LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ POUR LES MALADIES HYPERTENSIVES : PROPOSITIONS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE (SFHTA)

Coordination : Thierry DENOLLE, Joël MENARD

Auteurs :
Laurence AMAR, Michel AZIZI, André ATALLAH, Jean-Philippe BAGUET, Théodora BEJAN-ANGOULVANT, Athanase BENETOS, Jacques BLACHER, Jean-Marc BOIVIN, Béatrice BOUHANICK, Pierre BOUTOUYRIE, Michel BURNIER, Bernard CHAMONTIN, Thierry DENOLLE, Francine ESCORNEBOUEU, Jean-Pierre FAUVEL, Xavier GIRERD, Jean-Michel HALIMI, Olivier HANON, Jocelyn INAMO, Faiçal JARRAYA, Xavier JEUNEMAITRE, Pierre LANTELME, Stéphane LAURENT, Dominique LELYS, Bernard LEVY, Marilucy LOPEZ-SUBLET, Anne-Laure MADIKA, Joël MENARD, Claire MOUNIER-VEHIER, Atul PATHAK, Alexandre PERSU, Geneviève PLU-BUREAU, Xavier POURRAT, Patrick ROSSIGNOL, Philippe SOSNER, Pierre-Louis THARAUX, Vassilis TSATSARIS, Bernard VAISSE

Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) est la maladie chronique la plus fréquente en France (plus de 15 millions d'hypertendus en France et 1er motif de consultation en médecine générale) et dans le monde. Les bénéfices de la baisse tensionnelle par des conseils hygiéno-diététiques, des médicaments ou des interventions radiologiques ou chirurgicales sont largement démontrés. Ils consistent en une diminution des décès et des handicaps d'origine cardiovasculaire, comme les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, l'infarctus du myocarde et réduisent la progression de l'insuffisance rénale chronique. Un contrôle tensionnel correct au long cours permet d'allonger l'espérance et la qualité de vie des patients hypertendus. Malheureusement, les enquêtes FLASH conduites en France depuis 2004 par le Comité Français de Lutte contre l'HTA montrent que le contrôle tensionnel, s'il a progressé dans les douze dernières années de 38 % en 2004 à 55 % en 2015, stagne aux alentours de 50 % depuis 2009. D'autre part, alors que la maladie hypertensive était auparavant rapidement mortelle, elle est devenue chronique évoluant sur plusieurs décennies de la vie du patient dont l'espérance de vie a par ailleurs augmentée. Cette transition épidémiologique a pour conséquence que le nombre de patients ayant une cause d'hypertension artérielle ou une atteinte cardio néphro cérébro vasculaire liée à la maladie hypertensive augmente de façon constante.

L'objectif de ce travail proposé par la SFHTA est d'effectuer un état des lieux des maladies hypertensives en France et de détailler les actions nécessaires pour améliorer et étendre le contrôle tensionnel, en s'adaptant aux progrès techniques et aux demandes de la société. Professionnels de santé, patients, administrations de santé nationales et régionales et décideurs politiques doivent partager une vision à long terme de la prévention et de la prise en charge des maladies hypertensives sur la base d'indicateurs fiables et transparents.

Les textes ont été discutés et écrits par 37 auteurs pour la plupart, membres de la Société Française d'Hypertension Artérielle, filiale de la Société Française de Cardiologie. Se sont impliqués dans la rédaction de ce texte et de ces propositions des patients, infirmiers, pharmaciens, chercheurs, médecins (généralistes, cardiologues, néphrologues, internistes, endocrinologues, gynécologues, gériatres…) libéraux et hospitaliers. Une attention particulière a été portée aux DOM-ROM spécialement touchés par cette maladie ainsi qu'aux particularités des pays francophones européens et aux pays du Maghreb. Les actions envisagées sont multiples et cohérentes. Certaines relèvent d'une formation des professionnels de santé et d'éducation des patients, d'autres d'une meilleure organisation de la recherche fondamentale et clinique en France, d'autres enfin d'une amélioration des parcours de soins des patients dans toutes les régions de France et d'Outre-Mer en recherchant un meilleur accès aux examens et traitements et qui prennent en compte l'utilisation des objets connectés et l'implantation de la télémédecine. Les relations privilégiées entre la SFHTA et les autres sociétés d'HTA des pays francophones doivent aussi permettre de mettre en place des projets de formation et de recherche avec les pays européens et les pays francophones.

