du premier traitement antihypertenseur, tenant compte notamment de la persistance.
- 4) Privilégier les bithérapies (fixes) en cas d'échec de la monothérapie, puis une trithérapie si nécessaire.
- 5) S'assurer de la bonne tolérance.

PLAN DE SOIN A LONG TERME

- 1) HTA non contrôlée à 6 mois sous trithérapie: avis spécialisé après avoir vérifié la bonne observance et l'HTA en dehors du cabinet médical.
- 2) En cas d'HTA contrôlée, visite tous les 3 à 6 mois.
- 3) Dépister la mauvaise observance des traitements antihypertenseurs.
- 4) Favoriser la pratique de l'automesure tensionnelle.
- 5) Après 80 ans, objectif modulé sans dépasser 3 antihypertenseurs.
- 6) Après complication cardiovasculaire, ajustement des traitements et maintien de l'objectif tensionnel.

2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension

The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)

JNC VIII 2013

Journal of Internal Medicine
Review & Education

Special Communication

2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults

Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)

Paul A. James, MD; Suzanne Oparil, MD; Barry L. Carter, PharmD; William C. Cushman, MD; Cheryl Dennison-Himmelfarb, RN, ANP, PhD; Joel Handler, MD; Daniel T. Lackland, DrPH; Michael L. LeFevre, MD, MSPH; Thomas D. MacKenzie, MD, MSPH; Olugbenga Ogedegbe, MD, MPH, MS; Sidney C. Smith Jr, MD; Laura P. Svetkey, MD, MHS; Sandra J. Taler, MD; Raymond R. Townsend, MD; Jackson T. Wright Jr, MD, PhD; Andrew S. Narva, MD; Eduardo Ortiz, MD, MPH

JAMA. doi:10.1001/jama.2013.284427
Published online December 18, 2013.



Go AS, et al
High Blood Pressure Control

AHA/ACC/CDC Science Advisory

An Effective Approach to High Blood Pressure Control

A Science Advisory From the American Heart Association, the American College of Cardiology, and the Centers for Disease Control and Prevention

Alan S. Go, MD; MaryAnn Bauman, MD; Sallyann M. Coleman King, MD, MSc;

Gregg C. Fonarow, MD, FAHA, FACC; Willie Lawrence, MD, FAHA, FACC;

Kim A. Williams, MD, FAHA, FACC; Eduardo Sanchez, MD

Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community

A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension

Michael A. Weber^a, Ernesto L. Schiffrin^b, William B. White^c, Samuel Mann^d, Lars H. Lindholm^e, John G. Kenerson^f, John M. Flack^g, Barry L. Carter^h, Barry J. Matersonⁱ, C. Venkata S. Ram^j, Debbie L. Cohen^k, Jean-Claude Cadet^l, Roger R. Jean-Charles^m, Sandra Talerⁿ, David Kountz^o, Raymond Townsend^p, John Chalmers^q, Agustin J. Ramirez^r, George L. Bakris^s, Jiguang Wang^t, Aletta E. Schutte^u, John D. Bisognano^v, Rhian M. Touyz^w, Dominic Sica^x, and Stephen B. Harrap^y

Presque 5 recos en même temps

N'est-ce pas un peu trop?

Qu'est-ce qui les différencie?

Les examens préalables

Examens préalables

Où	Quelle Reco	Quels examens supplémentaires (vs SFHTA)
France	SFHTA 2013	protéinurie (non diab.); microalb (diab.)
USA	JNC VIII 2013	ND ND
USA	ASH/ISH 2013	+ Urée, bilan hépatique + ECBU + Hémoglobine/hématocrite
Europe	ESC/ESH 2013	+ HGPO, acide urique, Hémoglobine + HVG (écho) + IMT<0.9; VOP>10 m/sec + Microalbuminurie (tous)

Utilisation AMT - MAPA

Où	Quelle Reco	Avant instauration traitement	Contrôle PA sous traitement	HTA résistante
France	SFHTA 2013	Systematique	Systematique	Systematique
USA	JNC VIII 2013	pas précisé	pas précisé	oui
USA	ASH/ISH 2013	pas précisé	pas précisé	oui
Europe	ESC/ESH	indication large	indication large	indication large

