

## Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024

# Hypertension artérielle : prévalence déclarée, dépistage et traitement

### POINTS CLÉS

- **En 2024, 22 % des adultes** âgés de 18 à 79 ans déclarent avoir une **hypertension artérielle (HTA)**.
- **Trois quarts des adultes déclarent avoir eu au moins une prise de la pression artérielle** dans l'année écoulée.
- **Les personnes les moins diplômées** déclarent deux fois plus souvent qu'elles ont une HTA que les personnes les plus diplômées.
- **Une personne sur quatre se déclarant hypertendue ne reçoit pas de traitement** antihypertenseur.

### MÉTHODE

La méthode générale de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2024 est présentée dans la synthèse « Méthode de l'enquête ». L'édition 2024 inclut un module de questions portant sur l'HTA. Les répondants sont considérés comme hypertendus s'ils ont déclaré qu'un médecin leur a déjà dit qu'ils avaient de l'HTA, ou s'ils ont déclaré avoir déjà pris un traitement pour soigner une HTA. La temporalité de la dernière mesure de la pression artérielle par un professionnel de santé fait l'objet d'une question spécifique posée à l'ensemble de la population d'étude. La prise d'un traitement antihypertenseur dans les 12 derniers mois est estimée parmi les personnes ayant déclaré être hypertendues.

Pour les indicateurs analysés, les personnes ayant répondu « Ne sait pas » ou « Ne souhaite pas répondre » ( $n < 1\%$ ) ont été regroupées avec les personnes ayant répondu « Non ».

Évolutions : ces questions ont été posées lors d'éditions antérieures du Baromètre de Santé publique France. La méthode de l'enquête a changé en 2024, avec notamment l'introduction d'un nouveau mode de collecte par internet. Ce changement semble avoir cependant peu d'impact sur les indicateurs analysés (cf. synthèse « Méthode de l'enquête »). Aussi, les évolutions de prévalence de l'HTA sont présentées mais sont à interpréter avec prudence.

## CONTEXTE

L'hypertension artérielle (HTA) est la pathologie chronique la plus fréquente en France touchant un adulte sur trois, soit 17 millions de personnes [1]. Définie par une élévation chronique de la pression artérielle au-delà des seuils de 140/90 mmHg, l'HTA représente un facteur de risque cardiovasculaire majeur, et est responsable de nombreuses complications cardio-neurovasculaires et rénales.

Souvent asymptomatique au début de la maladie, l'HTA est qualifiée de « tueur silencieux » en raison de son évolution à bas bruit. En l'absence de dépistage, de prise en charge et de contrôle des pressions artérielles, l'HTA entraîne des lésions irréversibles des organes cibles (artères, cœur, rein, cerveau etc.), conduisant à des événements graves tels que les accidents vasculaires cérébraux, les infarctus du myocarde, les insuffisances cardiaques mais aussi à des atteintes rénales chroniques et des démences. Elle est ainsi responsable de plus de 55 000 décès et de près de 400 000 hospitalisations chaque année en France [2].

Malgré l'existence de stratégies thérapeutiques efficaces, incluant les adaptations du mode de vie (réduction de la consommation de sel, régime alimentaire adapté, activité physique, perte de poids, diminution de la consommation d'alcool, etc.) et des traitements médicamenteux, une part importante de la population hypertendue reste non diagnostiquée ou insuffisamment prise en charge. Ces indicateurs traduisent une marge de progression possible à chaque étape de la chaîne de soins, depuis le dépistage jusqu'au contrôle tensionnel, et soulignent la nécessité de mieux comprendre les dynamiques de dépistage et de traitement de l'HTA connue dans la population.

Dans ce contexte, cette synthèse vise, à partir des données déclaratives du Baromètre de Santé publique France 2024, à décrire la proportion d'adultes âgés de 18 à 79 ans se déclarant hypertendus, à en analyser les disparités régionales ; et à estimer le taux de dépistage, via une mesure de pression artérielle, et de traitement médicamenteux de l'HTA.

