

L'hypertension artérielle à La Réunion

CONTEXTE NATIONAL

La pression artérielle correspond à la pression exercée par le sang contre les parois des artères. Cette pression, exprimée en millimètre de mercure (mm Hg), est définie par une valeur maxima (pression systolique) et une valeur minima (pression diastolique). **L'hypertension artérielle (HTA)** est définie (consensus international) par une pression artérielle (PA) systolique ≥ 140 mm Hg et/ou une PA diastolique ≥ 90 mm Hg [1]. Dans 90% des cas, l'HTA est dite essentielle, c'est-à-dire qu'aucune cause connue n'a été trouvée. Dans 10% des cas, l'HTA est dite secondaire, c'est-à-dire consécutive à une ou plusieurs pathologies (rénale, médicamenteuse etc.) Dans la grande majorité des cas, le mécanisme précis de l'HTA reste inconnu. Cependant il existe des facteurs de risque comme l'âge, le sexe, l'hérédité, la surcharge pondérale, l'excès de sel dans l'alimentation, l'usage d'alcool et du tabac, le diabète etc [2].

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

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

Plus d'un quart de la population mondiale adulte (26,4%) souffre d'HTA. Le nombre d'adultes hypertendus devrait croître de 60% pour atteindre un total de 1,56 milliard en 2025 [5]. En France, les données épidémiologiques concernant la prévalence de l'HTA restent parcellaires malgré plusieurs études sur des patients suivis en médecine générale ou des patients vus dans le cadre de la médecine du travail [6-20]. Selon une étude de l'Assurance Maladie, 10,5 millions de personnes étaient traitées pour HTA en 2006, soit près d'un adulte sur cinq [21-22]. L'étude souligne la croissance de la prévalence de l'HTA traitée au sein de la population adulte : de 19,6% en 2000 à 22,8% en 2006. Ces données correspondent à une progression du nombre de patients traités de +22% sur la période (soit +3% par an en moyenne). Chez les assurés de plus de 35 ans, la prévalence de l'HTA atteint 30,5% : 31,7% chez les femmes contre 29,1% chez les hommes. Entre 60 à 70% des personnes de plus de 70 ans sont traitées pour HTA. En 6 ans, le nombre de patients traités a augmenté de près de 2 millions, en raison de plusieurs facteurs :

- démographiques : la génération du baby-boom, née entre 1945 et 1950, arrive actuellement de manière massive dans les classes d'âge à risque pour l'HTA. S'y ajoute également l'accroissement naturel de la population.
- épidémiologiques : la progression significative de l'obésité et du diabète, maladies fréquemment associées à l'HTA. Par ailleurs, l'allongement de la durée de vie des malades contribue à l'augmentation de la prévalence.
- l'amélioration de la prise en charge : dans les années 90, on estimait à 50% la part de l'HTA non diagnostiquée. Aujourd'hui la prise en charge est plus précoce.

L'HTA constitue ainsi l'une des pathologies les plus fréquentes, elle est le 3^{ème} motif d'admission en affections de longue durée, derrière le diabète et les cancers. Sur la période 2007-2009, plus de 150 000 admissions en ALD pour HTA sévère ont été recensées en moyenne chaque année [23]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD 12 pour HTA sévère est estimé, en France, à 1 146 000 en 2009 et 1 216 000 en 2010 [24].

Tableau de bord sur l'hypertension artérielle à La Réunion

Sur la période 2007-2009, plus de 8 700 décès liés aux maladies hypertensives ont été comptabilisés en moyenne chaque année en France [25]. La prévalence de l'HTA est élevée et augmente significativement avec l'âge, avec jusqu'à 65 ans un excès de prévalence chez l'homme par rapport à la femme. Après 65 ans, cette tendance s'inverse avec une prévalence de l'HTA plus importante chez la femme.