Prise en compte du RCV (scores, tableaux décisionnels)

Où	Quelle Reco	Situation
France	SFHTA 2013	non
USA	JNC VIII 2013	non
USA	ASH/ISH 2013	non
Europe	ESC/ESH 2013	Sommation FDR CV et/ou Score de risque (SCORE)

Sujets de moins de 80 ans

Où	Quelle Reco	Situation	Cibles PAS PAD (mmHg)
France	SFHTA 2013	Tous à 6 mois	130-139 <90 (+ concordance PA ambulatoire)
USA	JNC VIII 2013	≥60 ans <60 ans	<150 / 90 <140 / 90
USA	ASH/ISH 2013	Tous IRC et protéinurie Jeunes adultes	<140 / 90 <130 / 80 « à discuter » <130 / 80 « raisonnable »
Europe	ESC/ESH	<80 ans mais "âgé" Diabète IRC avec protéinurie IRC sans protéinurie	<150 / 90 <140 / 85 <130 / 80 <140 / 90

Sujets de 80 ans et plus

Où	Quelle Reco	Situation	Cibles PA (mmHg)
France	SFHTA 2013	80 ans +	<150 sans hypoTAO
USA	JNC VIII 2013	≥60 ans	<150/90
USA	ASH/ISH 2013	80 ans +	<150/90
Europe	ESC/ESH 2013	80 ans +	<150/90

Trithérapie préférentielle

			4e si nécessaire
Où	Quelle Reco	Situation	
France	SFHTA 2013	bSRA-D-ICa	Aldactone, sinon B-
USA	JNC VIII 2013	bSRA-D-ICa	B- ou anti-aldosterone ou autre
USA	ASH/ISH 2013	bSRA-D-ICa	Aldactone ou central ou B-
Europe	ESC/ESH 2013	IEC (ou ARA2)-D-Ica	Anti-aldostérone ou alpha- ou ↗dose D ou amiloride

SFHTA vs ESH vs USA

- SFHTA
 - Document de type « recommandation pour la pratique clinique »
 - Simple, pragmatique, utilisable (*donc à utiliser*)
- ESH
 - Document de synthèse de type « text-book »
 - Document de référence pour spécialistes
- ASH/ISH et JNC VIII
 - Documents adaptés aux USA, mais accord entre les 2 n'est que partiel.

Comment ces Recos sont-elles appliquées?

Réalité de tous les jours...

- Le médecin doit soigner ses patients: *Comment?*
- « Utilisation explicite, judicieuse et consciencieuse des dernières données issues de la recherche disponible au moment de la prise de décision » (Sackett, 1996)... *Comment?*
- -> Recommandations pour la pratique (RPC)

Modélisation systématique de recommandations de pratique clinique : une étude théorique et pratique sur la prise en charge de l'hypertension artérielle

Brigitte Séroussi¹, Jacques Bouaud², Denké L. Denké¹, Jacques Julien³,
Hector Falcoff⁴

Les Recos 2005 couvrent-elles les situations cliniques « de la vraie vie » ?