## RÉSULTATS

### PLUS D'UN ADULTE SUR CINQ DÉCLARE AVOIR UNE HTA

En 2024, la proportion d'adultes âgés de 18 à 79 ans déclarant avoir une HTA est de 22,0 % (intervalle de confiance à 95 % : [21,5 % - 22,6 %] ; Tableau 1). Cette proportion est de 22,7 % [21,9 % - 23,5 %] chez les hommes, et de 21,5 % [20,7 % - 22,2 %] chez les femmes. Elle augmente progressivement avec l'âge, allant de 4,3 % [3,6 % - 5,0 %] chez les 18-29 ans à 51,2 % [49,3 % - 53,0 %] chez les 70-79 ans. La proportion d'HTA déclarée est marquée par un fort gradient socio-économique. Elle varie selon le niveau de diplôme, allant de 14,7 % chez les adultes ayant un diplôme supérieur au Baccalauréat à 30,2 % chez les adultes sans diplôme. De même, seuls 18,6 % des adultes se déclarant à l'aise financièrement déclarent une HTA contre 24,1 % des adultes déclarant une situation financière difficile. Des disparités selon la catégorie socioprofessionnelle sont observées uniquement chez les femmes, chez qui 16,1 % des cadres et professions intellectuelles supérieures déclarent une HTA contre 28,7 % des ouvrières.

### DES DISPARITÉS RÉGIONALES

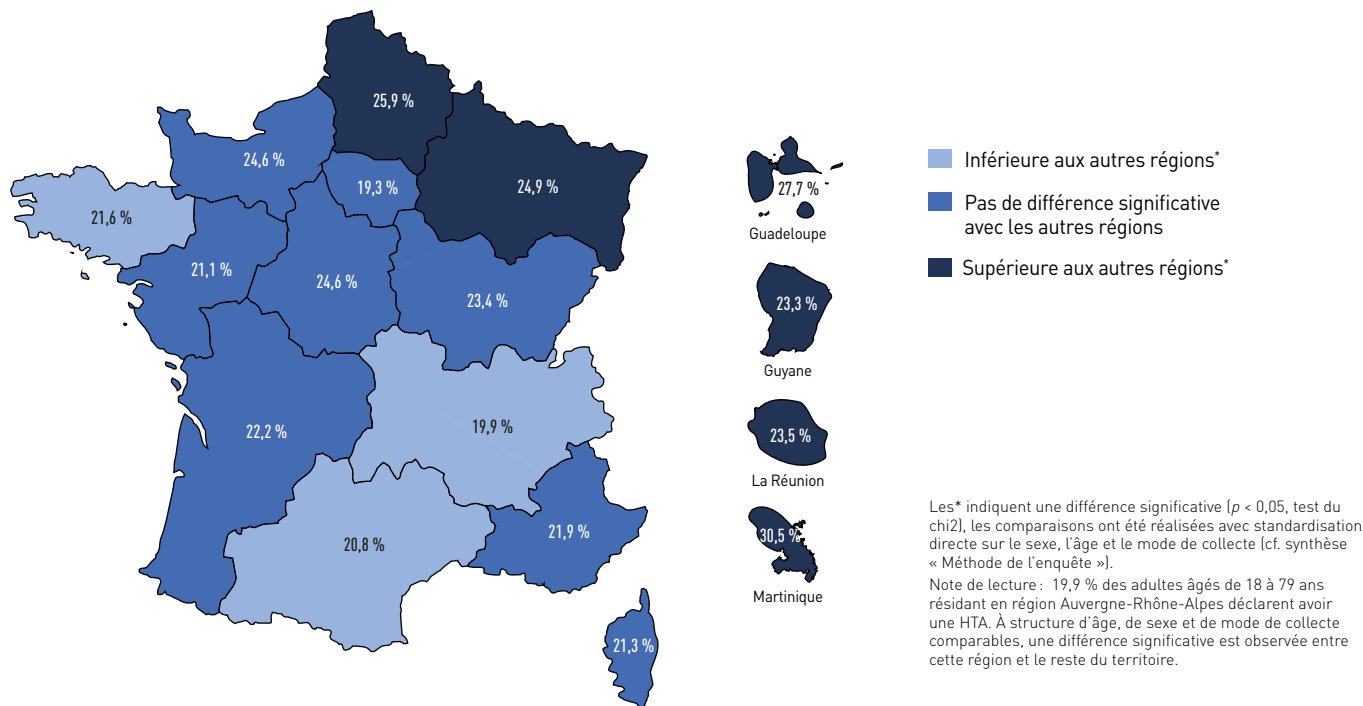
La proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant avoir une HTA en 2024 varie significativement selon la région (Carte). En France hexagonale, cette proportion allait de 19,3 % [17,8 % - 20,8 %] en Île-de-France à 24,9 % [23,0 % - 27,0 %] en région Grand Est. La proportion d'HTA déclarée dans les Antilles était significativement plus élevée que la moyenne des autres régions : 27,7 % [24,6 % - 31,0 %] en Guadeloupe et 30,5 % [27,1 % - 34,1 %] en Martinique. En Guyane, 23,3 % [19,8 % - 27,1 %] des adultes se déclaraient hypertendus, et 23,5 % [20,6 % - 26,5 %] à la Réunion.

