

Journée mondiale de lutte contre l'hypertension artérielle, 17 mai
// World Hypertension Day, 17 May

> SOMMAIRE // Contents

ARTICLE // Article

Épidémiologie de l'hypertension artérielle en France : prévalence élevée et manque de sensibilisation de la population
// Epidemiology of hypertension in France: High prevalence and lack of public awareness.....p. 130

Valérie Olié et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

Prévalence de l'hypertension artérielle déclarée dans les départements et régions d'outre-mer, l'enquête Baromètre de Santé publique France de 2021
// Prevalence of hypertension in French overseas territories: The Santé publique France Health Barometer survey, 2021p. 138

Valérie Olié et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'œuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : Laëtitia Huiart, directrice scientifique, adjointe à la directrice générale de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Frédérique Biton-Debernardi
Responsable du contenu en anglais : Chloé Chester
Secrétariat de rédaction : Léa Manchec
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thomas Bénet, Santé publique France - Auvergne-Rhône-Alpes ; Florence Bodeau-Livinec, EHESP ; Marie-Laure Charkaluk, Hôpital St Vincent de Paul, Lille ; Kathleen Chami, Santé publique France ; Perrine de Crouy-Chanel, Santé publique France ; Olivier Dejardin, CHU Caen ; Franck de Laval, Cespa ; Martin Herbas Ekat, CHU Brazzaville, Congo ; Matthieu Evellard, CHU Angers ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy, ORS Ile-de-France ; Anne Guinard, Santé publique France - Occitanie ; Camille Lecoffre-Bernard, Santé publique France ; Elodie Lebreton, Santé publique France ; Valérie Olié, Santé publique France ; Arnaud Tarantola, Santé publique France - Ile-de-France ; Marie-Pierre Tavolacci, CHU Rouen ; Héléne Therre, Santé publique France ; Sophie Vaux, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims ; Marianne Zeller, UFR Sciences de santé de Dijon.
Santé publique France - Site Internet : <https://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Luminess
ISSN : 1953-8030

ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE EN FRANCE : PRÉVALENCE ÉLEVÉE ET MANQUE DE SENSIBILISATION DE LA POPULATION

// EPIDEMIOLOGY OF HYPERTENSION IN FRANCE: HIGH PREVALENCE AND LACK OF PUBLIC AWARENESS

Valérie Olié¹ (valerie.olie@santepubliquefrance.fr), Clémence Grave¹, Amélie Gabet¹, Édouard Chatignoux¹, Arnaud Gautier¹, Christophe Bonaldi¹, Jacques Blacher^{2,3}

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Centre de diagnostic et de thérapeutique, Hôtel-Dieu, AP-HP, Paris

³ Université Paris Cité, Paris

Soumis le 21.02.2023 // Date of submission: 02.21.2023

Résumé // Abstract

Contexte – L'hypertension artérielle (HTA) est la maladie chronique la plus fréquente en France et un facteur de risque important de maladies cardiovasculaire, rénale et de démence. À l'occasion de la journée mondiale de l'HTA du 17 mai 2023, cet article dresse un panorama des dernières données épidémiologiques françaises.

Méthode – Les résultats compilés dans ce panorama sur l'HTA en France sont issus de plusieurs sources de données : deux enquêtes en population générale (Esteban 2014-2016 et le Baromètre de Santé publique France 2019), une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes et le Système national des données de santé.

Résultats – En France, l'étude Esteban a mis en évidence que près de 30% des adultes étaient hypertendus, correspondant à près de 17 millions d'hypertendus. La connaissance, le traitement et le contrôle de l'HTA restent sous-optimaux en France et n'ont connu aucune amélioration récente, certains indicateurs ayant même subi une dégradation. Ainsi, près de 6 millions d'adultes sont hypertendus sans le savoir en France et plus de 4 millions d'hypertendus traités n'ont pas une pression artérielle contrôlée. Si plus d'1,6 million d'adultes initient chaque année un traitement antihypertenseur, la crise de la Covid-19 a eu un impact significatif avec une baisse de 11% de ces initiations en lien avec une diminution du recours aux soins.

Conclusion – Des politiques de santé en faveur de la prévention primaire de l'HTA, de son dépistage, et de sa prise en charge doivent être mises en place rapidement pour permettre, comme dans d'autres pays, une évolution favorable des indicateurs sur l'HTA et ses complications cardiovasculaires.

Background – Hypertension is the most common chronic disease in France and a major risk factor for cardiovascular disease, kidney disease, and dementia. For the occasion of World Hypertension Day on May 17, 2023, this article presents an overview of the latest French epidemiological data.

Method – The results compiled in this overview of hypertension in France came from several data sources: two surveys carried out in the general population (ESTEBAN 2014-2016 and the Santé publique France 2019 Health Barometer), a survey carried out in a panel of general practitioners, and the National Health Data System.

Results – In France, the ESTEBAN study showed that nearly 30% of adults were hypertensive, corresponding to nearly 17 million hypertensives. Awareness, treatment, and control of hypertension remain suboptimal in France and have not improved recently. Thus, nearly 6 million adults in France are not aware of their hypertension and more than 4 million treated hypertensives do not have a controlled blood pressure. Although more than 1.6 million adults start antihypertensive treatment each year, the COVID-19 crisis has had a significant impact on these initiations, which have decreased by 11% in connection with lower use of care.

Conclusion – Health policies that favor primary prevention, screening, and management of hypertension must be implemented rapidly to achieve a positive evolution of indicators on hypertension and its cardiovascular complications, as seen in other countries.

Mots-clés : Hypertension artérielle, Étude Esteban

// **Keywords**: Hypertension, Esteban survey

Introduction

Considérée comme maladie ou comme simple facteur de risque, l'hypertension artérielle (HTA) reste, de loin, la maladie chronique la plus fréquente en France avec près d'un adulte hypertendu sur trois¹. Souvent qualifiée de tueuse silencieuse en raison

de l'absence fréquente de symptômes, l'HTA demeure l'une des principales causes de complications cardiovasculaires, rénales ou cognitives (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, insuffisance rénale, démence, etc.)^{2,3}. Malgré une baisse de la mortalité cardiovasculaire depuis plusieurs dizaines d'années en France et un infléchissement de l'incidence

des maladies coronariennes chez les personnes de plus de 65 ans, les maladies cardiovasculaires restent en tête du fardeau des maladies (Burden of disease) en France⁴⁻⁷. Dans ces mêmes analyses du fardeau des maladies, l'HTA était le premier facteur de risque de mortalité devant le tabac et le deuxième facteur de risque d'années de vie perdues en bonne santé en 2019⁽¹⁾⁷. Qu'elle passe par des mesures hygiéno-diététiques ou des traitements pharmacologiques ou interventionnels, les bénéfices de la prise en charge de l'HTA ont été très clairement démontrés. En effet, un contrôle de la pression artérielle (PA) permet d'abaisser la mortalité et les handicaps liés aux complications de l'HTA^{8,9}. Ainsi, un contrôle tensionnel permet non seulement d'allonger l'espérance de vie, mais également la qualité de vie des patients hypertendus¹⁰.

Malgré les bénéfices démontrés de la prévention, du dépistage et de la prise en charge de l'HTA^{3,11-13}, plusieurs indicateurs comme la prévalence, le dépistage ou le contrôle n'ont pas connu d'amélioration depuis 2006, contrairement à de nombreux pays¹⁴.

À l'occasion de la journée mondiale de l'HTA du 17 mai 2023, cet article dresse un panorama des dernières données épidémiologiques françaises. Ce panorama compile des résultats récents, certains déjà publiés^{1,15-19} et d'autres originaux provenant de plusieurs enquêtes nationales représentatives de la population française. Il propose pour la première fois une estimation robuste du nombre d'hypertendus en France²⁰.

Sources de données

Les données présentées dans cet article sont issues de deux enquêtes en population générale (Esteban et le Baromètre de Santé publique France), d'une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes (MG) et du Système national des données de santé (SNDS).

L'étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban)

L'étude Esteban est une étude transversale comportant un examen de santé, réalisée en population générale, en France métropolitaine entre 2014 et 2016, sur un échantillon de 3 021 adultes âgés de 18 à 74 ans. Le plan de sondage et d'échantillonnage, ainsi que la méthodologie détaillée de l'enquête ont été décrits dans le protocole de l'étude²¹. Elle repose sur un plan de sondage probabiliste à trois degrés (communes ou regroupement de communes, ménages, individus) avec une stratification en fonction de la région et du degré d'urbanisation. La PA a été mesurée avec un tensiomètre Omron® 705-IT sur le bras droit à l'aide d'un brassard adapté à la circonférence du bras. Les mesures ont été effectuées à distance de 30 minutes de la prise de sang et après 5 minutes

de repos, sans changement de position. Trois mesures ont été réalisées, à 1 minute d'intervalle. Les pressions artérielles systoliques (PAS) et diastoliques (PAD) ont été obtenues par la moyenne des deux dernières mesures. Les traitements à action antihypertensive ont été obtenus par un appariement des données individuelles des sujets inclus dans l'étude avec les données du SNDS. L'HTA a été définie par une PAS \geq 140 mm Hg ou une PAD \geq 90 mm Hg à l'examen de santé ou la prise d'un traitement à action antihypertensive¹⁶. L'HTA était considérée comme connue si les personnes avaient répondu « oui » à la question : « Votre médecin vous a-t-il déjà dit que votre tension était trop élevée ? » ou si les personnes avaient coché « HTA » à la question « Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, une de ces maladies ou problèmes de santé ? ». Chez les patients traités, l'HTA était considérée comme contrôlée si la PA était inférieure à 140/90 mm Hg. L'étude Esteban partage une méthodologie commune avec l'Enquête nationale nutrition santé (ENNS) menée en 2006, permettant d'étudier les évolutions temporelles de différents indicateurs sur l'HTA entre 2006 et 2015.

Le panel de médecins généralistes

Un panel de 1 300 MG volontaires, affiliés au Collège de médecine générale, a été invité à participer à une enquête début 2019. L'objectif était de décrire leurs opinions et ressentis sur différentes thématiques, dont l'HTA.

Le recueil des données a été réalisé par Internet du 28 janvier au 18 février 2019. En plus de l'invitation initiale à participer, deux relances par mail ont été effectuées. Au total, 753 questionnaires complets ont été remplis, soit un taux de participation de 58%. Les données ont été redressées sur la structure de la population des MG sur les critères de sexe et d'âge, disponibles dans le répertoire partagé des professionnels de santé (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – Drees – 2018).

Le Baromètre de Santé publique France

Cette enquête menée par téléphone à intervalles réguliers a pour objectif de mesurer les connaissances, opinions et pratiques en matière de santé de la population résidant en France métropolitaine. La constitution de son échantillon repose sur une génération aléatoire de numéros de téléphone, fixe comme mobile²². L'édition 2019 a été menée par l'Institut Ipsos, entre le 9 janvier et le 29 juin 2019, auprès de 10 352 personnes âgées de 18 à 85 ans. Le taux de participation révisé s'est élevé à 50,8%. L'ensemble des participants a été interrogé sur plusieurs thématiques de santé, dont l'HTA. Les données ont été pondérées afin de tenir compte de la probabilité d'inclusion, puis redressées sur la structure de la population par sexe croisé avec l'âge en tranches décennales, la région, la taille d'unité urbaine, la taille du foyer et le niveau de diplôme (population de référence : Institut national de la statistique et des études économiques – Insee –, enquête emploi 2018).

