

## CONTINUITÉ DES SOINS ET CONTRÔLE DE L'HYPERTENSION DANS UN CENTRE DE SANTÉ EN TUNISIE

par

A. EL ABASSI<sup>1</sup>, W. VAN LERBERGHE<sup>2,\*</sup> & P. VAN DER STUYFT<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hôpital de Soliman, Soliman, Tunisie; actuellement UNICEF, Bamako, Mali

<sup>2</sup>Département de Santé Communautaire, Institut de Médecine Tropicale,  
Nationaalestraat 155, B-2000 Antwerpen 1, Belgique

---

**Résumé.** — Cet article analyse le suivi de 210 malades hypertendus à Soliman, en Tunisie. Cinq ans après le début du traitement, deux tiers des malades sont toujours suivis. L'incidence des interruptions de traitement est de 0,18 par année sous observation. Près de la moitié des premières interruptions du traitement se produisent pendant les six premiers mois de la prise en charge; la plupart de ces interruptions ne constituent cependant pas des abandons définitifs. Il y a une baisse de la pression artérielle plus importante parmi les malades réguliers que parmi les non-réguliers, ainsi qu'une fréquence moindre des accès hypertensifs.

---

**KEYWORDS:** Hypertension; Continuity of Care; Health Centre; Tunisia.

---

### Introduction

Comme dans de nombreux autres pays l'hypertension artérielle est considérée comme un problème de santé publique en Tunisie. Sa prévalence y est estimée à près de 10 % lors d'une enquête impromptue (1). On considère que quelques 60 % de ces cas peuvent être confirmés lors d'examen répétés. Un hypertendu sur deux ignore son état et très peu sont en traitement. Pour les malades en traitement, la continuité fait le plus souvent défaut, parce que l'accessibilité des centres spécialisés est limitée, ou simplement parce que les stratégies permettant l'amélioration de la régularité n'ont pas été mis en place.

Au centre de santé de Soliman une stratégie de suivi des hypertendus a été mise au point qui permet de déléguer l'ensemble de la prise en charge au personnel paramédical (2). Cela fut possible grâce à l'expérience acquise dans d'autres programmes de suivi de malades chroniques: standardisation du traitement, organisation d'un suivi dynamique avec convocation des retardataires (3).

L'approche en matière de recrutement des malades à suivre restait prudente: seulement les cas confirmés à partir d'un dépistage limité à la consultation curative, soit une partie à peine des hypertendus dans cette population. Néanmoins, actuellement la prise en charge des hypertendus induit une charge de travail ainsi qu'une consommation de médicaments qui deviennent de plus en plus importantes.

Le présent travail se propose de dégager des éléments d'évaluation de la qualité de cette prise en charge, et en particulier de déterminer les risques

---

\* Adresse pour correspondance.

d'abandon et la « survie » dans le suivi ainsi que la régularité du traitement. L'importance de la continuité des soins est analysée à partir des performances en matière de réduction de la pression artérielle et de la fréquence des poussées hypertensives, ainsi qu'à partir du devenir des malades en abandon du traitement.

## Population et méthodes

Le Centre de Santé de Soliman couvre une population de 21.000 habitants : les 15.000 habitants de la ville et quelques 6.000 de la campagne avoisinante. En dehors des cinq médecins privés installés en ville, ce n'est qu'au centre de Santé qu'on fournit des soins curatifs ambulatoires. Quarante pour cent de la population urbaine de plus de 5 ans consulte au moins une fois par an; ce n'est le cas que pour 10% de la population rurale. La population étudiée est constituée par 210 hypertendus : l'ensemble des malades (à l'exception des diabétiques, un sous-groupe spécifique qui a été exclu de l'étude) qui ont été recrutés dans le programme entre 1980 et le printemps 1988, date de la fin de l'étude. Les dossiers de ces 210 patients ont été analysés et complétés, pour ceux qui avaient été perdus de vue, lors de visites à domicile.