TABLEAU 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir une hypertension artérielle

	n	Ensemble		Hommes		Femmes	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
<b>Âge</b>		*		*		*	
18-29 ans	6 152	4,3	[3,6 - 5,0]	3,3	[2,5 - 4,3]	5,2	[4,2 - 6,4]
30-39 ans	5 794	7,6	[6,8 - 8,5]	7,4	[6,2 - 8,7]	7,8	[6,7 - 9,1]
40-49 ans	6 234	12,8	[11,8 - 13,8]	13,1	[11,7 - 14,6]	12,5	[11,2 - 14,0]
50-59 ans	6 559	25,6	[24,3 - 27,0]	28,2	[26,2 - 30,3]	23,2	[21,4 - 25,0]
60-69 ans	6 116	38,5	[36,9 - 40,0]	40,7	[38,5 - 42,9]	36,5	[34,4 - 38,6]
70-79 ans	4 085	51,2	[49,3 - 53,0]	54,5	[51,8 - 57,2]	48,4	[45,8 - 50,9]
<b>Niveau de diplôme</b>		*		*		*	
Sans diplôme ou inférieur au Bac	11 844	30,2	[29,2 - 31,2]	29,6	[28,2 - 31,1]	30,7	[29,3 - 32,2]
Bac	8 296	18,0	[17,0 - 19,0]	17,6	[16,2 - 19,1]	18,4	[17,0 - 19,8]
Supérieur au Bac	14 699	14,7	[14,1 - 15,4]	16,5	[15,5 - 17,6]	13,3	[12,4 - 14,2]
<b>Profession et catégorie socioprofessionnelle<sup>1</sup></b>		*		*		*	
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 545	22,7	[20,7 - 24,8]	23,1	[20,7 - 25,7]	21,9	[18,5 - 25,6]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 858	20,5	[19,4 - 21,7]	23,7	[22,2 - 25,3]	16,1	[14,6 - 17,7]
Professions intermédiaires	9 057	21,5	[20,5 - 22,6]	24,5	[22,8 - 26,2]	19,1	[17,8 - 20,4]
Employés	8 779	24,2	[23,1 - 25,4]	22,6	[20,1 - 25,2]	24,7	[23,4 - 26,0]
Ouvriers	5 357	24,8	[23,4 - 26,3]	23,6	[22,0 - 25,2]	28,7	[25,6 - 32,1]
<b>Situation financière perçue</b>		*		*		*	
À l'aise	4 854	18,6	[17,3 - 20,0]	20,6	[18,7 - 22,5]	16,6	[14,9 - 18,5]
Ça va	12 490	21,4	[20,6 - 22,3]	21,8	[20,5 - 23,0]	21,1	[19,9 - 22,4]
C'est juste	12 007	23,0	[22,0 - 23,9]	24,2	[22,8 - 25,6]	21,8	[20,6 - 23,2]
C'est difficile, endetté	5 589	24,1	[22,5 - 25,6]	23,1	[20,8 - 25,4]	25,0	[22,9 - 27,1]
<b>Total</b>	<b>34 940</b>	<b>22,0</b>	<b>[21,5 - 22,6]</b>	<b>22,7</b>	<b>[21,9 - 23,5]</b>	<b>21,5</b>	<b>[20,7 - 22,2]</b>

n : effectifs bruts ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.  
 1. Parmi les personnes ayant déjà travaillé.  
 Les \* indiquent une association significative à  $p < 0,05$  (test du  $\chi^2$ ).  
 Note de lecture : 4,3 % des adultes âgés de 18 à 29 ans déclarent avoir une hypertension artérielle (HTA).  
 Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

CARTE | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir une hypertension artérielle selon la région