(1) <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Le Système national des données de santé

Le SNDS est une base de données française regroupant, pour l'ensemble, des affiliés à un régime de sécurité sociale, les données de l'Assurance maladie (base du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie – SNIIRAM –). Celles-ci comprennent l'ensemble des prestations de soins de ville ayant donné lieu à un remboursement (actes médicaux, délivrance de médicaments, consultations, etc.), les données hospitalières de la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et les causes médicales de décès (CépiDC).

Résultats

Une estimation de la prévalence de la maladie complexe

L'estimation de la prévalence de l'HTA cache une réalité complexe. En effet, la non-prise en compte de la variabilité intra-individuelle de la pression artérielle (PA) dans les études épidémiologiques dans lesquelles celle-ci n'est mesurée qu'au cours d'une visite unique, conduit à une surestimation de la prévalence de l'hypertension artérielle. Dans la pratique clinique, plusieurs mesures sont réalisées des jours différents avec des automesures à domicile ou une mesure ambulatoire sur 24 heures pour confirmer le diagnostic. De plus, pour estimer la prévalence de l'HTA en France, il est nécessaire de disposer d'un échantillon qui soit représentatif de la population française.

L'étude Esteban, réalisée entre 2014 et 2016 en France métropolitaine, répondait aux critères de représentativité et disposait d'une mesure standardisée de la PA pour l'identification des patients hypertendus. Cette nouvelle étude transversale en population générale a mis en évidence une stabilité de la prévalence de l'HTA depuis l'ENNS en 2006 (31%) avec presque 1 adulte sur 3 hypertendu^{1,16}.

Un travail réalisé à partir des données de cette enquête a permis de corriger cette prévalence pour tenir compte de ce biais. Pour cela, les données de l'enquête américaine *National Health and Nutrition Examination Survey III*, dans laquelle la PA a été mesurée lors de trois visites successives, ont été utilisées comme source externe.

Les différents composants de la variabilité de la PA systolique et diastolique ont été estimés, par âge et par sexe, à partir d'un modèle hiérarchique Bayésien chez les adultes. En effet, la variabilité de la PA moyenne des individus dans une étude épidémiologique (VPA-pop) résulte de la vraie variabilité de la PA entre individus (variabilité inter-individuelle – $V_{inter-ind}$), de la variabilité de PA entre plusieurs visites pour un même individu (variabilité intra-individuelle inter-visite – $V_{intra-visite}$) et de la variabilité des mesures de la PA pour un individu au cours de la même visite (variabilité intra-individuelle, intra-visite – V_{inter_visite}). Si m mesures de PA sont

réalisées durant v visites dans l'étude, la variabilité de la PA moyenne des individus est donnée par l'équation :

$$V_{PA-pop} = V_{inter-ind} + \frac{V_{inter_visite}}{v} + \frac{V_{intra-visite}}{v.m}$$

L'estimation de ces différents composants de la variabilité dans une étude comportant plusieurs visites permet de déduire des facteurs de corrections des valeurs de la PAS et de la PAD, donc de proposer une mesure corrigée de la PA individuelle pour un individu i :

$$PA_{corr,i} = PA_{moy_pop} + (PA_{noncorr,i} - PA_{moy_pop}) * \sqrt{\left(\frac{V_{intra_ind}}{V_{PA_pop}}\right)}$$

Avec, pour un individu i , $PA_{corr,i}$ la pression artérielle corrigée ; $PA_{noncorr,i}$ la moyenne des valeurs de PA mesurées et PA_{moy_pop} la pression artérielle moyenne de la population d'étude.

Les facteurs de corrections pour la PAS et la PAD ont ensuite été estimés et appliqués à l'ensemble des adultes inclus dans l'étude Esteban²⁰.

Les résultats montrent une surestimation de la prévalence de l'HTA dans Esteban. Après correction, la prévalence de l'HTA en France passe de 31,3% [28,8-34,0] à 27,9% [25,5-30,5] (tableau). L'application de la prévalence corrigée (27,9% de la population) aux données de l'Insee de population permet d'estimer le nombre d'hypertendus en France à 12,7 millions d'adultes entre 18 et 74 ans. L'extrapolation de la prévalence de l'HTA chez les plus de 74 ans, en projetant la prévalence des 65-74 ans aux classes d'âge supérieures, estimait ce nombre à 17 millions chez les adultes de plus de 18 ans (figure).

La correction de la prévalence de l'HTA dans la population a un impact sur l'évaluation de la proportion de personnes ayant connaissance de leur HTA, étant traitées ou contrôlées. En effet, si la non-prise en compte de la variabilité intra-individuelle de la PA dans une étude a tendance à surestimer la prévalence, elle participe au contraire à la sous-estimation de la connaissance, du traitement et du contrôle en réduisant le dénominateur (tableau). Ainsi, après correction, 30% des hypertendus étaient contrôlés, contre seulement 24% avant prise en compte de la variabilité. Néanmoins, si ces chiffres reflètent probablement plus la réalité, ils ne sont pas comparables avec les autres études épidémiologiques françaises ou étrangères souffrant du même biais lié à la non-prise en compte de la variabilité et dont les résultats ne sont pas redressés.

Une prise en charge sous-optimale malgré un recours aux soins important

Le dépistage et la connaissance de la maladie, première étape de la prise en charge

Le dépistage précoce de l'HTA permet de limiter les complications. Il constitue le premier maillon de la prise en charge. L'étude Esteban a mis en évidence qu'en France, malgré des mesures régulières de la PA, seul 1 hypertendu sur 2 avait connaissance de son hypertension²⁰ (figure). Aucune amélioration

Estimation corrigée et non corrigée de la prévalence, connaissance, traitement et contrôle de l'HTA par âge et sexe en France

	Prévalence		Connaissance		Traitement chez les hypertendus		Contrôle chez les traités		HTA chez les non traités	
	Estimation non corrigée (%)	Estimation corrigée (%)	Estimation non corrigée (%)	Estimation corrigée (%)	Estimation non corrigée (%)	Estimation corrigée (%)	Estimation non corrigée (%)	Estimation corrigée (%)	Estimation non corrigée (%)	Estimation corrigée (%)
Total	31,3 [28,8-34,0]	27,9 [25,5-30,5]	56,3 [51,3-61,1]	60,3 [55,1-65,3]	49,0 [44,1-53,9]	54,9 [49,7-60,1]	49,7 [42,8-56,5]	54,9 [48,0-61,7]	18,9 [16,6-21,4]	14,9 [12,8-17,2]
Hommes	38,1 [34,2-42,2]	35,1 [31,2-39,1]	51,5 [44,9-58,1]	54,8 [47,9-61,6]	47,5 [41,0-54,1]	51,6 [44,7-58,5]	41,8 [33,2-50,9]	46,8 [37,8-56,0]	24,5 [20,7-28,7]	20,7 [17,1-24,8]
Femmes	25,0 [21,9-28,4]	21,3 [18,4-24,5]	63,0 [55,7-69,7]	68,8 [60,9-75,6]	51,1 [43,7-58,3]	60,0 [52,0-67,5]	60,2 [49,6-69,9]	65,7 [55,1-75,0]	14,0 [11,5-17,0]	9,8 [7,6-12,4]
18-34 ans	6,3 [3,7-10,6]	3,5 [1,5-8,0]	21,9 [7,8-48,2]	33,7 [9,8-70,2]	5,1 [0,7-29,2]	9,1 [1,1-46,8]	0,0 [0,0-0,0]	1,5 [0,0-100,0]	6,0 [3,4-10,3]	3,2 [1,3-7,8]
35-44 ans	12,9 [9,4-17,4]	8,1 [5,2-12,2]	39,5 [24,8-56,5]	51,7 [30,5-72,3]	36,0 [21,6-53,4]	57,6 [35,6-76,9]	51,5 [24,3-77,9]	74,0 [37,4-93,1]	8,7 [5,9-12,6]	3,6 [1,8-6,9]
45-54 ans	29,2 [23,9-35,2]	25,2 [20,1-31,0]	45,9 [34,6-57,6]	49,1 [36,6-61,6]	32,1 [22,4-43,8]	37,3 [26,1-50,0]	54,7 [34,4-73,5]	67,6 [45,2-84,0]	21,9 [16,9-27,8]	17,4 [12,9-23,2]
55-64 ans	53,6 [47,9-59,2]	49,7 [44,0-55,5]	64,6 [56,2-72,1]	67,2 [58,5-74,8]	54,9 [46,6-63,0]	59,2 [50,5-67,4]	55,0 [44,3-65,3]	58,5 [47,7-68,6]	34,3 [27,8-41,3]	28,7 [22,6-35,7]
65-74 ans	68,8 [62,9-74,3]	68,3 [62,3-73,8]	62,2 [54,1-69,6]	62,0 [53,9-69,5]	61,9 [53,9-69,3]	62,4 [54,3-69,8]	42,6 [32,5-53,4]	44,1 [33,8-54,8]	45,7 [37,8-53,9]	44,8 [36,9-53,0]

HTA : hypertension artérielle.



de la connaissance de l'HTA n'a été observée dans la population française depuis l'ENNS réalisée en 2006. Ce chiffre reste très en dessous du niveau de connaissance atteint dans les autres pays européens ou nord-américains. En effet, en Allemagne²³,

au Canada²⁴, au Québec²⁵ et aux États-Unis²⁶, plus de 80% des hypertendus avaient connaissance de leur hypertension. Au Portugal²⁷ et en Angleterre²⁸, ce taux dépassait les 70%, et la moyenne dans les pays développés atteignait 67%². Compte tenu de la facilité

de dépistage de l'HTA, du développement des appareils d'automesure tensionnels à domicile et du niveau de recours aux soins en France, la stagnation du niveau de connaissance alors qu'il progresse dans de nombreux pays pose question.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce manque de connaissance, notamment un dépistage insuffisamment performant ou la difficulté de compréhension et d'acceptation du diagnostic par les patients lors de l'annonce de la maladie¹⁷.

Dans l'étude Esteban, le manque de connaissance ne concernait pas seulement les hypertendus de bas grade (c'est-à-dire avec une PA inférieure à 160/100 mm Hg) puisque respectivement 43% et 35% des adultes hypertendus de grade 2 et de grade 3 ne se savaient pas hypertendus (figure).

Ce déficit de dépistage en France devrait interroger sur la nécessité d'une promotion de la mesure de la PA dans toute visite avec un professionnel de santé, sur l'importance de l'information et de l'éducation à la santé données au public et sur la nécessité d'un suivi tensionnel rapproché en cas de mesure élevée.

Un recours aux soins important

L'enquête Esteban a également mis en évidence que chez les adultes hypertendus ayant connaissance de leur maladie, 93% avaient au moins eu une consultation chez le MG dans l'année et 11,4% chez le cardiologue¹⁶. En moyenne, les hypertendus avaient 10 consultations par an chez le généraliste (figure). Néanmoins, le motif de la consultation n'étant pas connu dans cette étude, toutes n'avaient pas forcément pour motif l'HTA.

Un recours trop peu préconisé aux mesures hygiéno-diététiques...