La prise en charge fait suite à la détection de l'hypertension à la consultation curative du médecin. Celui-ci mesure systématiquement la pression artérielle (PA) de tous les malades de plus de 40 ans ainsi que celle de tout malade chez qui une hypertension est suspectée sur base clinique. Est considéré comme hypertendu tout malade adulte avec une PA diastolique supérieure à 95 mm Hg, et/ou une PA systolique supérieure à 160 mm Hg. La PA est mesurée par le médecin à trois reprises en position assise, après un temps de repos de 15 minutes. Elle est confirmée au plus tôt 15 jours plus tard (4). Le schéma de traitement demande en principe une visite trimestrielle de contrôle et de réapprovisionnement. Le malade est suivi par le personnel paramédical; tous les six mois il y a également une visite auprès du médecin généraliste. Tout comme c'est le cas pour le traitement, les indications pour référer le malade au médecin sont standardisées.

A moins que le malade abandonne son traitement il est pris en charge jusqu'au décès ou au transfert vers une autre formation sanitaire. Le tableau 1 résume les différentes définitions utilisées pour caractériser régularité et suivi du traitement.

TABLEAU 1  
Définitions utilisées pour la description du suivi des hypertendus

---

Interruption: retard de plus d'un mois par rapport au rendez-vous, ou interruption du traitement d'au moins 15 jours.

Abandon: interruption du traitement pendant un an ou plus (la date de l'abandon est déterminé en assumant que le patient a continué à suivre son traitement pendant 45 jours après sa dernière visite trimestrielle).

Sortie: arrêt du traitement sans abandon pour une des raisons suivantes: déménagement vers une autre circonscription, suivi ultérieur par le secteur privé, décès ou arrêt de l'observation à la fin de l'étude.

Patient régulier: patient sans interruptions du suivi pendant la période d'observation.

Patient irrégulier: patient avec au maximum 2 interruptions ne totalisant pas plus de trois mois de retard aux rendez-vous de contrôle et réapprovisionnement.

Patient gravement irrégulier: patient totalisant des interruptions plus nombreuses ou plus longues.

---

A partir des dates de prise en charge et de sortie ou d'abandon, il a été possible d'établir les fonctions de suivi selon des techniques classiques pour la construction de tables de survie actuarielles. La proportion  $t_m$  de malades n'ayant pas abandonné son traitement à la fin du mois  $m$  est donnée par la formule (1):

$$t_m = t_{m-1} - t_{m-1} \times {}_{m-1}r_m \quad (1)$$

où  ${}_{m-1}r_m$  est le risque d'abandon du traitement pendant le mois  $m$ , c'est-à-dire :

$${}_{m-1}r_m = (a_m)/(n_{m-1} - (s_m/2)) \quad (2)$$

où  $a_m$  est le nombre d'abandons pendant le mois  $m$ ,  $s_m$  le nombre de sorties pour autres raisons durant ce même mois, et  $n_{m-1}$  le nombre toujours sous traitement à la fin du mois précédent. De tels risques  $r$  peuvent être calculés séparément pour chaque mois après le début de la prise en charge. Une telle approche de la description des profils d'abandon des malades permet de maximaliser l'utilisation de l'information disponible.

On peut apprécier l'effet de la régularité sur le contrôle de la pression en comparant les proportions de malades avec PAS < 160 mmHg et PAD < 95 mm Hg parmi les malades sous traitement, en comparant ceux qui ont été réguliers et ceux qui ne l'ont pas été. Une approche alternative consiste à utiliser les abaissements des pressions artérielles systoliques et diastoliques entre le moment de la prise en charge et la fin de l'étude comme variables dépendantes dans une régression multiple utilisant, en plus de la régularité, l'âge, les niveaux des PA initiales, et la durée sous observation comme variables indépendantes. Cela permet de dégager le rôle propre de la régularité, tout en contrôlant pour ces autres variables, et de quantifier la contribution indépendante de la régularité à la réduction de la PA.

Un deuxième élément qui illustre l'importance de la régularité dans le suivi du traitement est la fréquence de poussées hypertensives. Celle-ci est exprimée en nombre de cas documentées dans les fiches — c'est-à-dire ayant donné lieu à une consultation — par année sous observation. Cette fréquence est comparée pour les malades réguliers et irréguliers.

