

## CONTEXTE NATIONAL

La pression artérielle correspond à la pression exercée par le sang contre les parois des artères. Cette pression, exprimée en millimètre de mercure (mm Hg), est définie par une valeur maxima (pression systolique) et une valeur minima (pression diastolique). Chez un même individu, la pression artérielle subit des variations normales tout au long de la journée.

L'hypertension artérielle (HTA) est définie arbitrairement (consensus international) par une pression artérielle (PA) systolique  $\geq 140$  mm Hg et/ou une PA diastolique  $\geq 90$  mm Hg, mesurée au cabinet médical et confirmée au minimum par trois mesures au cours de trois consultations successives, sur une période de 3 à 6 mois [1].

L'HTA peut être asymptomatique (elle est alors découverte lors d'un examen ou consultation médicale), ou se manifester par des céphalées, vertiges, acouphènes, palpitations, asthénie, épistaxis, hématurie etc.

Dans 90% des cas, l'HTA est dite essentielle, c'est-à-dire qu'aucune cause connue n'a été retrouvée. Dans 10% des cas, l'HTA est dite secondaire, c'est-à-dire consécutive à une ou plusieurs pathologies (rénale, surrénaliennes, médicamenteuses etc.) Dans la grande majorité des cas, le mécanisme précis de l'HTA reste inconnu. Cependant il existe des facteurs de risque d'HTA comme l'âge, le sexe, l'hérédité, la surcharge pondérale, l'excès de sel dans l'alimentation, l'usage d'alcool et du tabac, le diabète etc [2].

Si l'HTA n'est pas maîtrisée par un traitement, des complications peuvent survenir, notamment des complications cardiaques (insuffisance cardiaque,...), neurologiques (accident vasculaire cérébral,...), rénales (insuffisance rénale,...), etc.

Le traitement de l'HTA vise donc, à réduire le risque cardio-vasculaire et repose sur l'adoption de mesures hygiéno-diététiques (limitation de la consommation d'alcool et de sel, l'arrêt du tabac, la pratique d'une activité physique régulière, la réduction du poids en cas de surcharge pondérale) associée, le plus souvent à la prise d'un traitement médical [3-4].

Plus d'un quart de la population mondiale adulte (26,4%) souffre d'hypertension artérielle, soit 972 millions de personnes, dont 333 millions dans les pays développés et 639 millions dans les pays en développement. Le nombre d'adultes hypertendus devrait croître de 60% pour atteindre un total de 1,56 milliard en 2025 [5].

En France, les données épidémiologiques concernant la prévalence de l'HTA restent parcellaires malgré de nombreuses études concernant des patients suivis en médecine générale ou des patients vus dans le cadre de la médecine du travail [6-20].

Selon une récente étude de l'Assurance Maladie [21-22], 10,5 millions de personnes étaient traitées pour hypertension artérielle en 2006, soit près d'un adulte sur cinq. L'étude souligne la croissance de la prévalence de l'HTA traitée au sein de la population adulte : de 19,6% en 2000 à 22,8% en 2006. Ces données correspondent à une progression du nombre de patients traités de +22,4% sur la période (soit +3,4% par an en moyenne). Chez les assurés de plus de 35 ans, la prévalence de l'hypertension artérielle atteint 30,5%, avec un taux légèrement supérieur au sein de la population féminine : 31,7% contre 29,1% chez les hommes. Soixante à soixante dix pourcents des personnes de plus de 70 ans sont traitées pour HTA. En 6 ans, le nombre de patients traités a augmenté de près de 2 millions, en raison de plusieurs facteurs :

- démographiques : la génération du baby-boom, née entre 1945 et 1950, arrive actuellement de manière massive dans les classes d'âge à risque pour l'HTA. S'y ajoute également l'accroissement naturel de la population.

- épidémiologiques : la progression significative de l'obésité et du diabète, maladies fréquemment associées à l'hypertension artérielle. Par ailleurs, l'allongement de la durée de vie des malades contribue à l'augmentation de la prévalence.

- l'amélioration de la prise en charge de la pathologie : dans les années 90, on estimait à 50% la part de l'HTA non diagnostiquée. Aujourd'hui la prise en charge est plus précoce.

L'hypertension artérielle constitue ainsi l'une des pathologies les plus fréquentes, elle est le 3<sup>ème</sup> motif d'admission en affections de longue durée prises en charge à 100% par la Sécurité Sociale, derrière le diabète et les cancers.

L'âge moyen de décès des patients hypertendus est de 79,2 ans, un chiffre très proche de la moyenne nationale (79,6 ans). La prévalence de l'HTA est élevée et augmente significativement avec l'âge, avec jusqu'à 65 ans un excès de prévalence chez l'homme par rapport à la

femme. Après 65 ans, cette tendance s'inverse avec une prévalence de l'HTA plus importante chez la femme. La prévalence de l'HTA augmente significativement avec l'âge avec une différence homme/femme significative dans chaque tranche d'âge.

