

16 décembre 2008 / n° 49-50

Numéro thématique - Surveillance de l'hypertension artérielle en France *Special issue - High blood pressure surveillance in France*

p.477 **Éditorial** / *Editorial*

p.478 **Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007**
Mean blood pressure level and prevalence of hypertension in 18 to 74 year-old adults, ENNS Survey 2006-2007

p.483 **État des lieux sur l'hypertension artérielle en France en 2007 : l'étude Mona Lisa**
Summary statements of hypertension in France in 2007: the Mona Lisa study

p.486 **Prévalence et prise en charge de l'hypertension artérielle en Guadeloupe, France**
Prevalence and management of high blood pressure in Guadeloupe, France

p.489 **Existe-t-il des spécificités dans la prévalence et la prise en charge de l'hypertension artérielle aux Antilles-Guyane par rapport à la France métropolitaine ?** / *Are there any specificities in the prevalence and management of hypertension in the West Indies and Guiana compared to metropolitan France?*

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Christine de Peretti, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France et pour le comité de rédaction : Sandrine Danet, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Paris, France

Éditorial

Pr Joël Ménard, Laboratoire de santé publique et informatique médicale, Faculté de Médecine Paris Descartes

Au début des années 1960, les principales découvertes de l'épidémiologie cardiovasculaire, venues surtout de Framingham, construisaient les concepts de risque cardiovasculaire et avaient déjà été portées à l'attention des médecins responsables des soins. Ceux-ci disposaient, grâce à ces données épidémiologiques, des connaissances nécessaires pour commencer à transférer aux personnes qu'ils soignaient des messages de prévention cardiovasculaire primaire et secondaire. Depuis cette époque, toutes les recherches épidémiologiques ont démontré l'existence d'associations statistiques fortes, dans les deux sexes et à tous les âges, entre l'incidence des maladies coronariennes, des accidents vasculaires cérébraux, des artériopathies des membres inférieurs et de l'insuffisance rénale chronique et le niveau des pressions artérielles systolique et diastolique mesurées en consultation par la méthode auscultatoire. Le corpus de connaissances fut plus long à affiner pour les mesures des lipides plasmatiques et de la glycémie, puis d'autres facteurs de risque commencèrent à être proposés, du fibrinogène aux tests de réaction inflammatoire et de multiples autres maintenant. Les comportements favorisant l'apparition des facteurs de risque et la survenue des maladies cardiovasculaires et rénales furent parallèlement découverts : l'excès d'ingestion de corps gras, de sucres et de sel, la dépendance tabagique ou alcoolique, l'insuffisance d'activité physique, certains profils psychologiques et les difficultés sociales. Les interventions médicamenteuses et non-médicamenteuses démontrèrent leur rapport bénéfice/risque favorable, à partir de 1964-1970 pour l'hypertension artérielle, au début des années 1990 pour l'hypercholestérolémie, et à la fin de celles-ci pour le diabète dit non insulino-dépendant.

Les références scientifiques qui sous-tendent ce survol sont multiples et précises, mais pourraient toutes s'effacer de l'esprit du lecteur pressé pour réfléchir à partir d'un article conceptuel, d'importance majeure, écrit par Geoffrey Rose : « Les individus malades et les populations malades » [1]. La distribution des facteurs de risque cardiovasculaire est continue, autour d'une valeur médiane, permettant de distinguer les 5, 10, ou 30 % d'une population qui ont, sur dix ans ou sur une vie entière, un risque de faire une maladie cardiovasculaire beaucoup plus élevé que les 5, 10 ou 30 % les plus favorisés. Dans une population donnée, il y a des différences importantes entre les personnes à faible risque et les personnes à haut risque. De même, entre les pays, ou les régions d'un même pays, il y a des « pays malades » où les valeurs médianes des facteurs de risque se situent déjà dans des zones dangereuses, et des « pays sains » où les valeurs médianes se situent au même niveau que les valeurs basses des « pays malades ». Il en résulte que le responsable de santé publique s'efforce de faire évoluer son pays loin des zones à risque, comme le médecin praticien s'efforce de diminuer le risque cardiovasculaire de ceux et celles qui le consultent. Plus un pays se situe dans des zones dangereuses pour les valeurs des facteurs de risque cardiovasculaires, plus sont nombreux ceux de ses habitants exposés à ce risque, et donc plus lourd est le poids humain et financier des maladies cardiovasculaires pour le pays. On ne peut prendre en charge la santé d'un pays qu'en prenant bien en charge la santé de tous ses habitants, et l'on ne peut bien prendre en charge la santé des individus d'un pays que si le pays dans lequel ils vivent s'est doté d'un contexte respectueux de la santé pour tous et respectueux de l'environnement, et ceci sur plusieurs générations.