Nous espérons que cette mobilisation des professionnels de santé et des patients aidera les autorités de santé dans la partie qui leur revient à mettre en place les changements organisationnels et techniques indispensables pour les prochaines décennies.

Dr Thierry Denolle
Président de la Société Française d'Hypertension Artérielle

Pr Joël Ménard
Ancien Directeur Général de la Santé

Méthodologie

Pour la réalisation de ces propositions, les règles suivantes ont été appliquées :

- Rédiger un texte à destination des autorités de santé, destiné à alimenter la stratégie nationale de santé, puis à faire participer les soignants et le grand public. La présentation est faite pour des lecteurs non médecins, sans nécessité de retourner au support bibliographique concernant les propositions élaborées par les auteurs.
- Détailler les actions indispensables pour améliorer et étendre le contrôle tensionnel dans toute la population de la France et des DOM-ROM, en intégrant les progrès techniques et en répondant aux demandes de la société.
- Pour chaque chapitre, il était demandé aux auteurs de se limiter si possible à 3 pages et 3 à 5 propositions.
- Les chapitres de ce document ont été rédigés par des auteurs sélectionnés par la Société Française d'Hypertension Artérielle sur le nombre et la qualité de leurs publications ou ayant participé à des groupes de travail français ou internationaux faisant référence dans chacun des domaines concernés par les maladies hypertensives.

Par la suite, tous les chapitres ont été adressés à l'ensemble des 37 auteurs pour relecture. A la suite d'une réunion de présentation de chacune des propositions devant l'ensemble des responsables de chaque chapitre, des modifications ont été réalisées prenant en compte les remarques de ce groupe de lecture et une mise en page comparable. Une courte synthèse de l'ensemble des propositions en 10 axes et 60 propositions a été effectuée par les 2 coordonnateurs qui a été relue et modifiée après avis de trois autres membres. Une évaluation par les experts du groupe de travail de chaque proposition a été réalisée selon la méthode DELPHI. Une quantification de l'accord associé à chaque proposition est apportée avec une échelle allant de C (majorité faible) à A (consensus fort). L'ensemble du document comprenant les 21 chapitres et les 78 propositions ainsi que sa synthèse seront accessibles sur le site www.sfhta.org. Une évaluation de l'impact de ce document sur les objectifs de santé publique et leur prise en compte par chacune des autorités de santé impliquées sera effectuée un an après sa diffusion.

Les maladies hypertensives : propositions de la SFHTA

I. Evaluation de l'hypertension artérielle et de sa prise en charge en France

1. **Organiser périodiquement une évaluation nationale,** interprétable au niveau régional, de la prévalence, du dépistage, du traitement et du contrôle de l'hypertension artérielle en France métropolitaine et dans les DOM-ROM.

2. **Construire un système d'information cohérent et pérenne,** en confrontant les expériences déjà acquises mais dispersées des études transversales (comme FLASH, CONSANT et PHAPPG en Guadeloupe), des études de cohortes (comme SUVIMAX, GAZEL, 3 C, NUTRINET…), des registres (comme MONICA, maladies coronariennes et accidents vasculaires cérébraux).

3. **Soutenir le développement et le financement d'initiatives capables de suivre les patients traités** afin de développer des algorithmes permettant d'améliorer leur prise en charge et l'utilisation des traitements (registres, études observationnelles, essais de stratégies thérapeutiques comparatives, mesure des atteintes d'organe cible).

4. **Ouvrir l'accès aux grandes bases de données médicales (Big Data),** en particulier des Caisses d'Assurance Maladie et des hôpitaux pour renseigner sur l'épidémiologie et la prise en charge des patients hypertendus et impliquer la SFHTA, en lien avec d'autres acteurs de la santé, dans tous les développements d'un accès scientifique et éthique au recueil et à l'analyse des données de masse sur cette maladie fréquente.

II. Place de l'hypertension artérielle dans la prévention globale avec correction des inégalités sociales et géographiques (en particulier au niveau des Dom-Rom)

5. **Intégrer l'hypertension artérielle dans les actions générales de santé publique à enseigner dès la petite enfance :** la lutte contre la sédentarité et l'obésité, la pratique d'une

activité physique régulière, la communication sur les principes d'une assiette saine, l'absence d'utilisation d'une première cigarette, la prévention du stress chronique en particulier au travail et de la dépression.