Enfin, le nombre de décès endéans les deux premières années après l'abandon du traitement a été déterminé à travers des visites à domicile pour tous les malades perdus de vue, et est comparé à la mortalité des malades sous traitement.

## Résultats

Parmi les 210 personnes prises en charge il y a 151 habitants de la ville de 15.000 habitants (1 %), et 59 de la zone rurale voisine de 6.000 habitants (1 %). Il y a 150 femmes et 60 hommes; 40 % ont plus de 60 ans: la médiane à la prise en charge est de 59 ans pour les femmes et de 62 ans pour les hommes. La prise en charge est faite par le personnel paramédical. Il y a eu 2.650 consultations auprès du personnel paramédical, soit en moyenne 3,7 consultations par malade et par année d'observation. A cela viennent s'ajouter 1.527 consultations et références auprès du médecin généraliste, ainsi que 84 références au médecin spécialiste. Il n'y a pas de différences de distribution d'âge entre le rural et l'urbain. Le tableau 2 résume les caractéristiques de ces 210 personnes.

TABLEAU 2  
Caractéristiques des malades réguliers et irréguliers  
au moment de la prise en charge et au dernier contact

	Réguliers	Irréguliers	Gravement irréguliers
Nombre	138	29	43
Nombre (%) originaire du rural	31 (23%)	11 (38%)	18 (42%)
Nombre (%) de femmes	110 (80%)	21 (72%)	30 (70%)
Age à la prise en charge : médiane (moyenne, DS)	60 (59,2, 12,0)	61 (58,5, 9,4)	61 (60,5, 10,3)
PAD à la prise en charge : médiane (moyenne, DS)	100 (103,9, 12,0)	100 (102,1, 13,7)	100 (102,1, 12,4)
PAS à la prise en charge : médiane (moyenne, DS)	180 (185,3, 20,0)	190 (189,0, 22,7)	180 (183,5, 15,9)
Nombre d'années sous observations	445	90	189
Incidence des poussées hypertensives par année d'observation : moyenne (DS)	0,40 (0,6)	0,52 (0,6)	0,53 (0,4)
PAD au dernier contact : médiane (moyenne, DS)	90 (90,0, 10,5)	100 (99,3, 16,6)	90 (94,9, 12,7)
PAS au dernier contact : médiane (moyenne, DS)	150 (156,6, 18,5)	170 (76,5, 23,8)	160 (165,1, 23,3)
Nombre de malades avec PAD < 95 et PAS < 160 au dernier contact	60 (43%)	0 (0%)	10 (23%)
PAD : Pression artérielle diastolique	PAS : pression artérielle systolique	DS : Déviation standard	

Au moment de la prise en charge pharmacologique la médiane de la pression artérielle systolique et diastolique était de respectivement 180 et 100 mm Hg, tant pour les femmes que pour les hommes. La prise en charge thérapeutique ne commence souvent que plusieurs mois après la première détection du problème : si la moitié des malades est prise en charge endéans des 3 mois après le diagnostic initial, cet intervalle est de plus d'une année dans 32%. Ce traitement initial associe plusieurs médicaments dans 17% des cas : les autres sont traités par régime (7%) ou régime plus monothérapie (76%).

Soixante-douze des 210 malades ont interrompu leur traitement à un certain moment au cours de la période d'observation. Dans 25% des cas cette première interruption se situait avant le troisième mois du traitement, dans 45% avant le sixième. En tout, 63% des interruptions ont eu lieu pendant la première année de suivi. Parmi les malades ayant interrompu leur traitement 10 (14%) constituaient des abandons selon les critères du tableau 1 : l'interruption a duré plus qu'une année. Parmi les 62 malades qui reviennent moins d'un an après avoir abandonné leur traitement, une deuxième interruption est relevée dans 22 cas, alors que 13 patients ont interrompu leur traitement 3 fois ou plus. Dans l'ensemble, l'incidence des interruptions de traitement est de 0,18 par homme-année de prise en charge.