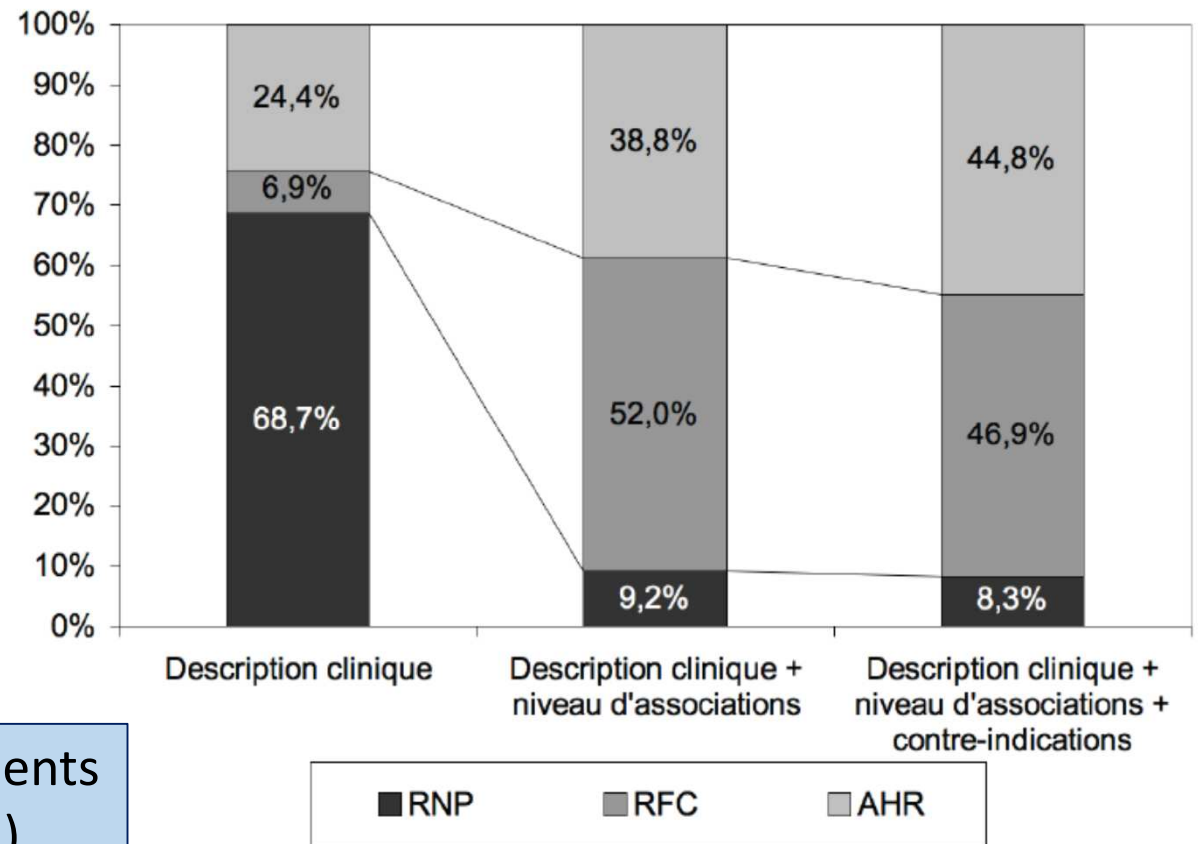
RNP= Reco avec niveau de preuve
RFC= Reco type « consensus »

AHR=Hors Recos

Ces Recos 2005 (thérapeutique) couvrent-elles les situations de la « vraie vie »?

RNP= Reco avec niveau de preuve
RFC= Reco type « consensus »
AHR=Hors Recos

Les Recos s'appliquent à 55% des 495 patients inclus (mais 8.3% avec niveau de preuve...)



Les Recos 2005 couvrent-elles toutes les situations cliniques « théoriques » ?

Les Recos 2005 couvrent-elles toutes les situations cliniques « théoriques » ?

- Toutes les situations plausibles envisagées: 44571 profils possibles...

RNP= Reco avec niveau de preuve *

RFC= Reco type « consensus »

AHR=Hors Recos

<i>Statut du profil</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>RNP</i>	206	0,5 %
<i>RFC</i>	5 424	12,6 %
<i>AHR</i>	38 941	87,4 %
<i>Total</i>	44 571	100,0 %

Avis personnel...