Chez les patients dépistés, les règles hygiéno-diététiques constituent le traitement de première ligne pour les hypertensions de grade I^{12,13,29}. Dans le cas où un traitement pharmacologique est requis, les mesures hygiéno-diététiques constituent des compléments, compte tenu de leur efficacité démontrée dans l'aide au contrôle de la PA, mais également dans le contrôle des autres facteurs de risque cardiovasculaires comme le diabète, les dyslipidémies, la sédentarité ou l'obésité. Malgré le recours aux soins important chez les hypertendus en France, dans Esteban, 57% des patients hypertendus connus déclaraient ne pas avoir reçu de conseils hygiéno-diététiques au cours de l'année précédente¹⁹ (figure). Dans une étude réalisée auprès des MG, moins de la moitié des médecins interrogés se sentait impliquée dans la prévention nutritionnelle de la surcharge pondérale, de la sédentarité et de la consommation d'alcool¹⁷.

... et aux traitements pharmacologiques

En 2019, les données du SNDS montrent qu'un traitement antihypertenseur a été initié chez plus de 1 600 000 adultes en France¹⁸. Pourtant, moins d'1 patient hypertendu sur 2 était traité

pharmacologiquement²⁰, ce qui restait très inférieur aux taux observés dans d'autres pays européens ou nord-américains^{23-25,27} (figure). La proportion de femmes avec une HTA connue traitées par un médicament antihypertenseur a même diminué entre les études ENNS de 2006 et Esteban de 2015 alors que cette proportion est restée stable chez les hommes sur la même période. Si la situation au niveau national ne semble pas favorable, elle ne doit pas totalement éclipser des améliorations dans certains territoires comme en témoignent les résultats de certaines études infranationales³⁰.

Comme pour le dépistage, les patients non traités pharmacologiquement ne se limitaient pas à des patients avec un niveau de PA proche du seuil de l'HTA. En effet, en 2015, dans l'étude Esteban une proportion significative de patients non traités avait une hypertension de grade 2 ou 3 (20%). Parmi les patients traités, moins d'1 sur 2 était contrôlé, amenant la proportion d'hypertendus contrôlés à environ 1 sur 4²⁰ (figure).

Ce niveau de contrôle bas était lié à une inertie thérapeutique comme en témoigne la proportion importante de patients en monothérapie (60%). Si celle-ci est recommandée en première intention dans l'initiation du traitement pharmacologique, elle doit faire l'objet d'une réévaluation de la PA au bout d'un mois, avec comme recommandation de passer à une bithérapie fixe en cas de non-contrôle^{12,31,32}. De plus, parmi les adultes traités par monothérapie, près d'1 sur 5 recevait un bêta-bloquant alors que les recommandations françaises de la Haute Autorité de santé (HAS) et de la Société française d'hypertension artérielle (SFHTA) précisaient leur moindre efficacité par rapport aux quatre autres classes d'antihypertenseurs (inhibiteurs de l'enzyme de conversion, antagonistes de l'angiotensine II, inhibiteurs calciques et diurétiques) pour l'initiation d'un traitement en monothérapie^{12,31,32} (figure). Des résultats similaires et complémentaires à ceux d'Esteban ont également été décrits dans les enquêtes Flash, réalisées régulièrement en France. Ces enquêtes ont également mis en évidence que les hypertendus avaient en moyenne 1,7 médicament antihypertenseur sur leur ordonnance en 2017³³.

Enfin, l'observance aux traitements pharmacologiques restait faible dans l'étude Esteban, avec seulement 40% des hypertendus connus et traités qui pouvaient être considérés comme observant, c'est-à-dire qu'ils avaient au moins 80% des jours de l'année couverts par un traitement antihypertenseur³⁴ (figure). Cette observance basse aux traitements est à mettre en regard des résultats de l'enquête auprès des médecins généralistes. En effet, près de 30% des médecins généralistes rapportaient que les patients émettaient fréquemment des réserves importantes lors de la prescription de traitements pharmacologiques (figure). Ces réserves avancées par les patients lors de la prescription étaient les mêmes que celles rapportées pour justifier de la prise irrégulière du traitement : (1) ne se sent pas malade, n'a pas de symptômes et (2) n'a pas envie de prendre un traitement à vie¹⁷.

La SFHTA en 2013, et la HAS en 2016, recommandaient la mise en œuvre d'une consultation dédiée d'annonce du diagnostic et d'information du patient sur les risques liés à l'HTA, ainsi que sur les bénéfices et éventuels problèmes de tolérance des traitements antihypertenseurs^{12,31,32}. Compte tenu des réserves fréquemment rapportées par les patients lors de la prescription et de la mauvaise observance, cette consultation d'annonce apparaît être un élément important pour pallier la difficulté d'acceptation de la maladie et la lassitude face à la prise d'un traitement chronique. Le recours plus systématique à ce type de consultation pourrait permettre une amélioration de la prise en charge des patients hypertendus.

L'automesure tensionnelle

Point positif, environ 1 Français sur 5 disposait d'un appareil d'automesure tensionnelle à son domicile en 2015 selon l'étude Esteban. Cette proportion montait à 54% chez les hypertendus connus et 59% chez les hypertendus connus et traités¹⁵ (figure). Dans le Baromètre de Santé publique France de 2019, plus de 60% des adultes avec une hypertension connue possédait un appareil d'automesure tensionnelle. En revanche, seul 1 hypertendu sur 2 possédant un appareil transmettait les résultats à son médecin traitant.

Quel impact de la crise sanitaire sur la prise en charge de l'hypertension ?

Une étude réalisée à partir du SNDS a mis en évidence qu'en 2020, l'initiation des traitements antihypertenseurs avait diminué de manière significative (-11%), comparativement à la période 2017-2019¹⁸. Une observation similaire a été faite pour les autres traitements du risque vasculaire. La diminution des initiations de traitements antihypertenseurs était particulièrement importante chez les femmes (-16%), atteignant même plus de 30% de baisse chez celles âgées de 75 à 84 ans par rapport à la baisse observée chez les hommes (-5%). En 2021, contrairement à ce qui était observé chez les hommes, aucun rattrapage n'a été observé chez les femmes avec des niveaux d'initiation qui restaient inférieurs aux niveaux de 2019.

Une baisse concomitante des visites chez le MG et le cardiologue a été observée sur la même période et constitue l'hypothèse privilégiée pour expliquer cette diminution des dépistages et prise en charge de nouveaux patients¹⁸. En effet, non seulement la diminution du recours aux soins a été plus marquée chez les femmes et les plus âgés, mais les femmes ont également plus téléconsulté que les hommes, limitant peut-être les dépistages opportunistes de l'HTA pendant la pandémie.

Ces résultats, qui montrent un recul du dépistage et de la prise en charge de l'HTA en France pendant la crise sanitaire, soulignent la nécessité de renforcer l'information du public concernant la prévention cardiovasculaire et l'importance de ne pas renoncer à recourir aux soins de ville, notamment pour les femmes

Quelles pistes d'amélioration ?

Les pistes d'amélioration de la situation dans le champ de l'HTA sont nombreuses. L'amélioration de la prescription et de l'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques, de la prise en charge thérapeutique et de l'observance aux traitements, qui passent par l'éducation thérapeutique et la formation initiale et continue des médecins, sont autant de domaines dans lesquels la marge de progression reste importante. Le nombre d'heures d'enseignement sur l'HTA pendant le cursus de formation des médecins varie d'une université à l'autre, mais reste très anecdotique (moins de deux heures dans certaines universités), compte tenu de la fréquence de cette maladie. Cependant, le maintien d'une promotion active des bons comportements de santé pour limiter le risque d'HTA et l'amélioration du dépistage, première étape indispensable de la prise en charge, semblent prioritaires à mettre en œuvre en France.

Les Français acteurs de leur santé

La promotion des comportements sains pour la santé dès le plus jeune âge, notamment une alimentation équilibrée, riche en fruits et légumes avec une consommation de sel et d'alcool limitée, l'activité physique et la lutte contre la sédentarité doivent rester une priorité pour lutter contre l'HTA. Ces mesures ont prouvé leur efficacité et doivent rester au cœur des programmes de prévention chez les enfants et les adultes. Si certains déterminants sont bien identifiés par la population, d'autres comme l'alcool restent moins connus.

La mise en œuvre des campagnes de prévention permettant une amélioration de l'autonomisation du patient ou l'« *empowerment concept* » (qui repose sur la prise de contrôle par le patient lui-même des prises de décision concernant sa santé, notamment cardiovasculaire) sont des pistes d'action pour tenter d'infléchir la situation de l'HTA en France. La connaissance par les adultes des chiffres concernant leur santé cardiovasculaire, comme par exemple les chiffres de PA, mais aussi leur signification et les valeurs seuils, est l'une des conditions préalables à l'adoption de comportements plus sains. Si cette connaissance n'est pas suffisante pour initier un changement de comportement, elle reste l'une des premières étapes du cheminement pour y parvenir. S'assurer également qu'une personne comprend ses chiffres de PA et son risque cardiovasculaire peut lui permettre d'envisager des mesures pour les changer, mais aussi d'évaluer l'impact des changements de mode de vie mis en œuvre sur ses chiffres.

Conclusion

Avec 17 millions d'hypertendus en France, dont plus de 6 millions n'ayant pas connaissance de leur pathologie, et seulement 1 patient sur 4 ayant une PA contrôlée, l'HTA est un enjeu important de santé publique. Des politiques de santé en faveur de la prévention primaire de l'HTA, de son dépistage, et de sa prise en charge doivent être mises

en place rapidement pour permettre, comme dans d'autres pays, une évolution favorable des indicateurs épidémiologiques de la maladie chronique la plus fréquente et de ses complications cardiovasculaires. ■

Liens d'intérêts

Valérie Olié, Clémence Grave, Arnaud Gautier, Édouard Chatignoux, Amélie Gabet et Christophe Bonaldi ne déclarent pas de liens d'intérêt.

Jacques Blacher déclare des liens d'intérêt avec Abbott, Bayer, Böttu, Ferring, Steripharma, Kantar, Teriak, Pfizer, Sanofi, Servier et Quantum Genomics en dehors du travail soumis.