6. **Prévoir un plan de lutte contre l'obésité en Outre-Mer** qui relance le plan Obésité Outre-mer mis en place entre 2010 et 2013, amener tous les professionnels de santé à renforcer le dépistage du surpoids et de l'obésité à tous âges et faire appliquer avec plus d'efficience la loi n° 2013-453 du 3 juin 2013, dite loi sucre Outre-Mer.

7. **Informer le patient hypertendu** que l'hygiène de vie optimisée permet de renforcer l'efficacité du traitement et de diminuer le nombre ou la dose des traitements antihypertenseurs. Sensibiliser les acteurs de santé sur l'enjeu des déterminants du mode de vie et du choix personnalisé des traitements.

8. **Favoriser le dépistage de l'HTA** surtout s'il existe un contexte familial d'HTA et des mauvaises conditions socio-économiques. Le médecin traitant, le pharmacien et l'infirmier y ont leur place ainsi que les centres de santé au travail et les centres d'examens de santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

9. **Tenir davantage compte du rôle majeur des conditions socio-économiques** partout et toujours démontré dans la survenue de l'HTA et la qualité de sa prise en charge, surtout chez les patients en situation de précarité (CMU, minimas sociaux) et situés particulièrement dans les DOM-ROM.

10. **Faire disparaître les difficultés d'accès aux soins de certaines personnes** (minimas sociaux, absence de CMU, absence de mutuelle, chômage) dans le cadre du besoin global des maladies chroniques (diabète de type 2, broncho pneumopathies, chronique, maladies inflammatoires, infections virales chroniques et autres). Simplification des procédures d'obtention de la CMU.

11. **Étudier le reste à charge pour les HTA sévères**, les hypertendus résistants à une trithérapie correctement prescrite et constamment suivie. Cela est encore plus applicable aux personnes à faible revenu, sans couverture santé suffisante.

III. Favoriser le diagnostic de l'hypertension artérielle

12. **Favoriser l'utilisation de l'automesure** chez tous les hypertendus et en particulier chez les plus de 65 ans et chez les femmes enceintes hypertendues pour le diagnostic et le suivi de leur maladie hypertensive en impliquant le pharmacien et l'infirmière dans l'éducation thérapeutique. Diffuser une information plus élargie sur l'utilisation adéquate de l'automesure tensionnelle auprès des médecins, (intégration dans les ROSP), des patients et du grand public.

13. **Rembourser sur prescription médicale un appareil d'automesure** tous les cinq ans à tout patient hypertendu qui le souhaite.

14. **Inclure la Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle dans la nomenclature** des actes médicaux remboursés pour les indications où elle est reconnue comme nécessaire.

15. **Créer une consultation complexe pour le diagnostic et l'annonce de l'hypertension artérielle avec interprétation du bilan biologique et éducation sur l'automesure** (Journal officiel du 12 septembre 2017).

IV. Les traitements médicamenteux de l'hypertension artérielle

16. **Prescrire impérativement les antihypertenseurs en DCI** et ne pas changer de fabriquant en cours de traitement afin de réduire le risque d'erreur de prise par le patient (couleur et forme du conditionnement et des comprimés).

17. **Harmoniser les contenus des boîtes de médicaments antihypertenseurs,** pour des raisons de confort et d'autogestion avec conditionnement en boîte de 30 comprimés.

18. **Retirer du remboursement les molécules antihypertensives** dont la durée d'action et/ou l'efficacité est inférieure aux autres molécules de la même classe thérapeutique.

19. **Améliorer l'observance et la persistance du traitement** par une meilleure formation des médecins, pharmaciens et infirmiers par une meilleure éducation des patients, et par une meilleure information des autorités de santé et du grand public sur les bénéfices et l'acceptabilité au long cours des antihypertenseurs auprès du grand public en s'appuyant sur les infirmières et les pharmaciens.

20. **Utiliser de plus en plus la détection urinaire des médicaments antihypertenseurs** par spectrométrie de masse (LCMS/MS), chez l'hypertendu résistant pour documenter l'inobservance médicamenteuse et établir les bases d'un dialogue constructif avec le patient, afin d'éviter de lourds et couteux examens complémentaires

21. **Utiliser plus souvent les associations fixes à faibles doses en première intention,** pour atteindre plus précocement la pression artérielle cible avec une meilleure observance.