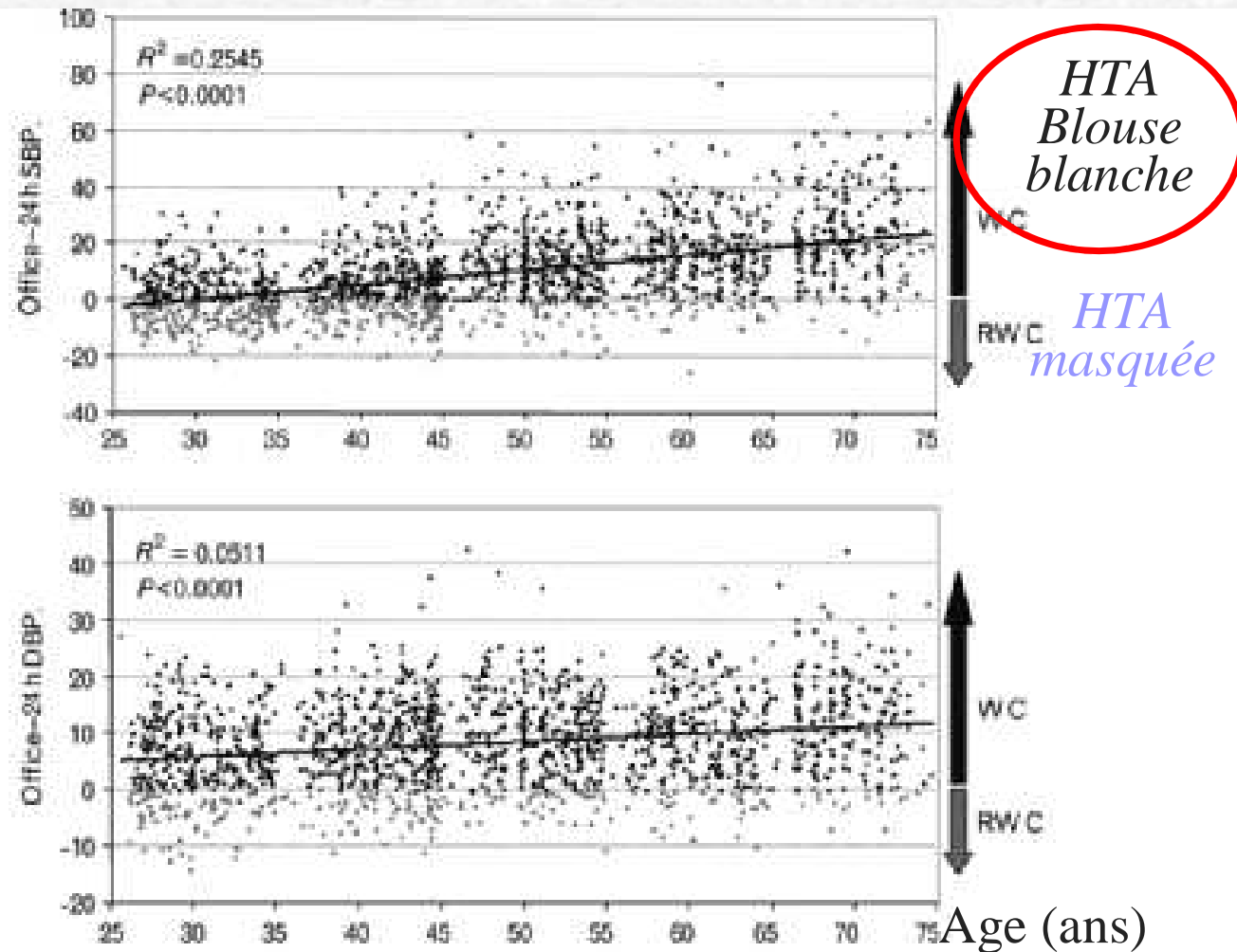
- Les Recos NE doivent PAS couvrir toutes les situations possibles
 - Nous ne sommes pas des robots et nos patients non plus...
- Les Recos doivent proposer
 - Une philosophie de prise en charge
 - Des règles simples et applicables
- Les Recos 2013 SFHTA (simples, pragmatiques)
 - PEC HTA
 - HTA résistante
- Les Recos 2013 SFHTA prennent en compte moins de paramètres
 - « Couvrent » beaucoup mieux les situations cliniques et théoriques

Les autorités de santé peuvent prendre en compte les Recos pour modifier la PEC
« dans la vraie vie »

ex: partenariat SFHTA- CNAMTS

Discordance entre mesure clinique et ambulatoire

Étude PAMELA n=3200 J Hypertens. 2005;23:513-20.



Recommandations de la Société française d'hypertension artérielle : mesures de la pression artérielle pour le diagnostic et le suivi du patient hypertendu

Société française d'hypertension artérielle



5, rue des Colennes-du-Trône, 75012 Paris, France

Correspondance :

Société française d'hypertension artérielle, 5, rue des Colennes-du-Trône, 75012 Paris, France.
contact.sfhta@cardio-sfc.org

Guidelines of the French Society of Hypertension: Blood pressure measurements in the diagnosis and monitoring of hypertensive patients

5. Il est recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical pour confirmer l'HTA, avant le début du traitement antihypertenseur médicamenteux, sauf HTA sévère.
6. Dans le cadre du suivi de l'hypertendu, il est recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical, en particulier lorsque la PA n'est pas contrôlée en consultation.
10. L'AMT et la MAPA apportent au médecin des informations qui doivent être prises en compte pour l'adaptation de la prise en charge thérapeutique : celle-ci doit être proposée par le médecin, sur la base des chiffres de PA mesurés en dehors du cabinet médical.