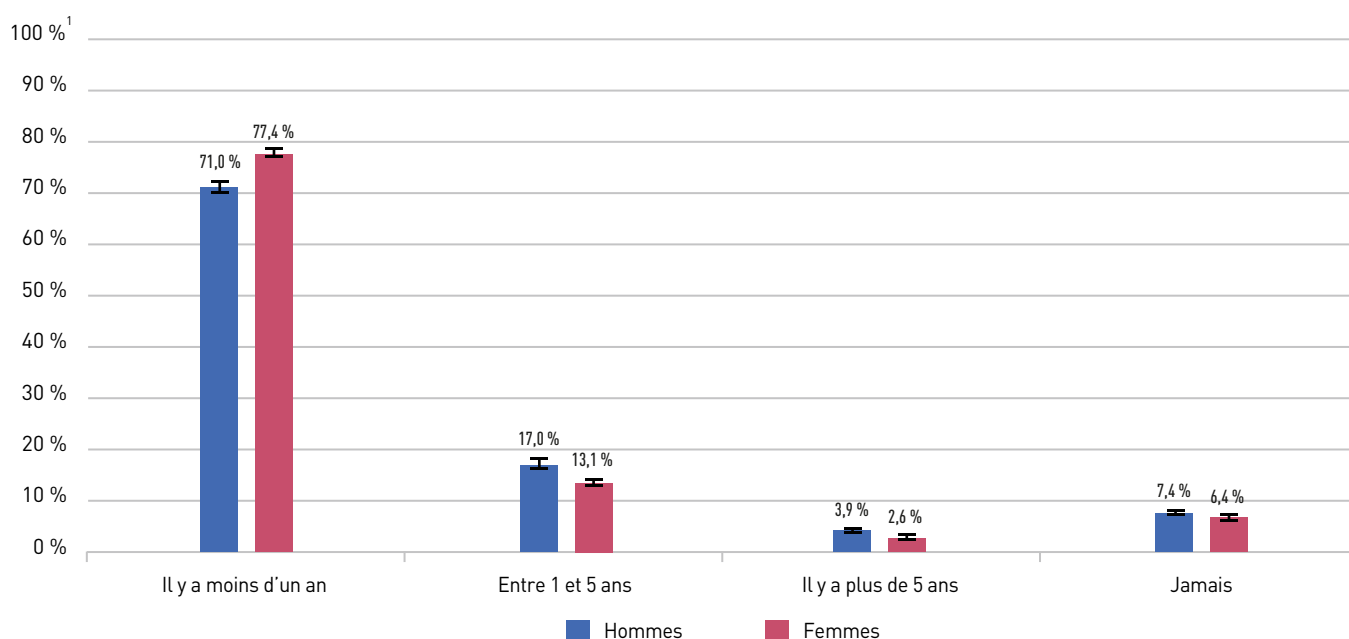
## MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE : UN DÉPISTAGE ENCORE INCOMPLET

En 2024, 74,3 % [73,7 % - 74,9 %] des adultes de 18 à 79 ans déclarent avoir eu une prise de la pression artérielle dans l'année précédant l'enquête. Cette proportion est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, respectivement 77,4 % [76,7 % - 78,2 %] et 71,0 % [70,1 % - 71,8 %] (Figure 1). De plus, 14,9 % des adultes déclarent avoir eu une prise de pression artérielle entre 1 et 5 ans avant l'enquête, 3,0 % il y a plus de 5 ans et 6,5 % déclarent n'avoir jamais eu de prise de PA.

## UNE MISE SOUS TRAITEMENT INSUFFISANTE

Parmi les adultes de 18 à 79 ans déclarant avoir une HTA, 76,5 % [75,3 % - 77,7 %] déclaraient avoir pris un traitement antihypertenseur dans les 12 derniers mois, mais cette proportion dépendait fortement de l'âge. Celle-ci passait progressivement de 11,3 % [7,1 % - 16,8 %] chez les hypertendus de 18-29 ans à 92,2 % [90,8 % - 93,4 %] chez les hypertendus de 70-79 ans (Figure 2, page suivante). Entre 30 et 49 ans, les hommes déclarant avoir une HTA étaient plus traités que les femmes. Cette différence était statistiquement significative chez les adultes âgés de 40-49 ans, chez qui 61,3 % [55,3 % - 67,0 %] des hommes déclarant avoir une HTA avaient pris un traitement antihypertenseur dans les 12 derniers mois contre 48,9 % [42,9 % - 55,0 %] des femmes.