Conformément à l'évolution des recommandations sanitaires, les modalités thérapeutiques ont changé avec une intensification des traitements antihypertenseurs et une prise en charge plus précoce du risque cardio-vasculaire [26]. Ces évolutions thérapeutiques combinées à l'augmentation du nombre de patients diagnostiqués et donc traités, ont entraîné une hausse importante des dépenses liées à l'HTA et à ses facteurs de risque : de 2,6 milliards d'euros en 2000 à 4,4 milliards d'euros aujourd'hui. Entre 2000 et 2006, le coût moyen des traitements s'est également considérablement alourdi (+40% environ) pour atteindre 420 € par an et par malade. **C'est dans ce contexte que l'HTA a été supprimée de la liste des ALD par un décret du 24 juin 2011.**

SITUATION A LA REUNION

- Plus de 2 400 Réunionnais ont été nouvellement admis en Affection de Longue Durée (ALD) pour hypertension artérielle (HTA) sévère (ALD 12) en moyenne chaque année sur la période 2007-2009.
- L'HTA sévère est le 2^{ème} motif d'admission en ALD à La Réunion (18%) derrière le diabète.
- Sur la période 2007-2009, près de 6 admissions sur 10 concernent des femmes et près de 60% également des admissions surviennent avant 65 ans.
- Les admissions en ALD pour HTA sévère surviennent de manière plus précoce chez les hommes : 58% des admissions avant 65 ans pour les hommes contre 53% pour les femmes.
- Les taux standardisés d'admission en ALD 12 pour HTA sévère sont plus élevés à La Réunion : en particulier pour les femmes où le taux est plus que doublé dans l'île.
- Pour le seul régime général, le nombre total de Réunionnais en ALD pour hypertension artérielle sévère atteint près de 22 548 en 2010 [24].
- Dans notre région, plus de 110 décès ont pour cause principale les maladies hypertensives en moyenne chaque année sur la période 2007-2009.
- Près de 20% des décès par maladies hypertensives sont prématurés (survenant avant 65 ans) : ces décès prématurés sont plus fréquents chez les hommes (31% contre 10%).
- Après une période de hausse entre 1998-2000 et 2005-2007, le taux standardisé de mortalité par maladies hypertensives amorce une baisse (-15% entre 2005-2007 et 2007-2009).
- La mortalité féminine est 1,2 fois supérieure à celle des hommes sur l'île, à l'inverse de la métropole.
- On observe également une surmortalité régionale par maladies hypertensives. Le taux standardisé de mortalité régional est plus de 2 fois supérieur à la moyenne métropolitaine.
- L'écart Réunion/métropole augmente en particulier pour les femmes : taux régional multiplié par 3.

Nombre d'admissions en Affections de Longue Durée (ALD) pour hypertension artérielle sévère (ALD 12) à La Réunion, selon le sexe et l'âge sur la période 2007-2009

	2007	2008	2009	Moyenne 2007-2009	Evol.(%) 2007-2009
Hommes	981	1 075	988	1 015	→
Femmes	1 389	1 325	1 447	1 387	↗ (+4%)
Total	2 370	2 400	2 435	2 402	↗ (+3%)
Part des femmes (%)	59%	55%	59%	58%	↗
Part des moins de 65 ans	54%	55%	57%	55%	↗
Part dans total ALD (%)	18%	18%	18%	18%	→

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, FNORS

Exploitation ORS

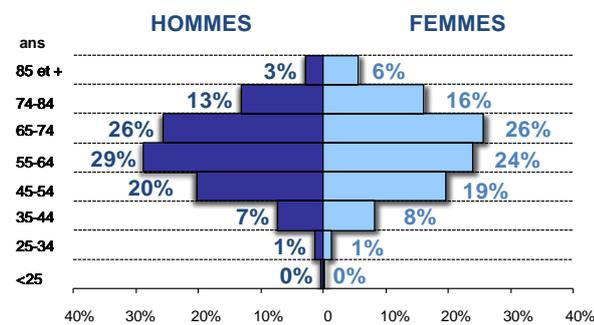
Nombre de décès par maladies hypertensives à La Réunion, selon le sexe et l'âge sur la période 2007-2009

	2007	2008	2009	Moyenne 2007-2009	Evol. (%) 2007-2009
Hommes	33	44	39	40	↗
Femmes	81	63	77	74	↘
Total	119	107	116	114	→
Part des femmes (%)	68%	59%	66%	65%	↘
Part des moins de 65 ans	16%	18%	19%	18%	↗
Part dans total décès (%)	3%	3%	3%	3%	→

Sources : INSERM Cépidc, FNORS

Exploitation ORS

Répartition des admissions en Affections de Longue Durée pour hypertension artérielle sévère (ALD 12) à La Réunion, selon l'âge et le sexe (moyenne 2007-2009)

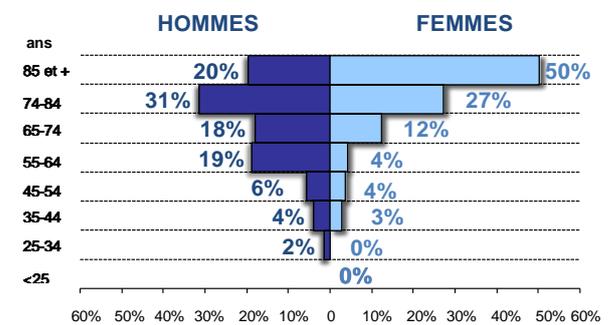


Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, FNORS

Exploitation ORS

Guide de lecture : 29% des hommes admis en ALD 12 pour HTA sévère ont entre 55 et 64 ans, contre 24% des femmes.