Raisonnement simple

- Traiter une HTA blouse blanche n'est judicieux et est au contraire coûteux
- Ne plus traiter ces HTA blouses blanches = réduction de prescriptions
- CNAMTS
 - Analyse de la situation et de nos recommandations
 - Projet: fourniture d'appareils d'AMT aux médecins généralistes

- CNAMTS
 - N'est plus seulement le payeur
 - Intervient pour réduire les prescriptions

Vision de la SFHTA et des représentants MG

- Traiter une HTA blouse blanche n'est pas judicieux le plus souvent, et est au contraire coûteux
- Rationnel est cohérent
- Le résultat en terme de santé publique devrait être une meilleure prise en charge

Fournir un appareil d'AMT à tous les médecins généralistes

- Quel coût pour la CNAMTS?
 - Combien d'appareils?
 - Frais d'envoi
 - Frais d'achat
 - Organisation (temps, informatique)
- Combien de médecins généralistes vont-ils le commander?
 - Données d'une phase pilote...

Quelle intervention et comment la modéliser ?

- **1. Quel est le nombre de patients ayant une HTA blouse blanche? Quelle prise en charge?**
 - Nb patients « suspects » d'avoir une HTA en Cs, mais AMT Nle
 - Taux d'utilisation réelle de l'appareil? (proposé chez 100%?)
 - Taux de refus de AMT? (accepté par 100%?)
 - Taux de AMT utilisable? (utilisé correctement à 100%?)
 - Tous les médecins vont-ils savoir ne pas traiter systématiquement?
- **2. Quelle économie générée?**
 - Remboursement de médicaments antihypertenseurs
 - Remboursement de bilans biologiques et autres examens complémentaires
 - Remboursement de Cs chez le cardiologue

Quelles hypothèses?

Appareil fourni à 80 % des médecins en 3 ans :

40% la 1ère année, 30% la 2ème année, 10% la 3ème année

Population régime général : **85% de la population totale**

Nb de nouveaux cas d'HTA Cs France par an : **1 000 000**

Durée moyenne de traitement évitée l'année du diagnostic : **6 mois**

Cible d'adhésion des patients : **80 %**

Taux de ttt HTA évités / nouveaux cas d'HTA de Cs = 30%

La modélisation

Nb d'incidents HTA la 1ère année (40% de la population la 1ère année, du régime général)
340 000

La modélisation

Nb d'incidents HTA la 1ère année (40% de la population la 1ère année, du régime général)	Taux de ttt HTA évités parmi les incidents HTA
340 000	30%

La modélisation

Nb d'incidents HTA la 1ère année (40% de la population la 1ère année, du régime général)	Taux de ttt HTA évités parmi les incidents HTA	Nb de ttt HTA évités 1ère année
340 000	30%	102 000

La modélisation

Nb d'incidents HTA la 1ère année (40% de la population la 1ère année, du régime général)	Taux de ttt HTA évités parmi les incidents HTA	Nb de ttt HTA évités 1ère année	Economie sur les ttt HTA évités la 1ère année
340 000	30%	102 000	6 335 220 €

La modélisation

Nb d'incidents HTA la 1ère année (40% de la population la 1ère année, du régime général)	Taux de ttt HTA évités parmi les incidents HTA	Nb de ttt HTA évités 1ère année	Economie sur les ttt HTA évités la 1ère année	Cible d'adhésion des patients
340 000	30%	102 000	6 335 220 €	80%

La modélisation

Nb d'incidents HTA la 1ère année (40% de la population la 1ère année, du régime général)	Taux de ttt HTA évités parmi les incidents HTA	Nb de ttt HTA évités 1ère année	Economie sur les ttt HTA évités la 1ère année	Cible d'adhésion des patients
340 000	30%	102 000	6 335 220 €	80%