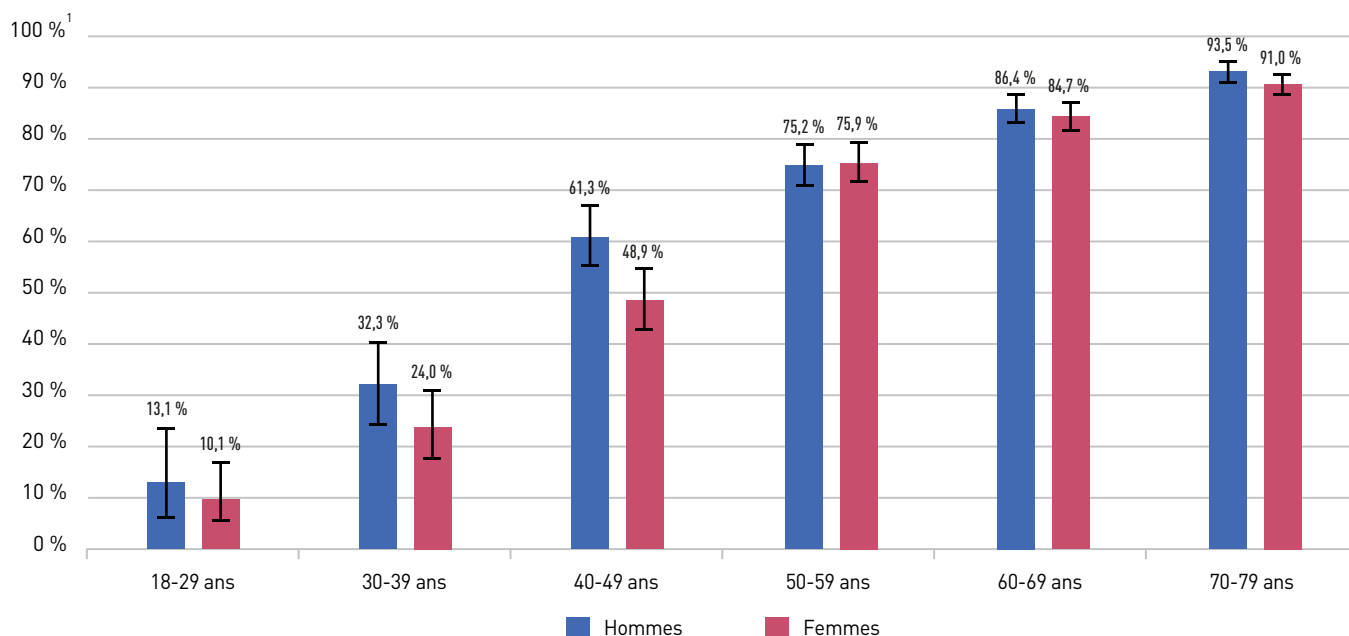
**FIGURE 1 | Proportion d'adultes de 18-79 ans déclarant avoir eu une prise de la pression artérielle dans l'année précédant l'enquête selon le sexe**



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

**FIGURE 2 | Parmi les adultes de 18-79 ans ayant déclaré une HTA, proportion déclarant avoir pris un traitement antihypertenseur dans les 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge**



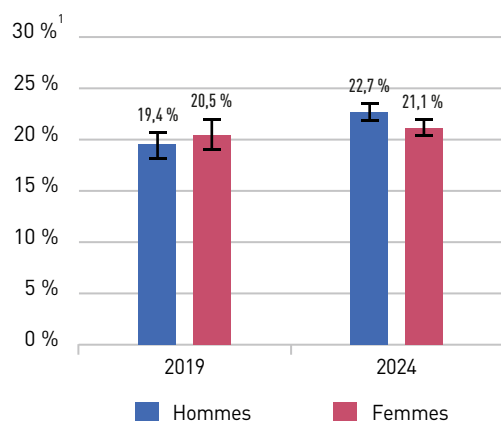
1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ géographique : France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

### ÉVOLUTION PAR RAPPORT À 2019 EN FRANCE HEXAGONALE

En France hexagonale, la proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant avoir une HTA a augmenté, passant de 20,0 % [19,0 % - 20,9 %] en 2019 à 21,9 % [21,4 % - 22,5 %] en 2024 (Figure 3).

**FIGURE 3 | Proportion d'adultes déclarant une HTA en 2019 et 2024 selon le sexe**



1. Pourcentages pondérés et intervalles de confiance à 95 %.

Champ commun entre les éditions du Baromètre de Santé publique France 2019 et 2024 : adultes âgés de 18 à 79 ans résidant en France hexagonale.

## DISCUSSION

Les résultats du Baromètre de Santé publique France 2024 ont permis d'estimer les proportions déclarées d'HTA chez les adultes âgés de 18 à 79 ans en France et de mettre en évidence des marges de progression en ce qui concerne la prévention, le dépistage et le traitement.