Répartition des décès par maladies hypertensives à La Réunion, selon l'âge et le sexe (moyenne 2007-2009)

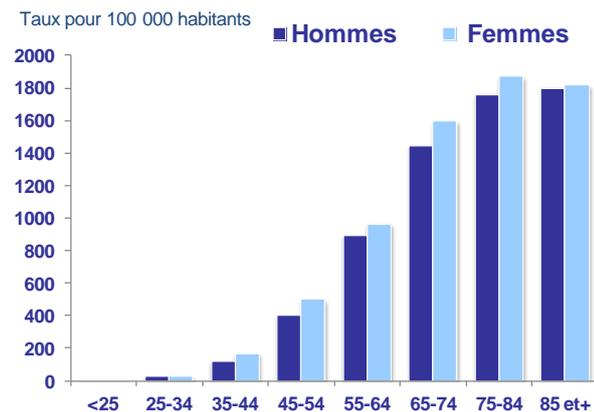


Sources : INSERM Cépidc, FNORS

Exploitation ORS

Guide de lecture : 31% des décès par maladies hypertensives chez les hommes surviennent entre 75 et 84 ans, contre 27% des décès chez les femmes.

Taux brut d'admission en ALD pour hypertension artérielle sévère (ALD 12) selon le sexe et l'âge, La Réunion, moyenne 2007-2009 (taux pour 100 000 habitants)



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, FNORS

Exploitation ORS

Taux standardisé (pour 100 000 habitants) d'admission en ALD 12 pour HTA sévère à La Réunion et en métropole, selon le sexe (moyenne 2007-2009*)

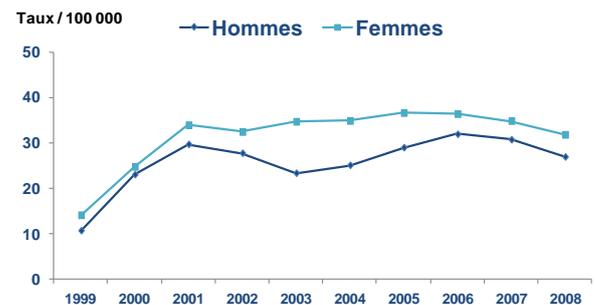
	Réunion	Métropole	Ratio Réunion/Métropole
Hommes	443	246	1,8
Femmes	488	216	2,3
Ensemble	467	232	2,0

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE, FNORS

Exploitation FNORS, ORS

* Moyenne sur la période triennale

Taux standardisé de décès par maladies hypertensives à La Réunion, selon le sexe sur la période 1999-2008*



Sources : INSERM Cépidc, FNORS, INSEE

Exploitation ORS

* Taux moyens calculés sur une période de 3 ans, l'année figurant sur la graphique est l'année centrale de la période triennale

Taux standardisé (pour 100 000 habitants) de décès par maladies hypertensives à La Réunion et en métropole, selon le sexe (moyenne 2007-2009*)

	Réunion	Métropole	Ratio Réunion/Métropole
Hommes	27	12	2,1
Femmes	32	11	2,9
Ensemble	31	12	2,6

Sources : INSERM Cépidc, INSEE, FNORS

Exploitation FNORS, ORS

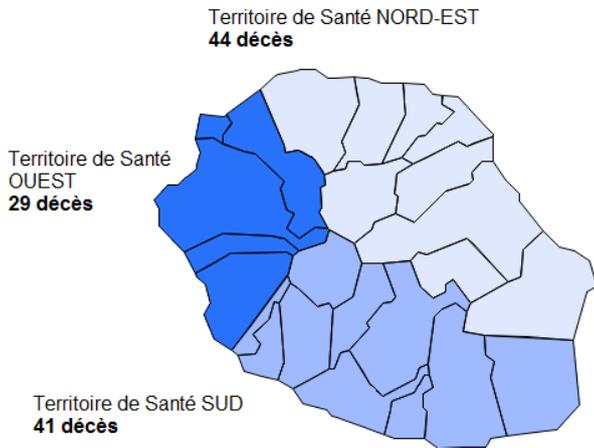
* Moyenne sur la période triennale



Mortalité et territoires de santé

- Sur la période 2007-2009, le taux standardisé de mortalité par maladies hypertensives varie entre 30 et 34 décès pour 100 000 habitants selon les territoires de santé, sans différence significative.