Nb ttt HTA effectivement évités la 1ère année
81 600

La modélisation

Nb d'incidents HTA la 1ère année (40% de la population la 1ère année, du régime général)	Taux de ttt HTA évités parmi les incidents HTA	Nb de ttt HTA évités 1ère année	Economie sur les ttt HTA évités la 1ère année	Cible d'adhésion des patients
340 000	30%	102 000	6 335 220 €	80%

Nb ttt HTA effectivement évités la 1ère année	Economie cible sur les ttt HTA évités la 1ère année
81 600	5 068 176 €

La modélisation

Nb d'incidents HTA la 1ère année (40% de la population la 1ère année, du régime général)	Taux de ttt HTA évités parmi les incidents HTA	Nb de ttt HTA évités 1ère année	Economie sur les ttt HTA évités la 1ère année	Cible d'adhésion des patients
340 000	30%	102 000	6 335 220 €	80%

Nb ttt HTA effectivement évités la 1ère année	Economie cible sur les ttt HTA évités la 1ère année	Nb MG France la 1ère année (40% la 1ère année)
81 600	5 068 176 €	24 631

La modélisation

Nb d'incidents HTA la 1ère année (40% de la population la 1ère année, du régime général)	Taux de ttt HTA évités parmi les incidents HTA	Nb de ttt HTA évités 1ère année	Economie sur les ttt HTA évités la 1ère année	Cible d'adhésion des patients
340 000	30%	102 000	6 335 220 €	80%

Nb ttt HTA effectivement évités la 1ère année	Economie cible sur les ttt HTA évités la 1ère année	Nb MG France la 1ère année (40% la 1ère année)	Nb d'appareils distribués
81 600	5 068 176 €	24 631	24 631

La modélisation

Nb d'incidents HTA la 1ère année (40% de la population la 1ère année, du régime général)	Taux de ttt HTA évités parmi les incidents HTA	Nb de ttt HTA évités 1ère année	Economie sur les ttt HTA évités la 1ère année	Cible d'adhésion des patients
340 000	30%	102 000	6 335 220 €	80%

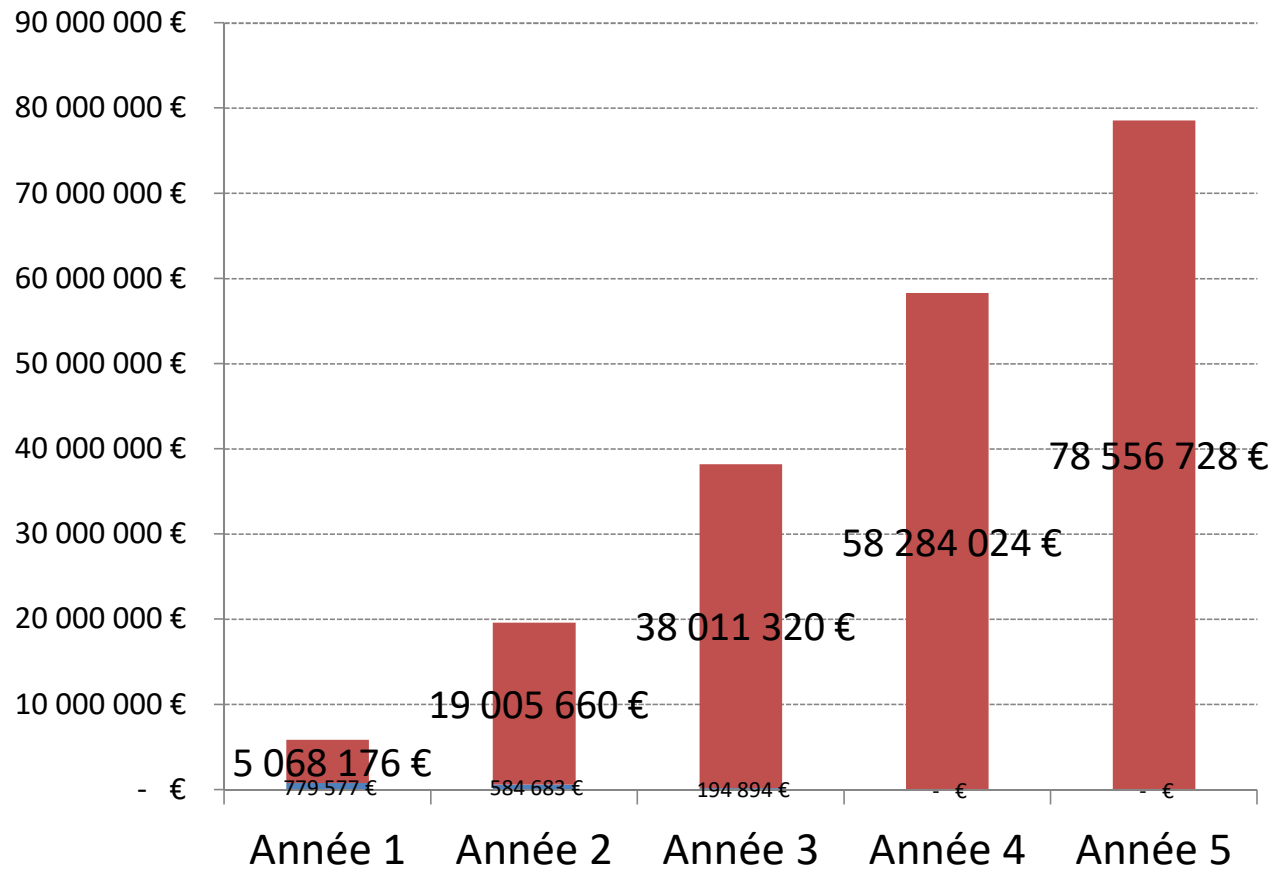
Nb ttt HTA effectivement évités la 1ère année	Economie cible sur les ttt HTA évités la 1ère année	Nb MG France la 1ère année (40% la 1ère année)	Nb d'appareils distribués	Coût annuel de l'appareil
81 600	5 068 176 €	24 631	24 631	779 577 €