Références

- [1] Perrine AL, Lecoiffre C, Olié V. Prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes en France en 2015, étude Esteban. *Rev Épidémiol Santé Publique*. 2018;66(Suppl1):S50.
- [2] Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, *et al*. Global disparities of hypertension prevalence and control: A systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*. 2016;134(6):441-50.
- [3] Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol*. 2020;16(4):223-37.
- [4] Meirhaeghe A, Blanc-Garin C, Biasch K, Huo Yung Kai S, Moitry M, Amouyel P, *et al*. Évolution de l'incidence et de la mortalité du syndrome coronaire aigu chez les 35-74 ans dans trois régions françaises : Résultats des registres sur la période 2006-2016. *Bull Épidémiol Hebd*. 2023;(5):85-96. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/5/2023_5_2.html
- [5] Gabet A, Danchin N, Juillièrre Y, Olié V. Acute coronary syndrome in women: Rising hospitalizations in middle-aged French women, 2004-14. *Eur Heart J*. 2017;38(14):1060-5.
- [6] Gabet A, Chatignoux E, Ducimetière P, Danchin N, Olié V. Differential trends in myocardial infarction mortality over 1975-2010 in France according to gender: An age-period-cohort analysis. *Int J Cardiol*. 2016;223:660-4.
- [7] GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1223-49.
- [8] Etehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, *et al*. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;387(10022):957-67.
- [9] Nazarzadeh M, Bidel Z, Canoy D, Copland E, Bennett DA, Dehghan A, *et al*. Blood pressure-lowering treatment for prevention of major cardiovascular diseases in people with and without type 2 diabetes: An individual participant-level data meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2022;10(9):645-54.
- [10] Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L, *et al*. Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *JAMA*. 2017;317(2):165-82.
- [11] Bundy JD, Li C, Stuchlik P, Bu X, Kelly TN, Mills KT, *et al*. Systolic blood pressure reduction and risk of cardiovascular disease and mortality: A systematic review and network meta-analysis. *JAMA Cardiol*. 2017;2(7):775-81.
- [12] Blacher J, Halimi JM, Hanon O, Mourad JJ, Pathak A, Schnebert B, *et al*. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Recommandations 2013 de la Société française d'hypertension artérielle. *Presse Med*. 2013;42(5):819-25.
- [13] Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook JV, *et al*. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: A systematic review of randomized controlled trials. *J Hypertens*. 2006;24(2):215-33.
- [14] NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: A pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021;398(10304):957-80.
- [15] Vallée A, Gabet A, Grave C, Lelong H, Blacher J, Olié V. Home blood pressure monitoring in France: Device possession rate and associated determinants, the ESTEBAN study. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2020;22(12):2204-13.
- [16] Vallée A, Gabet A, Grave C, Sorbets E, Blacher J, Olié V. Patterns of hypertension management in France in 2015: The ESTEBAN survey. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2020;22(4):663-72.
- [17] Grave G, Gautier A, Gane J, Gabet A, Lacoïn F, Olié V. Prévention, dépistage et prise en charge de l'HTA en France, le point de vue des médecins généralistes, France, 2019. *Bull Épidémiol Hebd*. 2019;(5):115-23. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/5/2020_5_3.html
- [18] Gabet A, Grave C, Tuppin P, Lesuffleur T, Guenancia C, Nguyen-Thanh V, *et al*. Nationwide initiation of cardiovascular risk treatments during the COVID-19 pandemic in France: Women on a slippery slope? *Front Cardiovasc Med*. 2022;9:856689.
- [19] Vay-Demouy J, Lelong H, Neudorff P, Gabet A, Grave C, Blacher J, *et al*. Underuse of lifestyle recommendations in hypertension management in France: The ESTEBAN study. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2022;24(10):1266-75.
- [20] Olié V, Chatignoux E, Bonaldi C, Grave C, Gabet A, Blacher J. How to avoid overestimating the burden of hypertension in epidemiological studies? A new methodology to account for within person variability of blood pressure. *Int J Epidemiol*. 2022;51(6):1824-34.
- [21] Balicco A, Oleko A, Szego E, Boschat E, Deschamps V, Saoudi A, *et al*. Protocole Esteban : une étude transversale de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (2014-2016). *Toxicol Anal Clin*. 2017;(4):517-37.
- [22] Soullier N, Richard JB, Gautier A. Baromètre de Santé publique France 2019. Méthode. Saint-Maurice: Santé publique France; 2021. 14 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-de-sante-publique-france-2019-methode>
- [23] Neuhauser HK, Adler C, Rosario AS, Diederichs C, Ellert U. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008-11. *J Hum Hypertens*. 2015;29(4):247-53.
- [24] Padwal RS, Bienek A, McAlister FA, Campbell NR, Outcomes Research Task Force of the Canadian Hypertension Education Program. Epidemiology of hypertension in Canada: An update. *Can J Cardiol*. 2016;32(5):687-94.
- [25] Blais C, Rochette L, Hamel D. Prévalence de l'hypertension artérielle au Québec. Comparaison entre les données médico-administratives et les données d'enquêtes. *Bull Épidémiol Hebd*. 2013; (Hors-série):23-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2013/hors-serie/2013_hors-serie_4.html
- [26] Yoon SS, Carroll MD, Fryar CD. Hypertension prevalence and control among adults: United States, 2011-2014. *NCHS Data Brief*. 2015;(220):1-8.
- [27] Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: Changes over a decade. The PHYSA study. *J Hypertens*. 2014;32(6):1211-21.
- [28] Falaschetti E, Mindell J, Knott C, Poulter N. Hypertension management in England: A serial cross-sectional study from 1994 to 2011. *Lancet*. 2014;383(9932):1912-9.
- [29] Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, *et al*. 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021-104.

[30] Clément G, Giovannelli J, Cottel D, Montaye M, Ciuchete A, Dallongeville J, *et al.* Changes over time in the prevalence and treatment of cardiovascular risk factors, and contributions to time trends in coronary mortality over 25 years in the Lille urban area (Northern France). *Arch Cardiovasc Dis.* 2017;110(12):689-99.

[31] Haute Autorité de santé. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Fiche mémo. Saint-Denis: HAS; 2016. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_hta__mel.pdf

[32] Haute Autorité de santé. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Rapport d'élaboration des recommandations. Saint-Denis: HAS; 2016. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_rapport_elaboration_hta_mel.pdf

[33] Girerd X, Hanon O, Vaisse B. Utilisation de l'échelle d'observance EvalObs® dans une population de sujets traités pour une hypertension, une dyslipidémie ou un diabète : enquête FLAHS observance 2017. *Ann Cardiol Angeiol (Paris).* 2018;67(3):186-90.

[34] Vallée A, Grave C, Gabet A, Blacher J, Olié V. Treatment and adherence to antihypertensive therapy in France: The roles of socioeconomic factors and primary care medicine in the ESTEBAN survey. *Hypertens Res.* 2021;44(5):550-60.

Citer cet article

Olié V, Grave C, Gabet A, Chatignoux É, Gautier A, Bonaldi C, *et al.* Épidémiologie de l'hypertension artérielle en France : prévalence élevée et manque de sensibilisation de la population. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023;(8):130-8. http://beh.sante-publiquefrance.fr/beh/2023/8/2023_8_1.html

ARTICLE // Article

PRÉVALENCE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE DÉCLARÉE DANS LES DÉPARTEMENTS ET RÉGIONS D'OUTRE-MER, L'ENQUÊTE BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE DE 2021

// PREVALENCE OF HYPERTENSION IN FRENCH OVERSEAS TERRITORIES: THE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE HEALTH BAROMETER SURVEY, 2021

Valérie Olié¹ (valerie.olie@santepubliquefrance.fr), Amélie Gabet¹, Clémence Grave¹, Arnaud Gautier¹, Jacques Blacher^{2,3}

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Centre de diagnostic et de thérapeutique, Hôtel-Dieu, AP-HP, Paris

³ Université Paris Cité, Paris

Soumis le 20.02.2023 // Date of submission: 02.20.2023

Résumé // Abstract

Contexte – L'hypertension artérielle (HTA) constitue le principal facteur de risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) et un facteur de risque important de morbi-mortalité cardiovasculaire. L'objectif de notre étude était d'estimer la prévalence de l'HTA déclarée à la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et La Réunion et de décrire plusieurs indicateurs de la connaissance et de la prise en charge.

Méthodes – Les données du Baromètre de Santé publique France DROM 2021 ont été utilisées. Plus de 6 500 personnes (1 511 en Guadeloupe, 1 526 à la Martinique, 1 478 en Guyane et 2 004 à La Réunion), âgées de 18 à 85 ans et résidant dans quatre départements et régions d'outre-mer (DROM) ont été interrogées par téléphone sur l'HTA. Les analyses ont été pondérées pour tenir compte du plan de sondage et de la participation afin d'être représentatives de la population de chaque DROM. Les données de la métropole utilisées pour comparaison étaient issues du Baromètre de santé publique France 2019.

Résultats – La prévalence de l'HTA déclarée était de 31,5% en Martinique, 29,9% en Guadeloupe, 22,7% en Guyane et 20,8% à La Réunion. La prévalence était significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans chaque DROM. La proportion de patients traités par un médicament antihypertenseur parmi les adultes se déclarant hypertendus ne variait ni en fonction du territoire, ni en fonction du sexe et dépassait les 80% comme en métropole. Entre 65% et 73% des adultes hypertendus déclaraient avoir eu des conseils pour modifier leur mode de vie dans les DROM contre 58,5% en métropole. En Guyane 51,5% des hypertendus possédaient un appareil d'automesure tensionnelle à leur domicile, alors qu'ils étaient 53,8% à La Réunion et plus de 70% à la Guadeloupe et la Martinique.

Conclusion – La prévalence de l'HTA reste très élevée dans les DROM, particulièrement chez les femmes. En revanche, plusieurs éléments de la prise en charge ne différaient pas de la métropole avec plusieurs indicateurs favorables comme la dispensation de conseils hygiéno-diététiques ou la possession d'appareil d'automesure tensionnelle. Les complications de l'HTA étant fréquentes dans les DROM, la prévention nutritionnelle doit être renforcée et tout particulièrement auprès des femmes.

Background – Hypertension (HT) is the main risk factor for stroke and an important risk factor for cardiovascular morbidity and mortality. The objective of our study was to estimate the prevalence of hypertension declared in Guadeloupe, Martinique, French Guiana and Reunion, and to describe indicators of awareness and HT management.

Methods – We used data from the 2021 Health Barometer survey carried out by Santé publique France in the French overseas regions. More than 6,500 people (1,511 in Guadeloupe, 1,526 in Martinique, 1,478 in French Guiana and 2,004 in Reunion) aged 18 to 85 years and residing in four overseas departments and regions (DROM) were interviewed by telephone about hypertension. The analyses were weighted to take into account the survey design and participation in order to be representative of the population of each DROM. The data used for comparison came from the 2019 Health Barometer survey carried out in metropolitan France by Santé publique France.

Results – The prevalence of declared hypertension was 31.5% in Martinique, 29.9% in Guadeloupe, 22.7% in French Guiana and 20.8% in Reunion, with a significantly higher prevalence among women than among men in every DROM. Among adults aware of their hypertension, the proportion of patients treated with an anti-hypertensive drug did not vary according to territory or according to sex and exceeded 80%, as in mainland France. Between 65% and 73% of hypertensive adults living in the DROM said they had received advice on how to change their lifestyle, compared to 58.5% in mainland France. In French Guiana 51.5% of hypertensives had a home blood pressure measurement device, whereas they were 53.8% in Reunion and more than 70% in Guadeloupe and Martinique.

Conclusion – The prevalence of HT remains very high in the DROM, particularly among women. On the other hand, several elements of HT management did not differ from mainland France with several favorable indicators such as the availability of dietary advice or a home blood pressure measurement device. Given the frequency of HT complications in the DROM, a concerted effort to provide nutritional information in these regions is required, particularly among women.