La figure 1 montre le suivi des patients jusqu'à abandon établi à partir des formules (1) et (2). Cinq années après le début de la prise en charge 62,9% des patients sont toujours sous traitement — abstraction faite des décès sous traitement et des autres sorties. Il n'y a que peu ou pas de différences entre hommes et femmes, ou selon l'âge au moment de la prise en charge. Par contre, les malades originaires du milieu rural abandonnent plus vite le programme : il n'en reste que 45% après 5 ans, contre 70% en milieu urbain ( $p < 0,001$ , log-rank test).

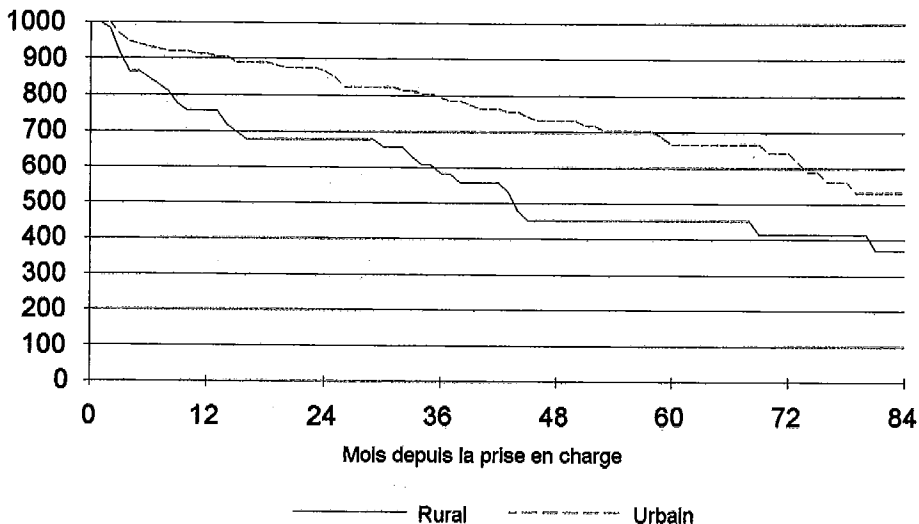


Figure 1.

Continuité du traitement, en fonction du temps depuis le début de la prise en charge, milieu urbain et rural : proportion n'ayant pas abandonné le traitement (risques de sortie ou de décès exclus).

Au cours de la période d'observation, 55 fiches ont été clôturées. Dans 21 cas il s'agissait d'une sortie : décès au cours du traitement (5 cas, avec âges : 63, 71, 76, 76 et 85 ans), déménagement (9), ou passage vers le privé (7). Dans 34 cas il s'agissait d'un abandon, à un âge moyen de 64 ans. Parmi les malades ayant abandonné leur traitement 25 étaient toujours en vie à la fin de l'étude, 1 n'a pu être retrouvé, et 8 étaient décédés, de 6 mois à 4 ans après l'arrêt du traitement. Ces décès sont survenus aux âges de 57, 58, 68, 68, 70, 74, 82 et 86 ans.

Au moment de la fin de l'étude des visites à domicile ont pu documenter le sort des patients qui n'étaient pas sous traitement — qu'ils soient en abandon ou en interruption de traitement. Vingt-et-un malades en abandon temporaire ou définitif de traitement ont pu être interrogés sur les motifs de l'arrêt du traitement : 15 ont arrêté pour des motifs peu explicites regroupés sous la catégorie « pas assez motivé » ou « refuse le suivi » ; 4 donnent des raisons d'accessibilité ou de coût ; 2 mentionnent des mauvais contacts avec le personnel.

Sur les 210 malades 138 (66%) ont été classés comme réguliers ; 29 comme irréguliers et 43 comme gravement irréguliers, en utilisant les critères du tableau 1. Le tableau 2 synthétise leurs caractéristiques au moment de la prise en charge ainsi qu'à la dernière consultation où ils ont été observés. Au moment de la prise en charge, ces différents groupes sont comparables du point de vue de l'âge, de la répartition entre hommes et femmes, ainsi que de la PA. Il y a proportionnellement moins d'irréguliers parmi les habitants de la zone urbaine : 21 % contre 49 % ( $p < 0,001$ ).