Effectifs de décès par maladies hypertensives par territoire de santé à La Réunion sur la période 2007-2009*



Sources : INSERM Cépidc, FNORS
* effectifs annuels moyens sur la période

Exploitation ORS

Ratio standardisé de mortalité (RSM) et taux standardisé* annuel moyen de mortalité par maladies hypertensives selon le territoire de santé, La Réunion, 2007-2009

Territoire de Santé	RSM**	Taux standardisé pour 100 000
Nord-Est	1,03	32,3
<i>Dont bassin Est</i>	<i>0,94</i>	<i>30,2</i>
Sud	0,92	29,8
Ouest	1,08	33,6

Sources : INSERM Cépidc, INSEE, FNORS

Exploitation ORS

* Taux calculés sur les effectifs cumulés sur la période 2007-2009 avec standardisation sur la population française au recensement 2006.

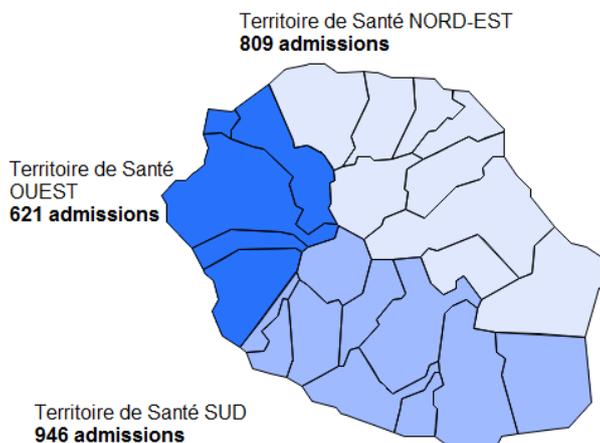
** Note de lecture : Le RSM Réunion étant égal à 1, un RSM supérieur à 1 signifie une mortalité supérieure à la moyenne régionale et un RSM inférieur à 1 une mortalité inférieure à cette moyenne.



Affections de Longue Durée et territoires de santé

- Sur la période 2007-2009, le taux standardisé d'admission en ALD est plus élevé dans le territoire de santé Sud, avec 496 admissions pour 100 000 habitants, en moyenne chaque année. Ce territoire se caractérise par une sur-admission en ALD 12 pour HTA sévère par rapport à l'ensemble régional ($p < 0,05$).
- Le territoire de santé Ouest présente également une sur-admission en ALD 12 pour HTA ($p < 0,01$).
- A l'inverse, le territoire de santé Nord-Est présente le taux standardisé d'admission en ALD le plus faible : 417 admissions pour 100 000 habitants. Ce territoire se caractérise par une sous-admission en ALD 12 pour HTA sévère par rapport au niveau régional ($p < 0,001$).

Nombre d'admissions en Affection de Longue Durée pour HTA sévère (ALD 12) par territoire de santé à La Réunion sur la période 2007-2009*



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, FNORS

* effectifs annuels moyens sur la période

Note de lecture : la somme des effectifs par territoire de Santé peut ne pas correspondre au nombre total moyen sur la période en raison des données manquantes par commune.

Exploitation ORS

Ratio standardisé d'admission en ALD et taux standardisé* d'admission en ALD pour HTA sévère selon le territoire de santé, La Réunion, 2007-2009

Territoire de Santé	Ratio standardisé**	Taux standardisé pour 100 000
Nord-Est	0,89***	416,7
<i>Dont bassin Est</i>	<i>1,08***</i>	<i>498,9</i>
Sud	1,05****	495,5
Ouest	1,06***	488,3

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, FNORS

Exploitation ORS

* Taux calculés sur les effectifs cumulés sur la période 2007-2009 avec standardisation sur la population française au recensement 2006.

** Note de lecture : Le Ratio standardisé Réunion étant égal à 1, un ratio supérieur à 1 signifie une sur-admission en ALD par rapport à la moyenne régionale et un ratio inférieur à 1 une sous-admission en ALD par rapport à cette moyenne.