Mots-clés : Hypertension artérielle, DROM, Baromètre
// **Keywords:** Hypertension, Overseas France, Survey

Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) constitue le principal facteur de risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) et un facteur de risque important de morbi-mortalité cardiovasculaire. Au-delà des maladies cardiovasculaires, l'HTA est également la cause de nombreuses autres pathologies invalidantes comme l'insuffisance rénale et les démences. Elle serait responsable de plus de 10 millions de décès dans le monde selon l'Organisation mondiale de la santé^{1,2}. Les complications de l'HTA, notamment l'AVC et l'insuffisance rénale, sont entre 1,3 et 2 fois plus fréquentes dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) qu'en métropole, en raison d'une prévalence élevée de l'HTA dans ces territoires^{(1) 3-6}. En effet, les DROM présentent un profil particulier, compte tenu d'une transition démographique encore en cours dans certains départements, mais aussi d'une transition nutritionnelle et alimentaire récente dans ces territoires⁷. Ainsi, l'alimentation déséquilibrée, pauvre en fruits et légumes, la sédentarité et une activité physique insuffisante conduisent à une prévalence élevée d'obésité qui est un facteur de risque majeur d'HTA^{4,8}. Le contexte socio-économique des DROM avec des taux de chômage et de pauvreté plus élevés qu'en métropole et un niveau d'éducation plus bas, contribue largement aux inégalités de santé dans le champ des maladies chroniques et métaboliques. D'autre part, ces territoires présentent des

spécificités liées aux origines ethniques et génétiques particulièrement prégnantes dans le contexte de l'HTA au regard du risque d'HTA accru des populations d'origine afro-caribéenne par rapport aux populations caucasiennes. La prévalence de l'HTA reste élevée dans les DROM, néanmoins, le dépistage et la prise en charge des hypertendus ont progressé au cours des 20 dernières années, notamment, chez les femmes^{4,8}. En outre, la proportion d'hypertendus non contrôlés (deux hypertendus sur trois environ) reste particulièrement préoccupante dans ces territoires^{4,8,9}. Les études épidémiologiques comportant un examen de santé et permettant d'accéder à la prévalence réelle de l'HTA par des mesures de la pression artérielle restent rares en raison de leur coût et de la complexité de la mise en œuvre. Les études par entretiens téléphoniques permettent, en revanche, d'accéder à l'HTA déclarée sur un large échantillon représentatif de la population.

L'objectif de notre étude était de fournir une estimation récente de la prévalence de l'HTA déclarée dans quatre DROM : la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et La Réunion, et de décrire plusieurs indicateurs de la connaissance et de la prise en charge de l'HTA à partir des données d'une enquête représentative de la population générale de ces territoires.

Méthodes

Notre étude a été réalisée à partir des données du Baromètre de Santé publique France DROM 2021^{10,11}, enquête téléphonique réalisée auprès d'un échantillon de 6 519 personnes âgées de 18 à 85 ans et

(1) https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&f=0&i=cardio_avc.avc_txstd&s=2019&t=a01&view=map2

résidant dans quatre DROM (1 511 en Guadeloupe, 1 526 à la Martinique, 1 478 en Guyane et 2 004 à La Réunion).

Cette enquête qui vise à mieux connaître les connaissances, opinions et habitudes de la population en matière de santé, explorait les thèmes suivants : l'environnement, les addictions (tabac, alcool, cannabis), la vaccination, le diabète, l'hypertension artérielle, la Covid-19, la santé mentale, les conduites suicidaires, l'alimentation et l'activité physique.

L'échantillonnage de cette enquête a reposé sur une génération aléatoire de numéros de téléphone fixe et mobile. Un individu par ménage a été sélectionné au hasard par la méthode Kish sur ligne fixe. La personne décrochant sur ligne mobile était automatiquement interrogée. L'enquête a été menée par l'institut Ipsos, entre le 7 avril et le 12 octobre 2021. Les taux de participation révisés s'élevaient à 46% en Guadeloupe et Martinique, 51% à La Réunion et 54% en Guyane.

Afin d'obtenir des données représentatives de la population de chaque DROM, des pondérations ont été calculées en tenant compte de la probabilité d'inclusion (au sein du ménage et en fonction de l'équipement téléphonique) et de la structure de la population de chaque département via un calage sur marges utilisant les variables suivantes : le sexe croisé avec l'âge en tranches décennales, la taille du foyer et le niveau de diplôme (population de référence : Institut national de la statistique et des études économiques – Insee –, enquête emploi 2020).

Les données de la métropole sont issues de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2019 utilisant une méthodologie similaire et ayant porté sur un échantillon de 10 352 personnes. De la même manière, les données ont été pondérées afin de tenir compte de la probabilité d'inclusion, puis redressées sur la structure de la population par sexe croisée avec l'âge en tranches décennales, la région, la taille d'unité urbaine, la taille du foyer et le niveau de diplôme (population de référence : Insee, enquête emploi 2018). Le taux de participation révisé de cette enquête s'élevait à 50,8%.

L'HTA déclarée a été définie par une réponse positive à l'une des trois questions suivantes : « Un professionnel de santé vous a-t-il dit que vous aviez de l'hypertension ? » ; « Vous a-t-on déjà prescrit un médicament (ou plusieurs) contre l'hypertension artérielle ? » ; « Prenez-vous actuellement un traitement contre l'hypertension artérielle ? ». La prévalence de l'HTA déclarée mesurée dans cette enquête correspond à la part de l'HTA dépistée et connue des adultes et non la prévalence totale de la maladie.

Toutes les prévalences, ainsi que les intervalles de confiance à 95% (IC95%), ont été pondérés pour tenir compte de la probabilité d'inclusion et de la structure de la population de chaque DROM.

Les comparaisons de proportions ont été effectuées par des tests de Chi2 de Rao-Scott et les comparaisons de moyennes de variables quantitatives par une analyse de variances de données pondérées. Les odds ratios ajustés (ORa) et leurs IC95% ont été estimés par une régression logistique multivariée qui a été effectuée pour étudier les déterminants de la possession d'un appareil d'automesure tensionnelle.

Les analyses ont été effectuées sur le logiciel SAS software® (version 7.1, SAS Institute, Cary, NC, USA).

Résultats

Les caractéristiques des adultes inclus dans cette enquête sont présentées dans le tableau 1. L'âge moyen des adultes inclus différait entre les quatre DROM avec 10 ans d'écart entre la Guyane (42,0 ans) et la Martinique (52,0 ans). Le niveau d'éducation était également variable avec un niveau d'éducation moindre en Guyane où 66% de la population interrogée avait un niveau inférieur au baccalauréat. Le niveau d'éducation dans les DROM était très inférieur à celui de la métropole où moins de 50% de la population interrogée avait un niveau inférieur au Baccalauréat. Le taux de chômage dans les DROM variait de 18,0% à La Réunion à 29,4% en Guyane, dépassant très largement le taux en métropole (7,3%). Si la proportion d'obésité déclarée était plus faible à La Réunion (14,7%) que dans les trois autres territoires (respectivement 20,9% pour la Guadeloupe, et 22,1% en Martinique et 20,9% en Guyane, $p < 0,0001$), la prévalence du tabagisme y était plus élevée avec 19,9% de fumeurs quotidiens contre 9,5% en Guyane.

La proportion de personnes interrogées dans cette enquête déclarant avoir eu une mesure de la pression artérielle dans l'année variait en fonction du sexe et du département, avec seulement 66,7% chez les hommes guyanais, et plus de 86% chez les femmes martiniquaises. Cette proportion était significativement plus basse chez les hommes que chez les femmes dans les quatre territoires d'outre-mer (figure 1).

Prévalence de l'HTA déclarée

La prévalence de l'HTA déclarée variait en fonction des territoires avec une prévalence plus élevée en Martinique (31,5%) et Guadeloupe (29,9%) qu'en Guyane (22,7%) et à La Réunion (20,8%) (tableau 2). En 2019, la prévalence de l'HTA déclarée en métropole était de 20,0%.

Contrairement au territoire métropolitain, la prévalence dans chaque DROM était significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes ($p < 0,01$ dans chaque DROM). Cette différence était particulièrement marquée en Guadeloupe (23,6% chez les hommes contre 35,0% chez les femmes, $p < 0,0002$).

La prévalence de l'HTA déclarée augmentait significativement avec l'âge dans les quatre territoires pour atteindre plus de 55% dans la tranche d'âge

Tableau 1

Caractéristiques des adultes inclus dans l'enquête Baromètre de Santé publique France DROM 2021

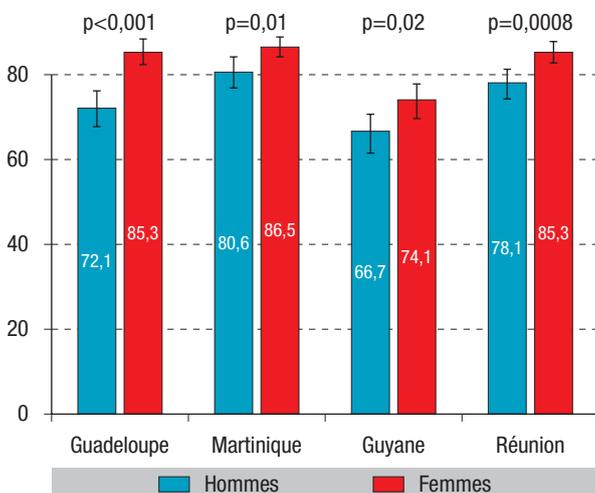
	Guadeloupe N=1 511	Martinique N=1 526	Guyane N=1 478	Réunion N=2 004	p*	Métropole** N=10 352
Femmes (% [IC95%])	55,5 [52,4-58,5]	55 [52,1-58,0]	54,4 [51,1-57,8]	53,4 [50,6-56,1]	0,67	51,9 [50,7-53,1]
Âge moyen (m, ET)	50,7 [16,8]	52,0 [16,2]	42,0 [11,5]	46,8 [20,6]	<0,0001	48,8 [17,8]
Âge en classe (ans)						
18-44	35,5 [32,6-38,5]	32,4 [29,7-35,0]	57,7 [54,3-61,2]	44,9 [42,2-47,7]		42,6 [41,4-43,8]
45-54	19,6 [17,3-21,9]	19,6 [17,4-21,8]	17,6 [15,0-20,3]	19,4 [17,3-21,5]		18,0 [17,0-18,9]
55-64	21,2 [18,6-23,8]	22,4 [19,9-24,9]	14,1 [11,6-16,7]	18,4 [16,4-20,4]	<0,0001	16,8 [15,9-17,7]
65-74	15,0 [13,0-17,1]	16,3 [14,1-18,5]	8,7 [6,4-11,1]	12,4 [10,5-14,3]		14,4 [13,6-15,2]
75-84	8,7 [6,4-10,9]	9,4 [7,4-11,4]	1,8 [1,1-2,5]	4,9 [3,7-6]		8,2 [7,6-8,9]
Diplôme (% [IC95%])						
<Baccalauréat	62,7 [60,0-65,5]	59,6 [56,9-62,3]	66,7 [63,9-69,6]	62,6 [60,0-65,1]		49,1 [47,8-50,3]
Baccalauréat	18,4 [16,2-20,5]	18,0 [16,0-20,0]	16,2 [14,1-18,3]	17,6 [15,6-19,6]	0,05	19,7 [18,8-20,6]
>Baccalauréat	18,9 [17,0-20,9]	22,4 [20,3-24,5]	17,1 [15,1-19,0]	19,8 [17,9-21,8]		31,2 [30,2-32,2]
Situation professionnelle (% [IC à 95%])						
Travail	40,7 [37,8-43,6]	43,4 [40,5-46,2]	42,0 [38,8-45,3]	39,0 [36,5-41,6]		52,6 [51,4-53,8]
Études	6,6 [5,0-8,3]	5,1 [3,8-6,4]	8,4 [6,7-10,2]	7,3 [5,8-8,8]		6,0 [5,4-6,6]
Chômage	20,4 [17,8-22,9]	18,3 [16,0-20,6]	29,4 [26,2-32,6]	22,2 [19,7-24,6]	<0,0001	7,3 [6,5-8,0]
Retraite	25,2 [22,3-28,0]	26,4 [23,8-29,1]	8,5 [6,6-10,5]	18,0 [15,9-20,2]		27,6 [26,6-28,6]
Autres inactifs	7,1 [5,4-8,8]	6,8 [5,0-8,7]	11,6 [9,1-14,1]	13,5 [11,6-15,4]		6,5 [5,8-7,2]
Tabac actuel (% [IC à 95%])	15,8 [13,5-18,1]	17,5 [15,3-19,6]	15,7 [13,3-18,2]	25,5 [23,1-27,9]	<0,0001	28,6 [27,5-29,8]
Tabac quotidien (% [IC à 95%])	10,7 [8,9-12,5]	11,0 [9,2-12,8]	9,5 [7,6-11,4]	19,9 [17,7-22,2]	<0,0001	22,6 [21,5-23,7]
Indice de masse corporelle (IMC) (% [IC à 95%])						
Normal, IMC<25	44,3 [41,2-47,4]	44,8 [41,9-47,8]	43,5 [40,1-47,0]	53,1 [50,3-55,8]		
Surpoids, 25<IMC<30	34,8 [31,7-37,8]	33,0 [30,3-35,8]	35,5 [32,2-38,9]	32,3 [29,7-34,8]	<0,0001	¥
Obèse, IMC	20,9 [18,4-23,4]	22,1 [19,7-24,6]	20,9 [17,9-23,9]	14,7 [12,7-16,6]		
Diabète déclaré, %, (IC à 95%)	12,0 [10,0-14,0]	11,5 [9,5-13,5]	11,6 [9,0-14,2]	13,6 [11,7-15,5]	0,31	¥