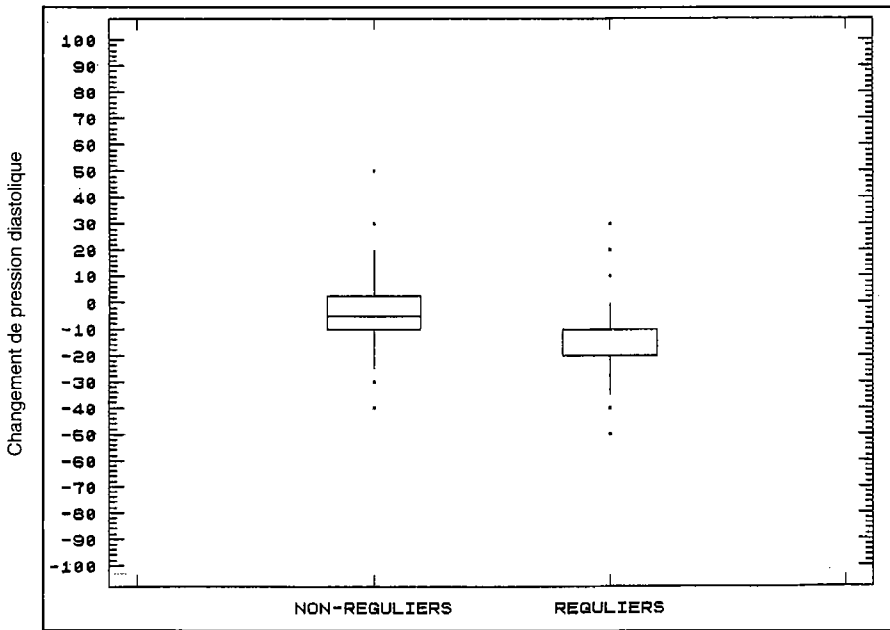


Fig. 2a.

Evolution de la PAS depuis la prise en charge

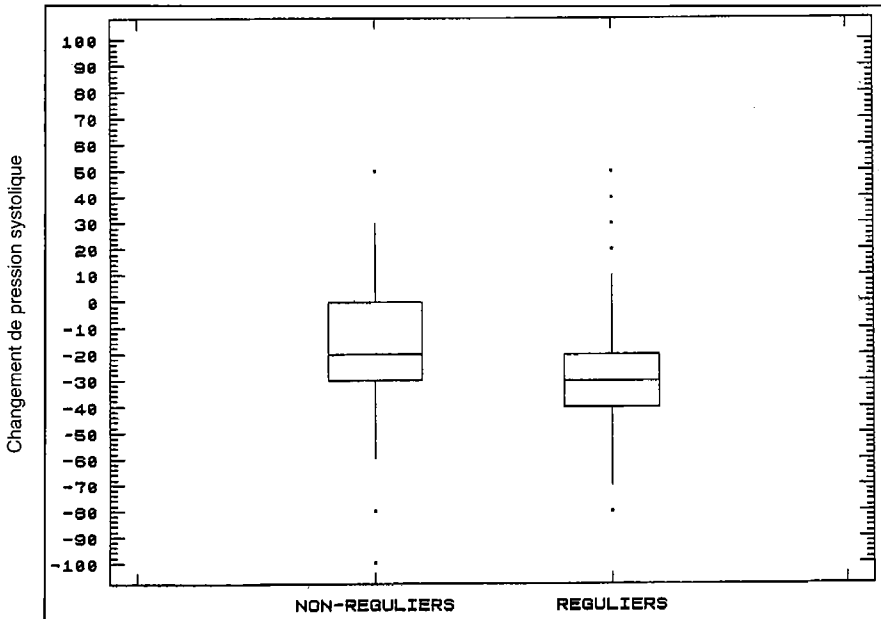


Fig. 2b.

Figure 2a et b.  
Distribution (diagramme en boîtes) du changement de la pression artérielle diastolique et systolique entre la prise en charge et le dernier contact, chez les patients réguliers et irréguliers.