Dans le champ géographique de l'étude (France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion), 22,0 % des adultes se déclarent hypertendus, cette proportion étant très dépendante de l'âge, du sexe et de facteurs socio-économiques. La proportion d'HTA déclarée augmente avec l'âge, elle est aussi plus élevée chez les hommes que les femmes. L'écart entre les sexes peut atteindre 5 % dans le groupe des 50 à 59 ans, chez qui 23,2 % des femmes et 28,2 % des hommes se déclarent hypertendus. De même, les adultes ayant un niveau d'étude inférieur au Baccalauréat sont deux fois plus nombreux à se déclarer hypertendus que ceux ayant un diplôme supérieur au Baccalauréat. Ces inégalités sociales sont également retrouvées dans l'incidence des maladies cardiovasculaires compliquant l'HTA [3]. Elles s'expliquent à la fois par des facteurs comportementaux (alimentation, activité physique, etc.), environnementaux et d'accès aux soins. Dans une logique d'universalisme proportionné et de réduction des inégalités sociales de santé, les actions de prévention et de dépistage doivent donc cibler prioritairement les personnes issues des catégories sociales défavorisées. Des disparités régionales ont également été mises en évidence, avec notamment deux régions de France hexagonale présentant des taux d'HTA déclarée supérieurs à la moyenne nationale, les Hauts-de-France et Grand Est. Dans le cadre du projet européen JACARDI, Santé publique France mènera une initiative pilote dans ces deux régions. L'objectif est de dépister l'HTA en pharmacie et de sensibiliser le grand public aux chiffres de la tension artérielle par le biais d'une campagne de communication [4]. La proportion d'HTA déclarée est aussi plus élevée en Martinique et en Guadeloupe, ce qui était déjà retrouvé dans le Baromètre de Santé publique France 2021 réalisé dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) [5]. Cela peut être en lien avec les habitudes alimentaires et les prévalences plus élevées des autres facteurs de risque tels que l'obésité déclarée. [6, 7]. En Guyane, la proportion d'HTA déclarée est proche de la moyenne nationale, malgré une population ayant en moyenne dix ans de moins [8]. Après standardisation sur l'âge et le sexe, les taux révèlent une différence significative, soulignant que l'HTA constitue une problématique majeure en Guyane.

Ces disparités sont à interpréter avec précaution puisqu'elles reflètent à la fois la prévalence de l'HTA mais aussi la connaissance par les malades de leur état. En effet, en 2015, l'enquête ESTEBAN a estimé que la prévalence de l'HTA était de 31 % dans la population adulte de 18-74 ans [9]. Le caractère déclaratif de cette étude ne permet d'évaluer que la part dépistée, connue et déclarée de l'HTA. Néanmoins ces données déclarées permettent d'identifier des zones et des populations où la problématique est majeure et peuvent permettre de cibler les territoires et populations pouvant faire l'objet d'actions de prévention.

Entre 2019 et 2024, en France hexagonale, la proportion d'adultes se déclarant hypertendus est passée de 20,0 % à 21,9 %. Cette hausse était significative chez les hommes, mais pas chez les femmes. Elle peut s'expliquer par une combinaison de deux facteurs : 1) une augmentation de la prévalence de l'HTA, dont on sait qu'elle suit une tendance à la hausse en France en partie liée au vieillissement de la population et à l'augmentation des facteurs de risque tels que l'obésité [9] ; 2) une amélioration du dépistage et du diagnostic de l'HTA. En 2015, seuls 54,5 % des hypertendus connaissaient leur HTA dans l'enquête Esteban [10]. Cette proportion a pu s'améliorer, notamment grâce à une meilleure formation des professionnels de santé, à la création et à la diffusion de nouvelles recommandations françaises et européennes par les sociétés savantes [11, 12], ou l'achat par l'Assurance Maladie de tensiomètres d'automesure aux nouveaux médecins généralistes. L'estimation de la proportion d'HTA non connue devra être mise à jour avec une enquête comprenant une mesure de pression artérielle, telle que l'enquête Albane actuellement en cours.

Le dépistage précoce de l'HTA constitue le premier maillon de la prise en charge des personnes hypertendues et permet ainsi de limiter les complications. Dans le Baromètre de Santé publique France 2024, 74 % des adultes déclaraient avoir bénéficié d'une mesure de la pression artérielle par un professionnel de santé au cours de l'année, avec une proportion plus élevée chez les femmes. Cela pourrait refléter un recours aux soins plus fréquent chez les femmes – l'Insee estimait ainsi qu'en 2019, 88 % des femmes avaient consulté un médecin généraliste contre 80 % des hommes [13] – et, pour les femmes jeunes, un suivi gynécologique qui inclut une prise de la pression artérielle, notamment pour la prescription de contraception hormonale. Néanmoins, la proportion de personnes ayant eu une mesure de pression artérielle en 2024 est inférieure à celle observée en 2015