Conformément à l'évolution des recommandations sanitaires [23], les modalités thérapeutiques ont changé avec une intensification des traitements antihypertenseurs et une prise en charge plus précoce du risque cardio-vasculaire. Ces évolutions thérapeutiques combinées à l'augmentation du nombre de patients diagnostiqués et donc traités, ont entraîné une hausse importante des dépenses liées à l'HTA et à ses facteurs de risque : de 2,6 milliards d'euros en 2000 à 4,4 milliards d'euros aujourd'hui. Entre 2000 et 2006, le coût moyen des traitements s'est également considérablement alourdi (+40% environ) pour atteindre 420 € par an et par malade.

C'est dans ce contexte que s'est inscrit un partenariat entre pouvoirs publics, scientifiques, industriels et partenaires privés, joignant leur efforts et leurs moyens pour lutter contre l'HTA en créant une fondation d'utilité publique : la Fondation de Recherche sur l'Hypertension Artérielle. Créée à l'initiative de la Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA), cette fondation a pour vocation de soutenir sur un long terme des programmes de recherches ambitieux pluridisciplinaires et multicentriques. L'objectif est de fédérer des médecins et des chercheurs de différentes spécialités (cardiologie, néphrologie, diabétologie, pharmacologie ...) pour mener des travaux sur l'hypertension artérielle, et ainsi favoriser en France l'émergence de nouvelles équipes de recherche.

## SITUATION A LA REUNION

- Selon l'étude réalisée en 1991 par le Conseil Général de La Réunion [24], la prévalence standardisée de l'HTA est de 22 % en population adulte (>18 ans) : 25% chez les femmes et 19% chez les hommes.
- L'étude ESTEV réalisée en médecine du travail met en évidence une HTA 1,5 fois plus fréquente à La Réunion qu'en métropole et de façon plus marquée chez les hommes que chez les femmes.
- Dans l'enquête REDIA [25], on a chez les hommes de 30-69 ans, 46% d'hypertendus et chez les femmes des mêmes tranches d'âge, 44% d'hypertendus.
- Les admissions en affection de longue durée pour hypertension sévère concernent chaque année plus de 2 000 personnes dans la région. Les femmes sont légèrement plus concernées que les hommes (sex ratio F/H=1,4). Les bénéficiaires de la tranche d'âge des 45-74 ans représentent les deux tiers de ces admissions.
- On observe une augmentation de 50% entre 1993 et 2006 du nombre de nouvelles admissions pour hypertension sévère.
- Au cours de l'année 2004, les maladies hypertensives ont représenté 733 séjours hospitaliers (sex ratio F/H = 1,4).
- Le taux de séjours hospitaliers pour maladies hypertensives est de 1 pour 1 000 habitants, presque deux fois plus élevé que le taux métropolitain (0,6). Ce taux de recours est maximal chez les adultes de plus de 55 ans.
- 105 décès par maladies hypertensives, dont plus de la moitié chez les personnes âgées de 75 ans et +, ont été déclarés en moyenne chaque année sur la période 2003-2005 : 16 hommes et 47 femmes de + de 75 ans.
- Les taux spécifiques de mortalité augmentent significativement avec l'âge. On observe une surmortalité féminine par maladie hypertensive à partir de 45 ans. Pour la classe d'âge de + 75 ans, les taux de mortalité atteignent 956 pour 100 000 habitants chez les femmes contre 471 pour les hommes.

La population réunionnaise, avec la progression des facteurs de risque comme l'obésité ou le diabète, paraît surexposée à l'HTA par rapport à la population métropolitaine.

# Hypertension artérielle

## DECES\* PAR MALADIES HYPERTENSIVES

La Réunion (moyenne 2003-2005)

	Hommes	Femmes	Ensemble	Répartition en %
0-14 ans	0	0	0	0
15-44 ans	1	1	2	2
45-74 ans	17	22	39	37
75 ans et +	16	47	64	61
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>71</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

Sources : INSERM-CépiDC, FNORS [15]

\* Moyenne lissée sur 3 ans.