Il y a moins de poussées hypertensives parmi les patients réguliers : 0,4 notifications par année d'observation contre 0,5 ( $p < 0,02$ ). Ils ont également un abaissement de la pression artérielle diastolique et systolique plus important ( $p < 0,001$ ) (fig. 2), et une plus grande proportion à une pression artérielle de moins de 160/95 au dernier contact ( $p < 0,001$ ).

L'analyse de régression (tableau 3) montre que la régularité est positivement corrélée avec la réduction de la PA. Après un contrôle pour l'âge, la PA initiale et la durée de la prise en charge, les réductions de la PAD et de la PAS sont respectivement 7,5 mm Hg et 14 mm Hg plus importantes chez les patients réguliers que chez ceux qui ne le sont pas. Les différentes variables indépendantes expliquent respectivement 45 et 41 % de la réduction de la PAD et PAS. Pour la réduction de la PAD il n'y a que la PAD initiale à la prise en charge, l'âge et surtout la régularité qui contribuent significativement à expliquer cette réduction. Elle est plus importante si la PAD initiale est plus élevée, et si le malade est régulier. Il en est de même pour la réduction de la PAS, mais ici il y a également un effet significatif de la durée de prise en charge.

TABLEAU 3  
Analyse de régression de la réduction de la PAD et de la PAS au cours de la prise en charge, envers les variables dépendantes : âge, PA à la prise en charge, durée de la prise en charge, régularité (NS : non significatif)

Variable dépendante :	Réduction de la PAD		Réduction de la PAS	
Coefficients des variables indépendantes :				
Age	- 0,144	$p < 0,05$	- 0,003	NS
PAD initiale	- 0,790	$p < 0,001$	- 0,057	NS
PAS initiale	+ 0,021	NS	- 0,699	$p < 0,001$
Durée	- 0,501	NS	- 1,733	$p < 0,01$
Régularité	- 7,446	$p < 0,001$	- 14,020	$p < 0,001$
Constante	81,77	$p < 0,001$	126,7	$p < 0,001$
F-ratio	33,6		18,01	
R <sup>2</sup>	0,45		0,41	

Il y a eu 5 décès parmi les 210 malades pendant les 722,5 hommes-années d'observation sous traitement, soit 0,007 décès par homme-année. On connaît également le devenir des malades en abandon de traitement. On a enregistré 8 décès sur un temps d'observation après arrêt de traitement de 87 hommes-années : 0,091 décès par homme-année. La médiane d'âge au décès est de 72 ans pour les malades en abandon de traitement, de 76 ans pour les malades sous traitement.

## Discussion

Le Centre de Santé de Soliman ne prend en charge qu'une partie des personnes hypertendues dans la population. En restant très conservateur, on peut certainement s'attendre à ce qu'il y ait, dans la population de Soliman, une prévalence de plus de 1.000 personnes hypertendues. Le nombre de

malades sous traitement à la fin de l'étude, 176, est une bonne estimation de la prévalence des malades pris en charge, environ 8 malades pour 1.000 habitants, un peu moins en rural qu'en urbain. Même si on ajoute les diabétiques hypertendus qui sont suivis au Centre de Santé, on n'atteint pas le quart de la population hypertendue. Les autres sont suivis dans le secteur privé, ou ne font pas l'objet d'une prise en charge médicale. Le nombre plus grand de femmes traduit sans aucun doute des différences de stratégies d'utilisation des services entre hommes et femmes à Soliman, et suggère que plutôt que la stratégie de recrutement, c'est la décision d'utiliser les services par le malade qui influence le plus le manque de couverture.