DROM : départements et régions d'outre-mer ; IC : intervalle de confiance ; ET : écart type.

* p de différence entre les DROM ; ** les données de la métropole sont issues du Baromètre de Santé publique France 2019 et indiquées à titre de comparaison, les données n'étant pas standardisées sur la même population que celle de l'enquête de 2021 ; ¥ Données non présentes dans le Baromètre de Santé publique France 2019.

Figure 1

Proportion d'adultes ayant eu une mesure de la pression artérielle dans l'année en fonction du sexe, enquête Baromètre de Santé publique France DROM 2021



des 75-84 ans, soit plus de 10 points de plus en Guadeloupe, Martinique et à La Réunion par rapport à la métropole.

Perception de la maladie

Parmi les adultes se déclarant hypertendus, 31,9% avaient répondu « non » à la question « Avez-vous une maladie chronique ou un problème de santé durable » mais 88,6% se disaient plutôt bien informés sur la maladie. Cette proportion ne variait pas en fonction du département, mais elle était supérieure chez les patients traités pharmacologiquement (87,9% chez les traités vs 79,1% chez les non traités). Ces proportions étaient très proches de celles observées en métropole (88,2%).

Prise en charge de l'HTA

Chez les adultes se déclarant hypertendus, la possession d'un appareil d'automesure tensionnelle variait de manière importante en fonction

Tableau 2

Prévalence (%) et intervalle de confiance à 95% de l'HTA déclarée dans les DROM en fonction du sexe et de l'âge en 2021 et en France métropolitaine en 2019

	Guadeloupe N=1 511	Martinique N=1 526	Guyane N=1 478	Réunion N=2 004	p*	Métropole** N=10 352
Total	29,9 [27,0-32,8]	31,5 [28,8-34,3]	22,7 [19,7-25,8]	20,8 [18,6-22,9]	<0,0001	20,0 [19,0-20,9]
Sexe						
Hommes	23,6 [19,3-27,9]	27,2 [23,2-31,3]	18,6 [14,4-22,7]	17,7 [14,5-20,9]	0,0006	19,4 [18,0-20,7]
Femmes	35,0 [31,2-38,8]	35,0 [31,3-38,7]	26,2 [21,8-30,6]	23,5 [20,5-26,4]	<0,0001	20,5 [19,2-21,8]
Âge						
18-44 ans	8,8 [6,2-11,5]	11,5 [8,3-14,8]	9,8 [7,3-12,2]	7,0 [5,1-8,9]	0,04	5,8 [4,8-6,8]
45-54 ans	23,3 [18,1-28,5]	23,0 [17,9-28,0]	31,0 [22,8-39,2]	18,2 [13,5-23,0]	0,03	14,0 [12,0-16,0]
55-64 ans	38,9 [32,1-45,6]	39,5 [33,4-45,6]	37,7 [28,3-47,1]	32,6 [27,0-38,1]	0,25	27,6 [25,2-29,9]
65-74 ans	55,5 [48,2-62,8]	53,4 [46,0-60,9]	61,1 [47,5-74,7]	42,3 [34,3-50,3]	0,02	44,3 [41,4-47,3]
75-84 ans	60,7 [47,4-74,0]	58,9 [48,1-69,8]	54,6 [34,1-75,1]	58,1 [45,4-70,8]	0,98	46,8 [42,6-50,9]

DROM : départements et régions d'outre-mer ; N : effectif.

* p de différence entre les DROM ; ** les données de la France métropolitaine sont issues du Baromètre de Santé publique France 2019 et indiquées à titre de comparaison, les données n'étant pas standardisées sur la même population que celle de l'enquête de 2021.

Tableau 3

Prise en charge des patients hypertendus dans les DROM (2021) et en France métropolitaine (2019) en fonction du sexe

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion	p*	Métropole**
	% [IC95%]	% [IC95%]	% [IC95%]	% [IC95%]		% [IC95%]
Population totale	N=437	N=464	N=311	N=444		
Possession d'un appareil d'automesure tensionnelle	71,0 [65,7-76,2]	74,7 [69,8-79,6]	51,5 [43,6-59,5]	53,8 [48,0-59,6]	<0,0001	60,0 [56,8-62,4]
Suivi par un médecin généraliste	81,8 [75,7-87,9]	88,9 [85,9-92,0]	80,4 [74,1-86,7]	87,1 [82,8-91,3]	0,06	92,1 [90,4-93,7]
Traitement pharmacologique	81,8 [77,1-86,5]	80,8 [76,4-85,2]	73,9 [66,9-80,8]	83,3 [78,9-87,7]	0,16	84,0 [82,0-86,1]
Conseil de modification du mode de vie	72,9 [67,7-78,0]	68,6 [63,6-73,7]	70,5 [63,1-77,9]	65,0 [59,2-70,8]	0,17	58,5 [55,8-61,2]
Traitement pharmacologique ou conseil mode de vie	85,7 [81,9-89,5]	82,6 [78,6-86,6]	80,5 [74,5-86,5]	82,6 [78,3-87,0]	0,52	85,0 [83,1-86,9]
Patients se déclarant observant au traitement pharmacologique	87,8 [81,7-93,9]	87,7 [84,1-91,4]	81,8 [73,8-89,7]	91,4 [87,6-95,3]	0,15	94,7 [93,4-96,1]
Renoncement aux soins dans les 12 mois pour raison financière	18,8 [14,2-23,5]	16,8 [13,1-20,6]	26,3 [19,1-33,5]	11,2 [7,8-14,6]	0,0003	–
Hommes	N=437	N=464	N=311	N=444		
Possession d'un appareil d'automesure tensionnelle	67,0 [57,2-76,8]	73,0 [64,5-81,5]	53,4 [40,7-66,2]	58,4 [48,5-68,3]	0,05	61,8 [57,8-65,9]
Suivi par un médecin généraliste	75,1 [62,1-88,0]	88,6 [83,4-93,9]	74,9 [63,3-86,4]	83,8 [75,3-92,2]	0,12	91,6 [89,3-93,9]
Traitement pharmacologique	80,8 [72,8-88,8]	82,5 [74,7-90,2]	72,2 [59,9-84,4]	83,7 [77,0-90,4]	0,42	86,0 [83,1-88,9]
Conseil de modification du mode de vie	73,0 [64,0-82,0]	64,4 [55,5-73,2]	68,0 [55,7-80,3]	63,3 [53,4-73,2]	0,44	59,3 [55,3-63,3]
Traitement pharmacologique ou conseil mode de vie	82,1 [74,8-89,4]	84,2 [77-91,3]	74,9 [63,8-86,0]	81,8 [74,9-88,6]	0,61	86,9 [84,3-89,5]
Patients se déclarant observant au traitement pharmacologique	84,5 [69,3-99,7]	86,5 [79,9-93,0]	78,6 [63,3-93,8]	88,2 [80,3-96,1]	0,77	92,9 [90,5-95,3]
Renoncement aux soins dans les 12 mois pour raison financière	20,0 [12,1-27,9]	11,9 [6,5-17,3]	22,3 [11,2-33,4]	11,3 [5,3-17,2]	0,09	–



Tableau 3 (suite)

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion	p*	Métropole**
	% [IC95%]	% [IC95%]	% [IC95%]	% [IC95%]		% [IC95%]
Femmes	N=437	N=464	N=311	N=444		
Possession d'un appareil d'automesure tensionnelle	73,1 [67,0-79,2]	75,7 [69,8-81,6]	50,4 [40,3-60,5]	50,8 [43,6-57,9]	<0,0001	57,6 [53,7-61,5]
Suivi par un médecin généraliste	85,3 [79,2-91,3]	89,1 [85,4-92,9]	83,5 [76,3-90,7]	89,3 [85,0-93,5]	0,37	95,5 [90,2-94,8]
Traitement pharmacologique	82,3 [76,4-88,2]	79,8 [74,5-85,0]	74,8 [66,4-83,3]	83,1 [77,3-88,9]	0,41	82,3 [79,4-85,3]
Conseil de modification du mode de vie	72,8 [66,4-79,1]	71,3 [65,5-77,2]	71,9 [62,5-81,2]	66,2 [59,1-73,2]	0,42	57,8 [54,1-61,5]
Traitement pharmacologique ou conseil mode de vie	87,7 [83,3-92,0]	81,6 [76,8-86,4]	83,8 [77,1-90,5]	83,2 [77,7-88,8]	0,38	83,3 [80,7-85,9]
Patients se déclarant observant au traitement pharmacologique	89,5 [85,1-93,8]	88,6 [84,4-92,7]	83,5 [74,6-92,4]	93,6 [90,0-97,2]	0,07	96,4 [95,1-97,8]
Renoncement aux soins dans les 12 mois pour raison financière	18,2 [12,4-23,9]	20,0 [14,8-25,1]	28,7 [19,3-38,0]	11,1 [7,1-15,1]	0,001	–

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

* : p de comparaison entre les DROM ; ** : les données de la métropole sont issues du Baromètre 2019 et indiquées à titre de comparaison, les données n'étant pas standardisées sur la même population que celle de l'enquête de 2021 ; ¥ : données non présentes dans le Baromètre de Santé publique France 2019.

des territoires (51,5% en Guyane, 53,8% à La Réunion et plus de 70% en Guadeloupe et en Martinique) (tableau 3). Cette proportion variait également en fonction des caractéristiques des individus. En effet, les personnes ayant un travail, ou avec un indice de masse corporelle (IMC) normal étaient plus susceptibles de posséder un appareil d'automesure tensionnel (figure 2). En revanche, un diplôme supérieur au baccalauréat (OR=1,99, IC95%: [1,24-3,20]) comparativement aux personnes sans diplôme, le fait d'être traité pour son hypertension par un traitement pharmacologique (1,87 [1,15-3,04]) ou des mesures hygiéno-diététiques (1,45 [1,07-1,96]), comparativement aux personnes non traitées, était associé à une chance supérieure de disposer d'un appareil de ce type (figure 2).