Un pays a besoin d'un carnet de santé, comme une personne a besoin d'un dossier médical, avec une évaluation périodique de son risque cardiovasculaire global. Les quatre articles de ce BEH se sont efforcés d'apporter à la connaissance d'un facteur de risque cardiovasculaire majeur évitable et curable, l'hypertension artérielle, une contribution exacte, précise, comparable si possible aux résultats d'autres études, dans le temps et dans l'espace. La prévalence de l'hypertension artérielle, la connaissance qu'en ont les Français, l'extension du traitement, et la qualité du contrôle tensionnel sont les paramètres habituellement mesurés. Ils permettent de comparer des populations différentes entre elles, et de comparer les mêmes populations dans le temps. L'intérêt de ces articles est de nous donner, en complément de quelques autres [2-6] des indications sur nos points forts et nos points faibles.

La difficulté vient de l'hétérogénéité des méthodes de mesure, en France comme ailleurs, et de l'hétérogénéité de la présentation des résultats, qui exposent à d'importantes erreurs d'interprétation. Il est très différent d'avoir accès à des personnes sélectionnées au hasard dans une population générale - elles-mêmes déjà distinctes de celles qui, sélectionnées, ont fui l'interview ou l'examen - ou à des personnes examinées en milieu professionnel et donc ni exclues ni malades. Des volontaires à la pratique d'exams médicaux sont eux aussi différents de la population générale. Rien n'est plus déroutant que la mesure tensionnelle : variable d'une seconde à l'autre pour le physiologiste, elle a pourtant, en une seule occasion de mesure bien standardisée, une valeur pronostique certaine pour l'épidémiologiste. Il faut vérifier si la mesure est auscultatoire et avec quel appareil, ou oscillométrique et avec quel appareil, validé comment et contrôlé à quel intervalle. Personne n'est parfait : la personne qui mesure par la méthode auscultatoire risque d'avoir des préférences digitales, mais l'algorithme de calcul de la systolique et de la diastolique des appareils semi-automatiques est à la discrétion du fabricant. On peut faire asseoir la personne examinée 5 minutes avant la mesure ou, ailleurs, 30 minutes. On peut faire 3 mesures et ne garder que les 2 dernières, si elles sont proches. On peut répéter la même mesure dans la même consultation et ne garder que la dernière, ou la moyenne des deux. On peut mesurer en une deuxième occasion, chez tout le monde ou, piège à régression vers la moyenne, chez ceux qui se situent au-dessus d'un certain seuil. Bref, tout le monde fait un compromis entre théorie et pratique, mais ce n'est malheureusement pas souvent le même compromis. Enfin, l'environnement est difficile à standardiser : bruit, température, ambiance. Pour définir le statut d'hypertendu, on utilise aussi souvent la connaissance qu'a de son hypertension la personne interrogée, question dont la sensibilité serait autour de 75 % et la spécificité autour de 90 % [7]. On présente les résultats de manière séparée pour chaque sexe et chaque tranche d'âge, ou tout ensemble, mais les catégories varient d'une présentation à l'autre. Dans les années 1980-2000, on appelait hypertendus contrôlés ceux qui avaient moins de 160 mmHg de pression systolique et moins de 95 mmHg de pression diastolique. Aujourd'hui, on choisit moins de 140 et moins de 90. Ces chiffres montrent des tendances lentement favorables à l'idéal dont on avait rêvé, c'est-à-dire que tous ceux qui ont eu plusieurs fois en consultation, et c'est là le point important, 140 mmHg et plus ou 90 mmHg et plus, soient dépistés, traités et normalisés. On peut prévoir que l'effort ne devra pas se relâcher, les enquêtes périodiques sont là pour nous en avertir [8-10].

Toutes ces hétérogénéités rendent difficiles les comparaisons indispensables, et ceci amène à encourager un groupe de professionnels à poursuivre cette réflexion en s'appuyant sur ces quelques remarques. Le message final est clair : on doit se mettre autour d'une table, avec les données brutes acquises depuis le début des registres et enquêtes de Monica, et s'efforcer de rattraper dans ces données-sources et dans d'autres ce qui est rattrapable, pour construire ce qui est indispensable dès 2010 et le sera pendant un siècle entier. Quel plaisir d'en faire un éditorial en 2108 !