La moitié des malades hypertendus repris dans cette étude sont pris en charge dans les trois mois qui suivent leur dépistage. Il est évident que la fréquence des hypertensions limites et labiles n'autorise pas, sauf urgence, la prise en charge instantanée ou trop rapide, sous peine de gonfler les effectifs pris en charge par de nombreux faux positifs avec tout ce que cela comporte d'iatrogénèse (5). Il faut néanmoins remarquer que près du quart de la population étudiée n'a été prise en charge que plus de deux ans après le dépistage. Il faut aussi ajouter un certain nombre d'hypertendus qui sont dépistés sans jamais être pris en charge. Il peut s'agir dans certains cas d'une défaillance du service de santé, tout comme il peut s'agir de décisions judicieuses, où un traitement inutile n'a pas été imposé, ou a été remis jusqu'au moment où il est devenu nécessaire. Comme c'est le cas dans bien d'autres situations (6) la détection d'une hypertension n'implique pas nécessairement sa prise en charge. Quoi qu'il en soit, c'est un fait qui a des implications importantes si on veut utiliser des informations épidémiologiques comme base de planification de la prise en charge. Pour affiner cette discussion, il eut fallu que le service disposât de l'information sur le taux de détection de l'hypertension parmi les consultants, sur la déperdition avant la confirmation du diagnostic, et sur celle après que le diagnostic ait été communiqué au malade.

Une fois le traitement commencé, le nombre d'interruptions n'est pas négligeable. La plupart des malades qui interrompent leur traitement réapparaissent après un intervalle plus ou moins long. Le fait que la moitié des malades reviennent moins de trois mois après leur rendez-vous manqué semble être le résultat du bon fonctionnement du système de détection des retards à travers l'échéancier et des mesures de récupération active — convocation, visites à domicile, contacts avec parents et voisins — qui l'accompagnent. Mais les quelques 20 % des interruptions de suivi qui dépassent une année mesurent l'importance de ce qui reste à faire. Peu de malades ayant abandonné définitivement leur traitement donnent « les mauvais contacts avec le personnel » comme motif principal. La majorité fournit une explication plus vague — et a priori moins vulnérable : le manque de motivation. Il y a là peut-être parfois une possibilité d'améliorer la continuité à travers une amélioration de l'accueil et une plus grande empathie du personnel. Or, 63 % des interruptions surviennent pendant la première année du suivi, 45 % dans les premiers six mois et 25 % pendant le premier trimestre. C'est dire l'importance que revêt la période initiale dans la relation entre le service et le malade pour promouvoir la continuité des soins.

Les tables de continuité, représentées graphiquement dans la figure 1, semblent être un bon outil pour indiquer la capacité de la formation sanitaire



d'assurer la continuité des soins. Le fait que l'on ait éliminé dans le calcul les décès et les sorties pour des raisons autres que l'abandon du traitement, fournit un indicateur relativement pur du niveau de fonctionnement du service. Malheureusement, il n'y a pas, à notre connaissance, d'études qui présentent les informations de la même façon et qui pourraient servir de point de comparaison. Cela rend difficile l'appréciation du chiffre de 63 % restant sous traitement après cinq ans. Néanmoins, cela semble être un résultat satisfaisant, si on prend en considération le fait qu'il s'agit d'une maladie chronique dont la symptomatologie n'est pas toujours parlante. Rappelons que même pour la tuberculose pulmonaire, pathologie grave et perçue comme telle, on a fort souvent des déperditions très importantes même dans les premiers mois de traitement. Les différences de profil entre urbain et rural sont probablement la conséquence des difficultés (relatives) d'accès au service pour les populations rurales. Le fait que la déperdition se situe surtout pendant la première année confirme l'importance de la période initiale : c'est à ce moment là qu'il faut trouver les arrangements qui donnent les meilleures garanties pour maintenir la continuité des soins par la suite.

Les données suggèrent que l'abandon et l'irrégularité du traitement ne sont pas sans conséquences. On ne dispose pas des informations sur la pression artérielle des malades en état d'abandon. On peut cependant remarquer qu'il y a une surmortalité marquée parmi les malades ayant abandonné leur traitement, si on la compare aux malades suivis. Cette surmortalité est tellement importante qu'elle suggère que des facteurs autres que le seul abandon du traitement anti-hypertensif entrent en jeu : l'explication la plus plausible est que c'est l'apparition d'autres maladies qui augmentent à la fois le risque de décès et la probabilité d'abandonner un traitement qui nécessite un déplacement régulier au Centre de Santé. Si c'est le cas, cela constitue un argument de plus pour le renforcement des mesures visant à rétablir le contact avec les malades qui interrompent leur traitement.