La modélisation

Nb d'incidents HTA la 1ère année (40% de la population la 1ère année, du régime général)	Taux de ttt HTA évités parmi les incidents HTA	Nb de ttt HTA évités 1ère année	Economie sur les ttt HTA évités la 1ère année	Cible d'adhésion des patients
340 000	30%	102 000	6 335 220 €	80%

Nb ttt HTA effectivement évités la 1ère année	Economie cible sur les ttt HTA évités la 1ère année	Nb MG France la 1ère année (40% la 1ère année)	Nb d'appareils distribués	Coût annuel de l'appareil	Economie nette cible annuelle
81 600	5 068 176 €	24 631	24 631	779 577 €	4 288 599 €

Economies réalisées (modélisation CNAMTS)

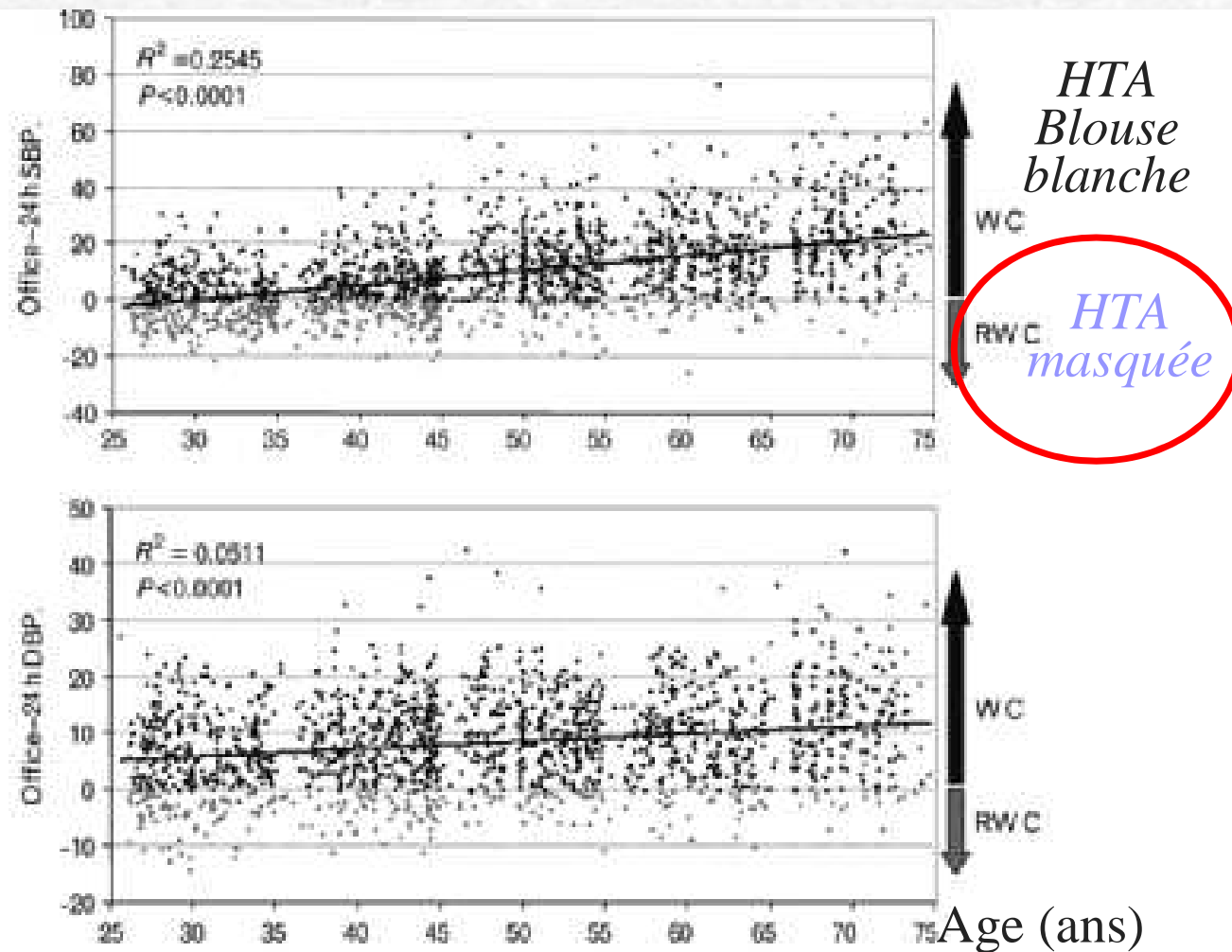


En 3 jours, sans publicité:
1000 appareils commandés...

■ Economies cibles dues au traitement évité l'année en cours et les années précédentes

Discordance entre mesure clinique et ambulatoire

Étude PAMELA n=3200 J Hypertens. 2005;23:513-20.



5. Il est recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical pour confirmer l'HTA, avant le début du traitement antihypertenseur médicamenteux, sauf HTA sévère.

6. Dans le cadre du suivi de l'hypertendu, il est recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical, en particulier lorsque la PA n'est pas contrôlée en consultation.