Il faut des chiffres précis pour regarder la vérité en face. C'est l'effort méritoire fait par les auteurs des quatre articles de ce BEH, qui montrent aussi que les départements d'outre-mer peuvent être fiers de leurs performances. Néanmoins, la démarche doit être plus collective et peut encore être affinée.

Références

- [1] Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 1985; 14(1):32-8.
- [2] Marques-Vidal P, Ruidavets JB, Cambou JP, Ferrieres J. Trends in hypertension prevalence and management in Southwestern France, 1985-1996. *J Clin Epidemiol* 2000; 53(12):1230-5.
- [3] Marques-Vidal P, Tuomilehto J. Hypertension awareness, treatment and control in the community: is the « rule of halves » still valid? *J Hum Hypertens*. 1997; 11(4):213-20.
- [4] Marques-Vidal P, Ruidavets JB, Amouyel P, Ducimetiere P, Arveiler D, Montaye M, *et al*. Change in cardiovascular risk factors in France, 1985-1997. *Eur J Epidemiol*. 2004; 19(1):25-32.
- [5] Lang T, de Gaudemaris R, Chatellier G, Hamici L, Diene E. Prevalence and therapeutic control of hypertension in 30,000 subjects in the workplace. *Hypertension* 2001; 38(3):449-54.
- [6] Brindel P, Hanon O, Dartigues JF, Ritchie K, Lacombe JM, Ducimetiere P, *et al*. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the elderly: the Three City study. *J Hypertens*. 2006; 24(1):51-8.
- [7] Vargas CM, Burt VL, Gillum RF, Pamuk ER. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1991. *Prev Med*. 1997; 26(5 Pt 1):678-85.
- [8] Tunstall-Pedoe H, Connaghan J, Woodward M, Tolonen H, Kuulasmaa K. Pattern of declining blood pressure across replicate population surveys of the WHO MONICA project, mid-1980s to mid-1990 s, and the role of medication. *BMJ* 2006; 332(7542):629-35.
- [9] Cutler JA, Sorlie PD, Wolz M, Thom T, Fields LE, Roccella EJ. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in United States adults between 1988-1994 and 1999-2004. *Hypertension* 2008; 52(5):818-27.
- [10] Mellen PB, Gao SK, Vitolins MZ, Goff DC, Jr. Deteriorating dietary habits among adults with hypertension: DASH dietary concordance, NHANES 1988-1994 and 1999-2004. *Arch Intern Med*. 2008; 168(3):308-14.

Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007

Hélène Godet-Thobie¹, Michel Vernay², Amivi Noukpoape², Benoît Salanave², Aurélie Malon², Katia Castetbon², Christine de Peretti¹ (c.deperetti@invs.sante.fr)

1 / Institut de veille sanitaire (InVS), Saint-Maurice, France 2 / Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle, InVS, Université Paris 13, Cnam, Paris, France

Résumé / Abstract

Objectifs – Les objectifs de cette étude étaient de décrire les pressions artérielles systoliques (PAS) et diastoliques (PAD) moyennes et la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) dans la population adulte résidant en France, d'évaluer la connaissance, le traitement et le contrôle de l'HTA et d'étudier les relations entre l'HTA et le niveau d'éducation.

Méthodes – L'Étude nationale nutrition santé (ENNS) est une étude transversale conduite en France métropolitaine en 2006-2007. La pression artérielle a été mesurée sur un échantillon national de la population adulte âgée de 18 à 74 ans vivant en ménage ordinaire. L'HTA a été définie par une PAS supérieure ou égale à 140 mm Hg, ou une PAD supérieure ou égale à 90 mm Hg ou la prise d'un médicament à action antihypertensive. Les analyses ont été pondérées et redressées.

Résultats – La PAS moyenne était égale à 123,6 mm Hg [IC 95 % : 122,6-124,6] et la PAD moyenne à 77,8 mm Hg [IC 95 % : 77,0-78,5]. La

Mean blood pressure level and prevalence of hypertension in 18 to 74 year-old adults, ENNS Survey 2006-2007

Objectives – The objectives of this study were to assess mean systolic and diastolic blood pressure (BP) levels and the prevalence of hypertension in the adult population living in France, to evaluate awareness, treatment and control of hypertension, and to examine the relationship between hypertension and educational levels.

Design/Methods – The ENNS survey consisted in a cross-sectional survey conducted in continental France in 2006-2007. BP was measured in a national sample of non-institutionalized adults (aged 18 to 74 years). Hypertension was defined by systolic blood pressure (SBP) of 140 mm Hg or higher, or diastolic blood pressure (DBP) of 90 mm Hg or higher