dans l'enquête Esteban (84 %). Même si les méthodes d'enquêtes diffèrent [9], ce qui peut expliquer une partie de cette différence, cette diminution est préoccupante. Elle l'est d'autant plus qu'en 2015, malgré un taux de dépistage opportuniste par prise de pression artérielle relativement élevé, près de la moitié des personnes hypertendues ignoraient leur diagnostic. Cela suggère que de nombreux patients ayant une pression artérielle élevée mesurée par un professionnel de santé ne rentrent pas dans une démarche de diagnostic et prise en charge de l'HTA. Ces constats soulignent la nécessité de renforcer les liens entre le dépistage opportuniste et le parcours de soins. Des leviers d'action tels que la formation des professionnels de santé, la généralisation du dépistage en pharmacie, la dotation des cabinets médicaux en appareils d'automesure tensionnelle ou la création de parcours de soins dédiés pourraient améliorer le dépistage, le diagnostic et la prise en charge.

Enfin, les trois quarts des adultes déclarant avoir une HTA disaient avoir reçu un traitement antihypertenseur dans les 12 derniers mois, proportion proche de celle observée en 2015 dans l'enquête Esteban (72,6 %). Ce taux reste plus bas que les taux observés chez nos voisins européens où il atteint 88 % en Allemagne [14]. Les recommandations européennes de 2018 préconisaient de débiter le traitement d'une HTA de grade 1 par une phase de 3 à 6 mois de règles hygiéno-diététiques chez les patients à risque cardiovasculaire bas, avant de traiter par antihypertenseurs. À l'inverse, en cas de risque cardiovasculaire élevé ou de complications, il était recommandé d'initier un traitement dès le diagnostic, en complément des règles hygiéno-diététiques [11]. Cela pourrait expliquer, en partie, que chez les 40-49 ans, les hommes hypertendus soient plus traités que les femmes, ceux-ci présentant en moyenne un plus grand nombre de facteurs de risque cardiovasculaire (tabagisme, diabète, surpoids, hypercholestérolémie) [15, 16]. Des différences de pratique de prescription selon le genre peuvent aussi être impliquées, comme cela a été mis en évidence dans la prise en charge d'autres maladies cardiovasculaires comme le syndrome coronarien aigu [3, 17]. En France, l'adhérence au traitement antihypertenseur est également plus faible chez les femmes que chez les hommes [18]. De plus, le risque cardiovasculaire des femmes est fréquemment sous-estimé par les outils actuels qui ne prennent pas en compte leurs spécificités (traitements hormonaux, antécédents obstétricaux, santé mentale etc.) [19]. Les recommandations européennes de 2024 préconisent de traiter toutes les personnes ayant une HTA indépendamment du risque cardiovasculaire, mais il est

peu probable que celles-ci aient déjà été appliquées au moment de l'enquête. Par ailleurs, ce chiffre ne permet d'évaluer ni l'adéquation du traitement prescrit (nombre et types de molécules), ni l'observance thérapeutique du patient, ni le respect des règles hygiéno-diététiques qui lui sont associées, ni le contrôle de la pression artérielle. Ces aspects sont souvent insuffisamment maîtrisés avec, en 2015, seule une personne traitée sur deux qui présentait une pression artérielle contrôlée [9]. La faible progression du taux de traitement depuis cette période suggère une amélioration insuffisante de la prise en charge globale de l'HTA.

Les résultats du Baromètre de Santé publique France 2024 permettent d'identifier des inégalités sociales et territoriales dans les proportions d'HTA déclarées ainsi que d'estimer le traitement de l'HTA en France. Ces constats encouragent à la mise en place d'actions dépistage et de diagnostic ciblés prioritairement sur les populations les plus à risque. La réduction des inégalités sociales de santé devra passer par une approche intersectorielle, combinant les principes d'universalisme proportionné et de prise en charge globale des patients. De futures analyses de cette édition 2024 du Baromètre de Santé publique France étudieront le niveau de connaissance de la population adulte de ses propres chiffres tensionnels et des seuils définissant l'HTA. ●