Les femmes étaient plus souvent suivies pour leur HTA par un médecin généraliste que les hommes dans les DROM (87,5% vs 82,2%).

La proportion de patients se déclarant hypertendus traités par médicaments antihypertenseurs était similaire entre les DROM et la métropole, sans différence entre les sexes (tableau 3). En revanche, chez ces patients on notait une différence entre les DROM et la métropole sur les conseils préconisés pour modifier le mode de vie (régime alimentaire, activité physique, réduction de la consommation d'alcool) (entre 65% et 73% dans les DROM vs 58,5% en métropole).

L'observance déclarée était plus faible dans les DROM par rapport à la métropole (respectivement de 81 à 91% contre 94%), sans différence entre les sexes. Les principales raisons déclarées pour la non-observance sont répertoriées dans la figure 3. Les oublis (68,7%) restaient la première cause déclarée

devant le fait de ne plus en avoir besoin avec une pression artérielle qui s'est normalisée (9,2%) et pour limiter les effets secondaires (7,0%). La lassitude de la prise quotidienne ou le grand nombre de médicaments quotidien était la 4^e cause la plus fréquemment déclarée (6,7%).

Enfin, une proportion importante des adultes se déclarant hypertendus a indiqué avoir dû renoncer à des soins au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières. Cette proportion atteignait les 26,3% en Guyane contre 11,2% à La Réunion. En Martinique les femmes étaient plus nombreuses à renoncer aux soins que les hommes (respectivement 20,0 vs 11,9%). Cette différence entre les sexes n'était pas observée dans les autres DROM.

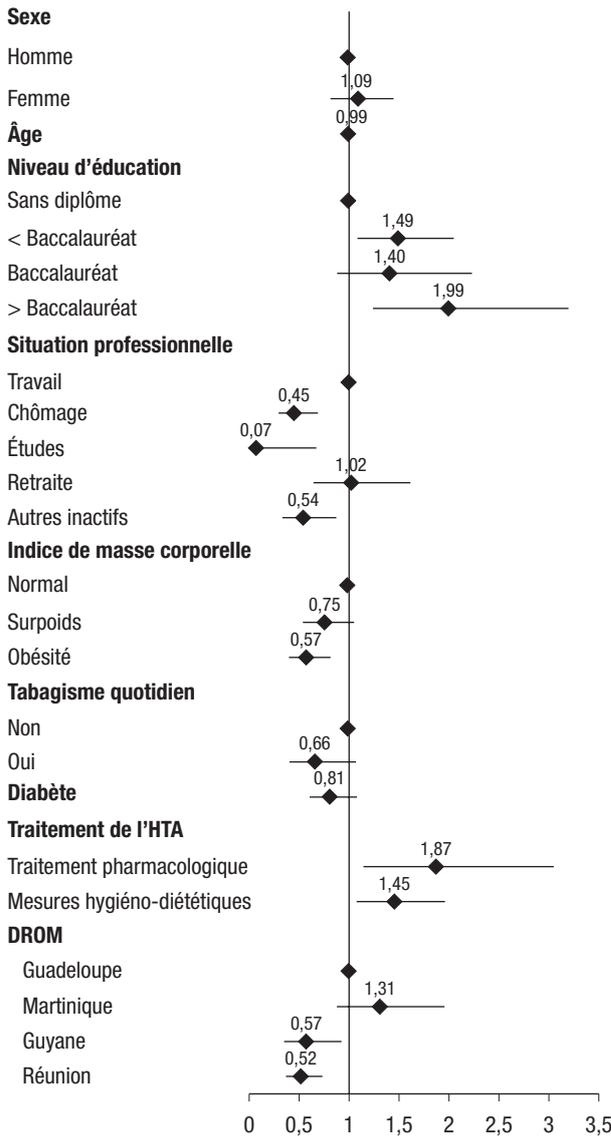
Discussion

La prévalence de l'HTA déclarée dans cette étude était hétérogène en fonction des territoires d'outre-mer, avec une prévalence plus élevée en Guadeloupe et en Martinique qu'en métropole. En revanche, la prise en charge des hypertendus connus était équivalente à celle décrite en métropole (proportion de patients traités pharmacologiquement). Elle était même meilleure en Guadeloupe et en Martinique pour la possession d'appareil d'automesure tensionnelle et dans les quatre DROM pour les conseils hygiéno-diététiques. En revanche, l'observance déclarée aux traitements antihypertenseurs était plus faible dans les DROM qu'en métropole.

Les données de prévalence de l'HTA déclarée dans cette enquête sont cohérentes avec les données récentes de l'Enquête Santé européenne

Figure 2

Facteurs associés à la possession d'un appareil d'automesure tensionnelle à son domicile, enquête Baromètre de Santé publique France DROM 2021

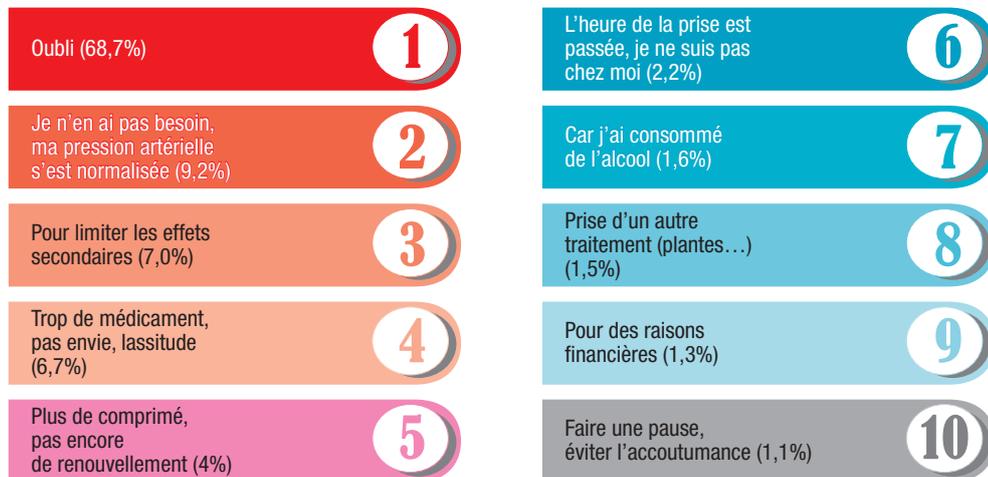


(EHIS 2019)¹², mais supérieures à certaines études antérieures menées dans les DROM^{4,12}. Dans l'étude Consant réalisée en Guadeloupe en 2007, la prévalence de l'HTA connue déclarée avait été estimée à 19% chez les hommes et à 30% chez les femmes, contre 23,6% chez les hommes et 35,0% chez les femmes dans notre étude. De même, à La Réunion, nos résultats donnaient des prévalences de l'HTA déclarée supérieures à celles estimées dans l'étude Rédia réalisée au début des années 2000 : 10,4% chez les hommes (25,7% d'HTA connue parmi les 40,3% d'hypertendus) et 16,4% chez les femmes (44,6% d'HTA connue parmi les 36,7% d'hypertendues), contre 17,7% chez les hommes et 23,5% chez les femmes dans notre étude⁶. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette différence entre ces deux enquêtes. Celle-ci pourrait être liée à une augmentation de la prévalence de l'HTA dans les DROM, mais également à une amélioration de la connaissance et du dépistage de l'HTA au cours du temps. Une persistance d'un plus faible taux de dépistage et de connaissance de l'HTA à La Réunion par rapport aux autres DROM pourrait expliquer la plus faible prévalence rapportée à La Réunion dans notre étude comparativement à la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane⁶. Les différences de prévalence observées entre les DROM dans notre enquête étaient partiellement liées à une différence de caractéristiques des adultes interrogés. En effet, l'âge moyen était 10 ans plus faible en Guyane qu'en Martinique pouvant expliquer une part du différentiel observé sur la prévalence. Néanmoins, la prévalence observée à La Réunion était plus faible que dans les autres DROM et ce, dans toutes les classes d'âge.

Contrairement à ce qui est observé en métropole, la prévalence de l'HTA dans les DROM était très supérieure chez les femmes par rapport aux hommes. Ce différentiel de prévalence entre les hommes et les femmes, classiquement rapporté pour l'HTA dans les DROM, s'explique, en partie,

Figure 3

Classement des 10 raisons les plus fréquentes chez les hypertendus ayant déclaré ne pas prendre systématiquement leur traitement, enquête Baromètre de Santé publique France DROM 2021



Plusieurs réponses possibles.

par le différentiel de prévalence de l'obésité entre les deux sexes dans les DROM. En effet, alors que la prévalence de l'obésité est d'environ 17% dans la population métropolitaine, sans différence significative entre les hommes et les femmes, l'obésité déclarée dans cette enquête est 2,3 fois plus prévalente chez les femmes que chez les hommes en Guadeloupe (27% vs 12% respectivement), 1,8 fois plus en Martinique et à La Réunion et 1,6 fois plus en Guyane. De la même manière, l'enquête Unono Wa Maore réalisée à Mayotte, estimait la prévalence de l'HTA à 38,4% avec des taux d'HTA déclarée supérieurs chez les femmes que chez les hommes¹³. Dans cette population, on retrouvait des taux d'obésité particulièrement élevés chez les jeunes et les femmes, pouvant expliquer en partie les prévalences d'HTA dans ces sous-groupes. Si la méthodologie d'identification de l'HTA était différente (avec un examen de santé dans l'étude mahoraise) et rend impossible la comparaison directe de la prévalence de l'HTA à celles des autres DROM, elle souligne le rôle de l'obésité dans la survenue d'HTA chez les jeunes et chez les femmes.

Un meilleur dépistage de l'HTA dans les DROM chez les femmes est également un élément pouvant expliquer cette différence entre les sexes sur la prévalence de l'HTA déclarée. L'étude Consant, réalisée en Guadeloupe, a mis en évidence une meilleure connaissance de la maladie chez les femmes, liée à un dépistage particulièrement efficace chez les femmes (80% des hypertendues sont connues en Guadeloupe contre 63% en métropole)³. Notre étude montre que la mesure de la pression artérielle dans l'année était plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Ces résultats sont relativement stables dans le temps puisque ces proportions de mesures dans l'année étaient de 80% chez les hommes et de 89% chez les femmes dans l'enquête Kannari réalisée en 2013 en Guadeloupe et Martinique⁵. Ce meilleur dépistage chez les femmes avait également été décrit dans l'enquête Unono Wa Maore à Mayotte¹³.

Le niveau socio-économique des habitants des DROM constitue également un point essentiel compte tenu du lien multidimensionnel qui existe entre défaveur sociale et HTA. Si la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaires individuels est plus élevée dans les populations défavorisées, le lien entre défaveur sociale et HTA est également lié à des facteurs individuels psychosociaux ou professionnels et des facteurs contextuels comme le logement ou les conditions de vie^{14,15}. Les résultats concernant le niveau d'éducation et la situation professionnelle dans cette étude mettent en évidence des taux de chômage jusqu'à quatre fois plus élevés qu'en métropole, mais également un renoncement aux soins particulièrement marqué en Guyane.