## SEJOURS HOSPITALIERS POUR MALADIES HYPERTENSIVES

La Réunion (2004)

	HOMMES		FEMMES		ENSEMBLE		Taux métropole
	Nbre de séjours	Taux*	Nbre de séjours	Taux*	Nbre de séjours	Taux*	
Moins d'1 an	0	0	0	0	0	0	0,1
1-4 ans	2	0,1	2	0,1	4	0,1	0
5-14 ans	6	0,1	5	0,1	11	0,1	0
15-24 ans	4	0,1	2	0	6	0	0,1
25-34 ans	8	0,2	41	0,2	49	0,6	0,1
35-44 ans	31	0,5	68	0,6	99	1,4	0,3
45-54 ans	52	1,2	85	1,5	137	3,1	0,7
55-64 ans	76	3	108	3,2	184	5,6	1,2
64-74 ans	76	5,1	81	5,9	157	7,3	1,8
75-84 ans	46	7	23	7,6	69	6,9	2,3
85 ans et +	9	6,5	8	7,1	17	1	2,6
<b>Total</b>	<b>310</b>	<b>0,8</b>	<b>423</b>	<b>1,1</b>	<b>733</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>

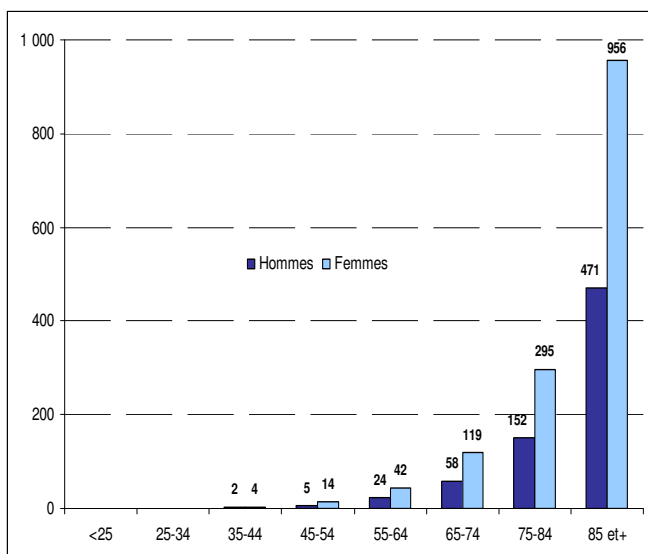
Source : DREES - Base nationale PMSI [14]

Exploitation ORS

\* Nombre de personnes hospitalisées pour maladies hypertensives (diagnostic principal) pour 1 000 habitants

## TAUX\* SPECIFIQUES DE MORTALITE PAR MALADIES HYPERTENSIVES, PAR AGE ET SEXE

La Réunion (moyenne 2003-2005)



Sources : INSERM-CEPIDC, INSEE

Exploitation ORS

\* Taux pour 100 000 habitants

## ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DUREE (ALD12) POUR HYPERTENSION ARTERIELLE SEVERE

La Réunion (moyenne 2004-2006)

	Hommes	Femmes	Ensemble	Répartition en %	Evolution depuis 1993-95 (en %)
0-14 ans	1	2	3	0,1	+ 28,6
15-44 ans	88	119	208	9,4	+ 4,0
45-74 ans	629	947	1576	71,1	+ 58,1
75 ans et +	131	299	430	19,4	+ 116,4
<b>Total</b>	<b>849</b>	<b>1368</b>	<b>2216</b>	<b>100,0</b>	<b>+ 58,6</b>

Sources : CNAMTS, CANAM, CCMSA

Exploitation ORS

# Hypertension artérielle

## Définitions

Maladies Hypertensives : code CIM9 : 401 à 405, code CIM10 : I10 à I13 et I15.

ALD : Affection de Longue Durée

**Taux comparatif de mortalité ou taux standardisé (sur l'âge) :** taux que l'on observerait dans la région ou le département si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de la France métropolitaine au RP99). Un taux comparatif permet de comparer la situation de 2 territoires ou de 2 périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

Classification de l'HTA selon la Haute Autorité en Santé [23]

Définition	PA systolique	PA diastolique
Hypertension Artérielle		
Grade 1 ou légère	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Grade 2 ou modérée	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Grade 3 ou sévère	> 180 mmHg	>110 mmHg

## Repères bibliographiques et sources

### [1] Hypertension artérielle

Dr Gruson. CNPT. 2007: 17-29

### [2] Hypertension artérielle sévère : risque cardio-vasculaire et non-contrôle tensionnel

Tilly B, Salanave B, Chatellier G, Guilhot J, Fender P, Allemand H. Rev Med Ass Maladie 2003;34,3:157-165.

### [3] Hypertension artérielle sévère : prise en charge des malades hypertendus et diabétiques en France

Cholley D, Souche A, Tilly B, Guilhot J, Salanave B, Fender P, Allemand H. Rev Med Ass Maladie 2003;34,2:103-110.

### [4] Hypertension artérielle sévère en France : traitement et contrôle tensionnel en 1999 et 2003

Tilly B, Salanave B, Ricordeau Ph, Bertin N, Guilhot J, Fender P, Allemand H. Rev Med Ass Maladie 2004;35,3:167-180.