22. **Rembourser les associations triples chez les patients à haut risque cardio-vasculaire pour faciliter l'observance et améliorer ainsi le contrôle tensionnel.** Leur prescription devrait être associée à une éducation thérapeutique spécifique portant sur la notion d'association fixe, de posologie et de progression des doses

23. **Autoriser et promouvoir un plus grand nombre d'associations fixes aux doses appropriées** sans que ne soient refaites des études cliniques quand chaque composant de l'association a déjà une courbe dose-réponse bien définie antérieurement.

V. L'innovation technologique

24. **Encadrer le bon usage de la technologie concernant l'hypertension artérielle avec une labellisation** en s'appuyant notamment sur l'expertise de la SFHTA sur le bon usage de ces techniques.

25. **Élaborer des listes d'homologation** des appareils d'automesure tensionnelle à domicile, disparues depuis 2012, et des sites et applications utilisant les résultats.

26. **Toujours inclure les maladies hypertensives parmi les pathologies qui seront mieux prises en charge par l'utilisation appropriée de la télémédecine,** en ciblant la pertinence d'usage chez les patients à haut risque et en permettant la constitution d'un réseau multidisciplinaire de télé-consultations qui intégrera toutes les compétences paramédicales susceptibles d'améliorer le parcours du patient hypertendu.

27. **Consolider la position de la communauté française dans l'innovation des dispositifs médicaux et leur évaluation.**

    Ceci passe par :
    1) un soutien financier à la recherche dans le domaine de l'HTA et des dispositifs médicaux (fléchage de PHRC, ANR),
    2) un soutien structurel et financier des réseaux de recherche clinique existant qui ont démontré leurs capacités à recruter vite et bien ou leur création avec des collaborations Médecine Générale, Libérale et Hospitalière,
    3) un parcours dédié au niveau des autorités de santé pour l'évaluation et le remboursement des thérapies non pharmacologiques innovantes,
    4) la prise en compte des préférences des patients.

28. **Promouvoir le développement de plateforme de développement public/privé** (consortium, groupement de collaboration sanitaire …) à la fois expérimental et clinique mettant côte à côte les différents acteurs impliqués dans le développement de ces thérapies interventionnelles.

VI. Les formes particulières d'hypertension artérielle

a) Les hypertensions artérielles secondaires à des maladies ou des thérapeutiques

29. **Diffuser et favoriser les recommandations pour la recherche d'une hypertension artérielle secondaire.**

30. **Créer un système d'information approprié, tel la constitution d'un registre**, qui renseigne

sur la prévalence et l'incidence annuelle des hypertensions secondaires en France et sur les résultats de la prise en charge thérapeutique spécifique chirurgicale ou interventionnelle.

31. **Renforcer la contribution de la France dans les études internationales** sur les maladies hypertensives et vasculaires rares.

32. **Autoriser la prescription d'Eplérénone aux doses appropriées** chez les patients ayant un hyperaldostéronisme primaire intolérants à la Spironolactone.

b) Les hypertensions artérielles des personnes âgées

33. Rechercher systématiquement une hypotension orthostatique chez le sujet âgé de plus de 70 ans et intégrer cette recommandation au sein des rémunérations objectifs santé publique (ROSP).

34. Évaluer l'état de fragilité et d'autonomie des personnes de plus de 80 ans afin d'adapter les stratégies thérapeutiques avec une attitude plus conservatrice chez les personnes les plus fragiles et dépister les troubles cognitifs des personnes âgées susceptibles d'induire une mauvaise observance des traitements.

35. Favoriser les travaux de recherche sur l'effet des traitements antihypertenseurs **pour prévenir la maladie d'Alzheimer** telle une étude pour évaluer le bénéfice des antihypertenseurs sur le déclin cognitif chez des sujets à risque de troubles cognitifs (plainte mnésique, présence de lésions vasculaires à l'IRM cérébrale).

36. Mener des travaux de recherche dans la population des personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), afin d'évaluer les avantages et les risques d'un allègement des traitement permettant de rester entre 130 et 150 mmHg de pression artérielle systolique.

C) Les hypertensions artérielles de la grossesse

37. Favoriser la diffusion et la mise en application des recommandations du consensus d'experts français sur l'hypertension lors de la grossesse.

38. Optimiser la prise en charge et la coordination des soins par des consultations spécifiques :
    - **avant la grossesse chez la femme hypertendue :** consultation préconceptionnelle avec information de la femme et adaptation des traitements antihypertenseurs et en particulier, arrêt des IEC, sartans et discuter l'introduction d'aspirine.
    - **pendant la grossesse : parcours de soins et coordination** entre les professionnels de santé impliqués et **création d'un carnet de suivi**
    - **après la grossesse :** création d'une **consultation d'information** sur le risque cardio et cérébro-vasculaire plus élevé des femmes ayant présenté ce type de complication ce qui est souvent souvent méconnu par les professionnels de santé, vérifier la contraception du post partum et organiser le suivi cardio néphro gynécologique au long cours de ces femmes.