La plupart des interruptions de traitement ne constituent pas en fait des abandons définitifs. Le malade reprend le traitement après un laps de temps plus ou moins long. Une façon classique d'évaluer le suivi est d'apprécier la régularité en dénombrant le nombre de rendez-vous manqués. La façon d'estimer la régularité dans cette étude-ci s'y apparente. Elle inclut cependant la notion de durée des interruptions. Selon les critères utilisés deux tiers des malades sont classés comme réguliers. Près de 20 % sont classés comme très irréguliers : interruptions prolongées ou nombreuses.

L'irrégularité du traitement est associée à un contrôle de l'hypertension moins satisfaisant. Les malades irréguliers ont un abaissement de la pression artérielle significativement moins important que les réguliers, et ceci en contrôlant pour l'âge, la durée de la prise en charge, et la tension au moment de la prise en charge (cette dernière étant bien entendu autocorrélée à la baisse tensionnelle (7)). La proportion de malades sous traitement dont la pression artérielle est sous contrôle, c'est-à-dire est inférieure à 160/95, est trois fois plus grande parmi les malades réguliers. Ces derniers ont également près de deux fois moins de notifications de poussées hypertensives — fait encore plus parlant lorsqu'on considère le fait que la fréquence des contacts avec le service est a priori plus grande pour les malades réguliers. On ne peut, sur la base des données présentées ici, conclure à une association de cause à effet entre la régularité du traitement (ou sa continuité)

et un bénéfice de santé. Mais si l'organisation du suivi par le personnel paramédical peut contribuer à une réduction de la pression artérielle, cela semble pouvoir justifier l'effort.

#### **Continuity of care and control of hypertension in a health centre in Tunisia.**

*Summary.* — This article describes the follow-up of 210 hypertensive patients in Soliman, Tunisia. Five years after starting treatment, two thirds of the patients are still followed-up. The incidence of interruption of treatment is of 0.18 per year of follow-up. Nearly half of these first interruptions occur during the first six months, but most do not result in a final abandon of treatment. The drop in blood pressure is more important among those who stick to their appointment schedules, than among those who do not. The former also present less hypertensive crises.

#### **Continuïteit van de zorgverlening en controle van hypertensie in een gezondheidscentrum in Tunesië.**

*Samenvatting.* — Dit artikel beschrijft de therapietrouw van 210 hypertensiepatiënten in Soliman, Tunesië. Vijf jaar na de aanvang van hun behandeling worden tweederden van de patiënten nog steeds gevolgd. Het globale incidentiecijfer van therapie onderbrekingen is 0,18 per persoon-jaar. Bij onregelmatige patiënten doet de eerste onderbreking zich in bijna de helft van de gevallen voor binnen de zes maanden na het opstarten van de behandeling. Zij leidt echter meestal niet tot het definitief opgeven ervan. De bloeddrukdaling is groter bij regelmatige patiënten en zij hebben ook minder hypertensie opstoten.

Reçu pour publication le 13 avril 1993.

#### REFERENCES

1. Ben Khalifa F: Caractéristiques morphologiques biocliniques et épidémiologiques du diabète dans la population de Tunis. Imprimerie officielle, Tunis, 1979.
2. Skouri Fethi: La prise en charge des hypertendus au dispensaire de Soliman. Thèse de doctorat de l'Université de Tunis, 1980.
3. Stroobant A: Renforcement et intégration des services de santé du Cap Bon, Tunisie. Ann. Soc. belge Méd. trop., 1979, **59** (Suppl.), 47-70.
4. WHO: Guidelines for the management of mild hypertension: memorandum from a WHO/ISH meeting. Bull. WHO, 1989, **67**, 493-498.
5. Moser M: The cost of treating hypertension. Cardiovascular Drugs and Therapy, 1989, **3**, 743-747.
6. Hall JA: Audit of screening for hypertension in general practice. J. Coll. Gen. Pract. 1985, **35**, 274.
7. Gill JS, Ezezulka AV, Beevers DG, Davies P: Relation between initial blood pressure and its fall with treatment. Lancet, 1985, **1**, 567-569.