### [5] Global burden of hypertension: analysis of worldwide data

Kearney PM, Whelton M, Reynolds K et al. Lancet 2005; 65: 217-23.

### [6] Les registres français des cardiopathies ischémiques. Facteurs de risque et comportements de prévention dans la population des trois registres MONICA-France

Enquête de population 1994-1997. Paris: Fédération Française de Cardiologie; 1998.

### [7] Prevalence, treatment, and control of hypertension in the French population: data from a survey on high blood pressure in general practice, 1994

Chamontin B, Poggi L, Lang T, Menard J, Chevalier H, Gallois H, et al. Am J Hypertens 1998; 11:759-62.

### [8] L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique

Frérot L, Le Fur P, Le Pape A, Sermet C. Questions d'économie de la santé. CREDES 1999 ;22.

### [9] Données régionales sur la prise en charge de l'hypertension artérielle en France. A propos de l'enquête PHARE menée en médecine générale

Chamontin B, Lang T, Vaisse B, Nicodeme R, Antoine MP, Lazorthes ML, et al. Arch Mal Coeur Vaiss 2001;94(8):823-7.

### [10] Contrôle de l'hypertension artérielle en médecine générale en France selon le risque global

Amar J, Vaur L, Perret M, Bailleau C, Etienne S, Chamontin B. Arch Mal Coeur Vaiss 2001;94(8):843-5.

### [11] Hypertension artérielle et facteurs de risque cardiovasculaire associés chez les diabétiques. A propos de l'enquête PHARE menée en médecine générale

Chamontin B, Lang T, Vaisse B, Nicodeme R, Antoine MP, Lazorthes ML, et al. Arch Mal Coeur Vaiss 2001;94(8):869-73.

### [12] Prevalence and therapeutic control of hypertension in 30,000 subjects in the workplace

Lang T, De Gaudemaris R, Chatellier G, Hamici L, Diene E. Hypertension 2001;38(3):449-54.

### [13] Socioeconomic inequalities in hypertension prevalence and care: the IHPAF Study

De Gaudemaris R, Lang T, Chatellier G, Larabi L, Lauwers-Cances V, Maitre A, et al. Hypertension 2002;39(6):1119-25.

### [14] Décision thérapeutique en fonction du risque cardio-vasculaire dans l'HTA systolique isolée en médecine générale. Étude PREHSI

Denolle T, Gallois H, L'Hostis P, Cimarostil. Arch Mal Coeur Vaiss 2002;95(7-8):678-81.

### [15] Management of essential arterial hypertension and cardiovascular risk levels. Observation in general medicine: national PHENOMEN study. Evaluation and stratification of cardiovascular risk based on the 2000 Anaes recommendations in a population of hypertensive patients

Mounier-Vehier C, Amah G, Covillard J, Jaboureck O, Phan TM. Arch Mal Coeur Vaiss 2002;95(7-8):667-72.

### [16] Hypertension in high-risk patients: beware of the underuse of effective combination therapy (results of the PRATIK study)

Amar J, Vaur L, Perret M, Bailleau C, Etienne S, Chamontin B. J Hypertens 2002;20(4):779-84.

### [17] La santé en France 2002

Haut Comité de la santé publique. Paris: HCSP; 2002.

### [18] Estimation du nombre de sujets traités pour une hypertension, un diabète ou une hyperlipémie en France : étude FLASH 2002

Girerd X, Mourad JJ, Vaisse B, Poncelet P, Mallion JM, Herpin D. Arch Mal Coeur Vaiss 2003;96:7-8, 750-3.

### [19] Résultats des études FLASH 2001-2002-2004-2006-2007

Comité Français de Lutte Contre l'Hypertension Artérielle : <http://www.comitehta.org/>

### [20] Why is hypertension so frequently uncontrolled in secondary prevention?

Amar J, Chamontin B, Genes N, Cantet C, Salvador M, Cambou JP. J Hypertens 2003;21(6):1199-205.

### [21] Hypertension artérielle et facteurs de risques associés : une nouvelle étude de l'Assurance Maladie sur les évolutions entre 2000 et 2006

Caisse nationale de l'Assurance Maladie. Point d'information mensuel oct 2007:1-9.

### [22] Hypertension artérielle et facteurs de risques associés : évolution des traitements entre 2000 et 2006

S. Samson, P. Ricordeau, S. Pepin et al. Points de repère octobre 2007;10:1-8.

### [23] Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle

Haute Autorité de Santé. "Actualisation 2005". Paris : HAS ; 2005 <http://www.has-sante.fr/>

### [24] Hypertension artérielle à la Réunion : prévalence et facteurs de risque associés

Chamouillet H, Lecadiou M, Jean M, Saly J.C, Begue A, Goulon S. 1991.