Malgré une prévalence plus élevée dans les DROM, la prise en charge thérapeutique semble être quasiment équivalente à celle observée en métropole, avec une proportion d'hypertendus connus traités

supérieure à 80%. Ce chiffre peut paraître élevé, mais il ne prend pas en compte la proportion importante d'hypertendus non dépistés qui ne reçoivent pas de traitement (40% des hypertendus en métropole¹⁶). Si la prise en charge pharmacologique ne différait pas entre les DROM et la métropole, la prise en charge par des mesures hygiéno-diététiques était plus souvent rapportée par les hypertendus dans les DROM. Cet élément constitue un point très positif, compte tenu de l'efficacité de ces mesures dans le contrôle de la pression artérielle de manière isolée ou en complément d'un traitement pharmacologique ; mais aussi compte tenu de l'effet bénéfique de ces mesures sur les autres facteurs de risque cardiovasculaire, notamment les désordres métaboliques^{17,18}. Autre élément très positif, la possession d'un appareil d'automesure tensionnelle au domicile est très répandue en Guadeloupe et en Martinique avec près de trois-quarts des hypertendus qui déclaraient en posséder un, soit plus de 10 points de plus qu'en métropole. La Haute Autorité de santé préconise aujourd'hui l'usage de l'automesure tensionnelle dans le diagnostic, mais aussi le suivi des hypertendus et recommande d'effectuer une automesure avant une consultation de suivi chez son médecin¹⁹. La possession d'un appareil à son domicile possède un autre atout, puisqu'il peut également permettre le dépistage opportuniste de l'HTA d'autres membres de la famille.

La proportion d'hypertendus se déclarant observant à son traitement pharmacologique était proche des 90% dans cette enquête. Ce pourcentage est légèrement inférieur à ceux observés dans les enquêtes Flahs en métropole sur un échantillon d'hypertendus, mais reste élevé²⁰. Ces taux sont, néanmoins, un mauvais reflet de la réalité en raison du biais de désirabilité sociale dans les enquêtes déclaratives sur l'observance²¹. Il a été estimé dans l'étude Esteban que cette observance était plutôt de l'ordre de 40%²². Malgré cette sous-déclaration probable des « oublis » dans cette enquête, les raisons avancées par ceux qui déclarent ne pas être complètement observants apportent des éléments intéressants dans la compréhension de ces comportements qui sont associés à un mauvais contrôle de l'HTA. Un certain nombre d'idées reçues comme la nécessité de prendre le traitement à heure fixe, l'accoutumance ou la prise concomitante d'alcool pourraient être discutées en amont de la prescription pour essayer de limiter le risque de non prise du traitement.

Les résultats sur la prise en charge de l'HTA décrit dans cette étude témoignent des progrès accomplis dans ce champ dans les DROM. Le développement de réseaux et de programmes d'éducation thérapeutique comme le réseau HTA-Gwad qui existe depuis plus de 20 ans en Guadeloupe a participé à une amélioration du dépistage, de la prise en charge, du recours à l'automesure tensionnelle et du contrôle de l'HTA dans ces territoires²³. Néanmoins, ces résultats ne doivent pas éclipser l'ampleur du problème de l'HTA dans la population

d'outre-mer qui présente une prévalence des autres facteurs de risque cardiovasculaire très élevée à l'exception du tabagisme qui était plus bas en Guadeloupe, Guyane et Martinique par rapport à la métropole. De plus, malgré certains éléments favorables, le contrôle de l'HTA reste très bas, comme en témoignent les résultats de l'étude Consant avec 21,7% des hommes et 43,5% des femmes hypertendus qui avaient une pression artérielle contrôlée en Guadeloupe³. Le renoncement aux soins pour des raisons financières dans certains DROM est également un point d'attention majeur, d'autant plus depuis le retrait de l'ALD n° 12 (hypertension sévère).

La principale limite de cette étude concerne le caractère déclaratif de l'HTA ne permettant d'évaluer que la part dépistée connue et déclarée de l'HTA. Cet indicateur est le reflet de la prévalence réelle, mais aussi du niveau de dépistage, dans chaque territoire. Il reste donc difficile d'interpréter les résultats à partir des données de cette seule enquête. Néanmoins, les résultats obtenus sont cohérents avec les enquêtes réalisées avec une mesure de la pression artérielle quand on limite les comparaisons à la proportion d'HTA connue. Une enquête avec examen de santé en cours à La Réunion (étude Réunion) devrait permettre d'apporter de nouveaux éléments concernant la prévalence totale de l'HTA dans ce territoire. Les taux de participation à cette enquête, bien qu'en baisse par rapport au baromètre de 2014 restaient élevés pour ce type d'enquête. De plus, le *design* de cette enquête permet d'avoir une photographie représentative de la population de ces territoires d'outre-mer et apporte des éléments sur la connaissance et la prise en charge de l'HTA. La comparaison avec les données du Baromètre de Santé publique France réalisé en métropole en 2019 est également à prendre avec précaution, puisque la standardisation a été réalisée sur des populations pouvant légèrement différer.

Conclusion

La prévalence de l'HTA reste très élevée dans les DROM, particulièrement chez les femmes. En revanche, la prise en charge ne différerait pas de la métropole avec même plusieurs indicateurs comme la dispensation de conseils hygiéno-diététiques ou la possession d'appareil d'automesure tensionnelle qui y sont plus fréquents dans certains DROM. Compte tenu de la fréquence et de la gravité de ses complications, l'HTA constitue un enjeu important pour une amélioration de la santé dans les DROM avec un effort tout particulier de prévention nutritionnelle à fournir chez les femmes. ■

Remerciements

Les auteurs remercient les équipes Ipsos en charge du recueil des données et notamment les enquêteurs pour cette édition du Baromètre de Santé publique France dans les DROM.

Liens d'intérêt

Valérie Olié, Amélie Gabet, Clémence Grave et Arnaud Gautier déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt pour ce travail.

Jacques Blacher déclare des liens d'intérêt avec Abbott, Bayer, Bottu, Ferring, Steripharma, Kantar, Teriak, Pfizer, Sanofi, Servier et Quantum Genomics en dehors du travail soumis.

Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. Panorama mondial de l'hypertension, un « tueur silencieux » responsable d'une crise de santé publique mondiale. Genève: OMS; 2013. 39 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85334>
- [2] Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002;360(9349):1903-13.
- [3] Atallah A, Kelly-Irving M, Zouini N, Ruidavets JB, Inamo J, Lang T. Controlling arterial hypertension in the French West Indies: A separate strategy for women? *Eur J Public Health*. 2010;20(6):665-70.
- [4] Atallah A, Carrère P, Atallah V, Inamo J. Différences de prise en charge de l'HTA entre la métropole et les DOM-ROM. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2019;68(4):260-3.
- [5] Observatoire régional de santé de Guadeloupe. L'hypertension artérielle en Guadeloupe en 2013 : Kannari, santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles. ORSAG; 2017. https://orsag.fr/hypertension_guadeloupe_2013_enquete_kannari-2/
- [6] Cournot M, Lenclume V, Le Moullec N, Debussche X, Doussiet E, Fagot-Campagna A, *et al*. Prevalence, treatment and control of hypertension in La Reunion: The redia population-based cohort study. *Blood Press*. 2017;26(1):39-47.
- [7] Méjean C, Debussche X, Martin-Prével Y, Réquillart V, Soler LG, Tibère L. Alimentation et nutrition dans les départements et régions d'outre-mer/food and nutrition in the overseas regions. Marseille: IRD Éditions; 2020. 208 p.
- [8] Carrère P, Halbert N, Lamy S, Inamo J, Atallah A, Lang T. Changes in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in disadvantaged French Caribbean populations, 2003 to 2014. *J Hum Hypertens*. 2017;31(9):596-601.
- [9] Atallah A, Inamo J, Larabi L, Chatellier G, Rozet JE, Machuron C, *et al*. Reducing the burden of arterial hypertension: What can be expected from an improved access to health care? Results from a study in 2 420 unemployed subjects in the Caribbean. *J Hum Hypertens*. 2007;21(4):316-22.
- [10] Soullier N, Richard JB, Gautier A. Baromètre de santé publique France 2019. Méthode. Saint Maurice: Santé publique France; 2021. 14 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-de-sante-publique-france-2019-methode>
- [11] Baromètre de Santé publique France 2021. Questionnaire / Volet DROM. Saint-Maurice: Santé publique France; 2022. 29 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2021-dans-les-drom>
- [12] Leduc A, Deroyon T, Rochereau T, Renaud A. Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019. Les dossiers de la Drees. 2021;(78):1-98. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/premiers-resultats-de-lenquete-sante-europeenne-ehis-2019-metropole-guadeloupe-martinique-guyane-la-r%C3%A9union-mayotte>
- [13] Calas L, Subiros M, Ruello M, Hassani Y, Gabet A, Angue M, *et al*. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in 2019 in the adult population of Mayotte. *Eur J Public Health*. 2022;32(3):408-14.

[14] Lang T, Lepage B, Schieber AC, Lamy S, Kelly-Irving M. Social determinants of cardiovascular diseases. *Public Health Rev.* 2011;33(2):601-22.

[15] Carrère P, Atallah A, Lang T, Lepage B, Inamo J. HTA et précarité perçue en population précaire guadeloupéenne : l'enquête PHAPPG. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2012;61(3):134-9.

[16] Perrine AL, Lecoffre C, Olié V. Prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes en France en 2015, étude Esteban. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2018;66(Suppl1):S50.

[17] Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook JV, *et al.* Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: A systematic review of randomized controlled trials. *J Hypertens*. 2006;24(2):215-33.

[18] Blacher J, Halimi JM, Hanon O, Mourad JJ, Pathak A, Schnebert B, *et al.* Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Recommandations 2013 de la Société française d'hypertension artérielle. *Presse Med*. 2013;42(5):819-25.

[19] Haute Autorité de santé. Société française d'hypertension artérielle. Fiche mémo. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Saint-Denis: HAS; 2016. 10 p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_hta__mel.pdf

[20] Girerd X, Hanon O, Vaisse B. Utilisation de l'échelle d'observance EvalObs[®] dans une population de sujets traités pour une hypertension, une dyslipidémie ou un diabète : enquête FLAHS observance 2017. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2018; 67(3):186-90.

[21] Sarradon-Eck A. Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues. *Sci Soc Santé*. 2007;25(2):5-36.

[22] Vallée A, Grave C, Gabet A, Blacher J, Olié V. Treatment and adherence to antihypertensive therapy in France: The roles of socioeconomic factors and primary care medicine in the Esteban survey. *Hypertens Res*. 2021;44(5):550-60.

[23] Groupement d'Intérêt Public Réseaux et Actions de Santé Publique en Guadeloupe à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Le Programme d'éducation thérapeutique à l'hypertension artérielle. PET-HTA HTA-GWAD info. 2020;44:3-4.

Citer cet article

Olié V, Gabet A, Grave C, Gautier A, Blacher J. Prévalence de l'hypertension artérielle déclarée dans les départements et régions d'outre-mer. *Bull Épidémiol Hebd*. 2023;(8):138-47. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/8/2023_8_2.html