*** Test significatif ($p < 0,01$)

**** test significatif ($p < 0,05$)

Définitions

Affection de Longue Durée, ALD : Il s'agit des affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé.

Hypertension artérielle (HTA) : pathologie cardiovasculaire définie par une pression artérielle trop élevée. Souvent multifactorielle, l'HTA peut être aiguë ou chronique, avec ou sans signes de gravité. On parle communément d'hypertension artérielle pour une pression artérielle systolique supérieure à 140 mmHg et une pression artérielle diastolique supérieure à 90 mmHg. Les maladies hypertensives correspondent aux codes CIM 10 I10-I15. L'Hypertension Artérielle sévère correspond au groupe ALD 12.

Mortalité prématurée : ensemble des décès qui surviennent avant l'âge de 65 ans.

Prévalence : nombre total de cas dans une population à un moment donné.

Ratio Standardisé de Mortalité (RSM) ou Indice Comparatif de Mortalité (ICM) : Cet indice permet de comparer, globalement ou pour une cause médicale de décès donnée (ici l'HTA), la mortalité dans la région ou dans un département (ici le territoire de santé ou le bassin), à la moyenne nationale (ici la moyenne régionale). Il s'agit du rapport du nombre de décès observé dans chaque territoire de santé (ou bassin) sur le nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de La Réunion. Le RSM Réunion étant égal à 1, un RSM de 1,07 signifie une mortalité supérieure de 7% à la moyenne régionale et un RSM de 0,75 une sous-mortalité de 25% par rapport à cette moyenne. **Même définition pour le ratio standardisé d'admission en ALD.**

Taux comparatif ou taux standardisé (sur l'âge) : taux que l'on observerait dans la région (commune, territoire de santé, ...) si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de la France entière au RP2006). Un taux standardisé permet de comparer la situation de 2 territoires ou de 2 périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

Territoires de Santé (TS) : La Réunion est découpée en 3 territoires de santé :

- Territoire de santé Nord-Est comprenant le bassin Nord (Saint-Denis, Sainte-Marie) et le bassin Est (Sainte-Suzanne, Saint-Benoît, Saint-André, Bras-Panon, Plaine des Palmistes, Sainte-Rose, Salazie),
- Territoire de santé Ouest : Le Port, La Possession, Saint-Leu, Saint-Paul, Trois-Bassins,
- Territoire de santé Sud : Saint-Pierre, Les Avirons, L'Entre-Deux, L'Etang-Salé, Petite-Ile, Saint-Joseph, Saint-Louis, Saint-Philippe, Cilaos, Le Tampon.