10. L'AMT et la MAPA apportent au médecin des informations qui doivent être prises en compte pour l'adaptation de la prise en charge thérapeutique : celle-ci doit être proposée par le médecin, sur la base des chiffres de PA mesurés en dehors du cabinet médical.

Effet « pervers » ou « vertueux » potentiel ?

- Et si le médecin utilisait cet appareil pour dépister l'HTA masquée
 - Aura-t-on cette information?
- Augmentation des prescriptions et donc des coûts
 - Mais bénéfice en santé publique
- Calcul des coûts si HTA masquée dépistée
 - Déjà traité: coût de l'intensification (mais saura-t-on le calculer?)
 - Pas traité jusque-là: coût du nouveau traitement (idem)

Est-ce que cela va marcher?

- Tout est modélisable, y compris l'implémentation de Recos dans la vraie vie ou sur des patients fictifs
- La modélisation est une nécessité absolue avant la mise en place d'actions comme celle qu'a entreprise la CNAMTS
- Initiative remarquable de la CNAMTS qui joue à la fois un rôle de payeur mais aussi a un rôle de santé publique.
 - Cette action a aussi permis un partenariat SFHTA-CNGE sur ce projet

En conclusion

- Il est évidemment essentiel de faire des Recos
- On ne peut pas appliquer toutes les Recos
 - Seuls celles qui sont simples et pratiques le seront
 - La philosophie des Recos peut être très différente
 - Recos HAS-SFHTA en cours
- Il faut déjà les connaître...