## RÉFÉRENCES

- [1] 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
- [2] Grave C, Bonaldi C, Carcaillon-Bentata L, Gabet A, Halimi JM, Tzourio C, Bejot Y, Torres MJ, Steg PG, Durand Zaleski I, Blacher J, Olié V. Burden of Cardio-Cerebrovascular and Renal Diseases Attributable to Systolic Hypertension in France in 2021. *Hypertension*. 2025;82(2):357-69
- [3] Grave C, Gabet A, Danchin N, Iliou MC, Lailler G, Tuppin P, Cohen A, Blacher J, Puymirat E, Olié V. Epidemiology of ischaemic heart disease in France. *Arch Cardiovasc Dis*. 2024;117(12):725-37
- [4] Quel est le rôle de Santé publique France dans le projet JACARDI ? 2024
- [5] Olié V, Gabet A, Grave C, Gautier A, Blacher J. Prévalence de l'hypertension artérielle déclarée dans les départements et régions d'outre-mer. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2023;(8):138-47
- [6] Méjean C, Debussche X, Martin-Prével Y, Réquillart V, Soler L, Tibère L. Alimentation et nutrition dans les départements et régions d'Outre-mer. . Marseille: IRD Éditions. 2020:208 p.
- [7] Fosse-Edorh S, Lavalette C, Piffaretti C, Saboni L, Bessonneau P, Mandereau Bruno L, Bénézet L, Assogba F, Devos S, Thouillot F, Léon L, Kandel M, Race J, Rachas A. Caractéristiques, état de santé et recours aux soins des personnes présentant un diabète de type 2 résidant en outre-mer : résultats de l'étude Entred 3. *Bull Épidémiol Hebd*. [2023;(20-21)]:412-23
- [8] Thioux E. En 2021, la population continue d'augmenter en Guyane avec plus de naissances et de décès. 2023(Insee Flash Guyane)
- [9] Perrine A, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. *Bull Épidémiol Hebd*. [2018;(10)]:170-9
- [10] Olié V, Grave C, Gabet A, Chatignoux É, Gautier A, Bonaldi C, Blacher J. Épidémiologie de l'hypertension artérielle en France : prévalence élevée et manque de sensibilisation de la population. [2023;(8)]:130-8
- [11] Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, de Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen SE, Kreutz R, Laurent S, Lip GYH, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder RE, Shlyakhto E, Tsioufis C, Aboyans V, Desormais I, Group ESCSD. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021-104
- [12] Mancia Chairperson G, Kreutz Co-Chair R, Brunstrom M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, Muiesan ML, Tsioufis K, Agabiti-Rosei E, Algharably EAE, Azizi M, Benetos A, Borghi C, Hitij JB, Cifkova R, Coca A, Cornelissen V, Cruickshank K, Cunha PG, Danser AHJ, de Pinho RM, Delles C, Dominiczak AF, Dorobantu M, Doumas M, Fernandez-Alfonso MS, Halimi JM, Jarai Z, Jelakovic B, Jordan J, Kuznetsova T, Laurent S, Lovic D, Lurbe E, Mahfoud F, Manolis A, Miglinas M, Narkiewicz K, Niiranen T, Palatini P, Parati G, Pathak A, Persu A, Polonia J, Redon J, Sarafidis P, Schmieder R, Spronck B, Stabouli S, Stergiou G, Taddei S, Thomopoulos C, Tomaszewski M, Van de Borne P, Wanner C, Weber T, Williams B, Zhang ZY, Kjeldsen SE, Authors/Task Force M. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH). *J Hypertens*. 2023
- [13] DREES. Enquête santé européenne (EHIS) – édition 2019
- [14] 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
- [15] Olié V, Grave C, Helft G, Nguyen-Thanh V, Andler R, Quatremère G. Épidémiologie des facteurs de risque cardiovasculaire : les facteurs de risque comportementaux. *Bull Épidémiol Hebd*. [2025;(HS)]:81-101
- [16] Olié V, Gabet A, Grave C, Helft G, Fosse-Edorh S, Piffaretti C, Lailler G, Verdot C, Deschamps V, Vay-Demouy J, Vidal-Petiot E, Buly-Bouhanik B, Tuppin P, Ferrières J, Halimi J, Blacher J. Épidémiologie des facteurs de risque cardiovasculaire : les facteurs de risque non comportementaux. *Bull Épidémiol Hebd* [025;(HS)]:102-16
- [17] Lunova T, Komorovsky R, Klishch I. Gender Differences in Treatment Delays, Management and Mortality among Patients with Acute Coronary Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Cardiol Rev*. 2023;19(1):e300622206530
- [18] Vallee 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
- [19] Mounier-Vehier C, Nasserline P, Madika AL. [Stratification of cardiovascular risk in women: Optimize the medical care]. *Presse Med*. 2019;48(11 Pt 1):1249-56



## AUTEURS

Grégory Lailler<sup>1</sup>, Clémence Grave<sup>1</sup>

1. Santé publique France