Repères bibliographiques et sources

- [1] Dr Gruson. Hypertension artérielle. CNPT. 2007: 17-29.
- [2] Tilly B, Salanave B, Chatellier G, Guilhot J, Fender P, Allemand H. Hypertension artérielle sévère : risque cardio-vasculaire et non-contrôle tensionnel. Rev Med Ass Maladie 2003;34,3:157-165.
- [3] Cholley D, Souche A, Tilly B, Guilhot J, Salanave B, Fender P, Allemand H. Hypertension artérielle sévère : prise en charge des malades hypertendus et diabétiques en France. Rev Med Ass Maladie 2003;34,2:103-110.
- [4] Tilly B, Salanave B, Ricordeau P, Bertin N, Guilhot J, Fender P, Allemand H. Hypertension artérielle sévère en France : traitement et contrôle tensionnel en 1999 et 2003. Rev Med Ass Maladie 2004;35,3:167-180.
- [5] Kearney PM, Whelton M, Reynolds K et al. Global burden of hypertension : analysis of worldwide data. Lancet 2005; 65: 217-23.
- [6] Les registres français des cardiopathies ischémiques. Facteurs de risque et comportements de prévention dans la population des trois registres MONICA-France. Enquête de population 1994-1997. Paris: Fédération Française de Cardiologie; 1998.
- [7] Chamontin B, Poggi L, Lang T, Menard J, Chevalier H, Gallois H, et al. Prevalence, treatment, and control of hypertension in the French population: data from a survey on high blood pressure in general practice, 1994. Am J Hypertens 1998; 11:759-62.
- [8] Frérot L, Le Fur P, Le Pape A, Sermet C. L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique. Questions d'économie de la santé. CreDES 1999 ;22.
- [9] Chamontin B, Lang T, Vaisse B, Nicodeme R, Antoine MP, Lazorthes ML, et al. Données régionales sur la prise en charge de l'hypertension artérielle en France. A propos de l'enquête PHARE menée en médecine générale. Arch Mal Coeur Vaiss 2001 ; 94 (8) : 823-7.
- [10] Amar J, Vaur L, Perret M, Bailleau C, Etienne S, Chamontin B. Contrôle de l'hypertension artérielle en médecine générale en France selon le risque global. Arch Mal Coeur Vaiss 2001 ; 94 (8) : 843-5.
- [11] Chamontin B, Lang T, Vaisse B, Nicodeme R, Antoine MP, Lazorthes ML, et al. Hypertension artérielle et facteurs de risque cardiovasculaire associés chez les diabétiques. À propos de l'enquête PHARE menée en médecine générale. Arch Mal Coeur Vaiss 2001 ; 94 (8) : 869-73.
- [12] 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.
- [13] De Gaudemaris R, Lang T, Chatellier G, Larabi L, Lauwers-Cances V, Maitre A, et al. Socioeconomic inequalities in hypertension prevalence and care: the IHPAF Study. Hypertension 2002; 39 (6) : 119-25.
- [14] Denolle T, Gallois H, L'Hostis P, Cimarostil. Décision thérapeutique en fonction du risque cardio-vasculaire dans l'HTA systolique isolée en médecine générale. Étude PREHSI. Arch Mal Coeur Vaiss 2002;95(7-8):678-81.
- [15] Mounier-Vehier C, Amah G, Covillard J, Jaboureck O, Phan TM. Management of essential arterial hypertension and cardiovascular risk levels. Observation in general medicine: national PHENOMEN study. Evaluation and stratification of cardiovascular risk based on the 2000 Anaes recommendations in a population of hypertensive patients. Arch Mal Coeur Vaiss 2002;95(7-8):667-72.
- [16] Amar J, Vaur L, Perret M, Bailleau C, Etienne S, Chamontin B. J. Hypertension in high-risk patients: beware of the underuse of effective combination therapy (results of the PRATIK study). Hypertens 2002;20(4):779-84.
- [17] Haut Comité de la santé publique. La santé en France 2002. Paris: HCSP; 2002.
- [18] Girerd X, Mourad JJ, Vaisse B, Poncelet P, Mallion JM, Herpin D. Estimation du nombre des sujets traités pour une hypertension, un diabète ou une hyperlipémie en France : étude FLASH 2002. Arch Mal Coeur Vaiss 2003;96:7-8, 750-3.
- [19] Résultats des études FLASH 2001-2002-2004-2006-2007. Comité Français de Lutte Contre l'Hypertension Artérielle : <http://www.comitehta.org/>
- [20] Amar J, Chamontin B, Genes N, Cantet C, Salvador M, Cambou JP. Why is hypertension so frequently uncontrolled in secondary prevention? J Hypertens 2003; 21(6):1199-205.
- [21] Caisse nationale de l'Assurance Maladie. Hypertension artérielle et facteurs de risques associés : une nouvelle étude de l'Assurance Maladie sur les évolutions entre 2000 et 2006. Point d'information mensuel oct 2007:1-9.
- [22] S. Samson, P. Ricordeau, S. Pepin et al. Hypertension artérielle et facteurs de risques associés : évolution des traitements entre 2000 et 2006. Points de repère octobre 2007;10:1-8.
- [23] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2007-2009.
- [24] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. www.ameli.fr
- [25] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2009, exploitation Fnors.
- [26] Haute Autorité de Santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. "Actualisation 2005". Paris : HAS ; 2005. <http://www.has-sante.fr/>

Nous tenons à remercier l'ensemble de nos fournisseurs de données : CCMSA, CNAMTS, FNORS, INSEE, INSERM CepiDC, RSI. Pour toute utilisation des données et indicateurs de ce document, merci d'indiquer les sources de données telles qu'elles figurent pour chaque illustration (graphique ou tableau).



Directrice de la publication
Dr Irène STOJCIC
Responsable de rédaction
Dr Emmanuelle RACHOU
Auteurs
Monique RICQUEBOURG

Observatoire Régional de La Santé
12, rue Colbert – 97400 Saint-Denis / Tél : 02.62.94.38.13 / Fax : 02.62.94.38.14
Site : <http://www.ors-reunion.org/> / Courriel : orsrun@orsrun.net
Centre de documentation : documentation@orsrun.net

Financement ARS OI