VII. L'organisation des parcours de soins sous l'égide du médecin traitant

39. **Impliquer les pharmaciens et les infirmière libérale dans la mesure tensionnelle** et l'éducation de l'automesure tensionnelle et **dans le dépistage de la mauvaise observance** et en référer si nécessaire au médecin traitant (entretien pharmaceutique, carnet de suivi, groupe d'éducation thérapeutique sous l'égide du médecin traitant).

40. **Définir et appliquer au mieux les circonstances d'orientation d'une personne hypertendue vers un spécialiste ou un centre spécialisé pour hypertension artérielle.** La majorité des hypertendus sont dépistés et équilibrés par leur médecin traitant. Un deuxième avis, envisagé au cas par cas, concerne les personnes qui résistent à une trithérapie bien dosée et bien suivie, les hypertensions sévères d'apparition récente, les suspicions d'hypertensions secondaires et certaines poly pathologies.

41. **Faire labelliser par le Ministère de la santé un centre d'excellence sur l'hypertension artérielle dans chaque « ancienne » région** en nombre adapté à la géographie et à la taille de la région sur le modèle des quinze centres d'excellence labellisés par la Société Européenne d'Hypertension artérielle.

VIII. La formation : méthodes et contenu

42. **Agir pour que les maquettes des Diplômes d'Etudes Spécialisées** des disciplines concernées par l'HTA (diabétologie, néphrologie, endocrinologie, médecine interne, cardiologie, neurologie, gériatrie etc..) comportent un module d'enseignement de l'HTA-maladie et qu'un passage des internes dans les services d'HTA soit inclus dans le parcours de DES de ces spécialités.

43. **Mettre en place un financement pérenne et lisible pour assurer la formation continue** en hypertension artérielle de chaque médecin universitaire, hospitalier et du secteur libéral, des infirmiers et des pharmaciens, quel que soit leur âge sans délaisser les plus jeunes. Une évaluation sous une forme à déterminer définira le suivi de la participation à des congrès.

44. **Développer les plateformes d'enseignement à distance en e-learning** avec un enseignement découpé en sessions courtes, atteignables sur Internet et téléchargeables sur smartphone avec mise à jour régulière de cet enseignement.

45. **Former les médecins à une médecine de précision** utilisant les marqueurs de la génomique, pharmacogénétique, métabolomique, protéomique…

46. **Sensibiliser les médecins à reconnaitre une HTA familiale,** et de ce fait à une prise en charge plus vigilante du contrôle tensionnel et des facteurs de risque associés chez le sujet lui-même ainsi que sa famille.

47. **Éduquer les médecins à dépister les HTA héréditaires syndromiques** et sur la possibilité de test génétique et de prise en charge spécifique.

IX. Promouvoir la recherche experimentale, clinique, épidémiologique, translationnelle et en organisation de soins en hypertension artérielle

Cela passe par une impulsion positive et bienveillante des pouvoirs publics vis à vis de la recherche en hypertension artérielle et en soutenant les actions de la SFHTA qui survit difficilement sans aucun financement public.

48. **Décloisonner les sessions scientifiques des congrès de la SFHTA** (recherche préclinique et clinique) en organisant des sessions communes avec la Société Francophone de la Néphrologie et de Transplantation, la Société Francophone de Diabétologie, Société Française d'Endocrinologie ou de toute société savante dont l'objet a un rapport avec l'hypertension artérielle.

49. **Recenser les Mastères en France susceptibles d'inclure un module de physiopathologie de l'HTA** (génétique, biologie cellulaire, modèles expérimentaux, épidémiologie…). Orienter les internes qui s'inscrivent en Mastère vers des laboratoires de recherche préclinique plutôt que vers des services cliniques de leur spécialité.

50. **Promouvoir une collaboration en réseau et à l'échelle régionale pour la mise en place d'essais cliniques de grande ampleur.**

51. **Rendre plus efficient le dispositif réglementaire français pour la recherche :** lien et consensus entre Financeurs (CNAM, DGOS), Réseaux d'Investigateurs, Promoteurs institutionnels-ANSM, CNIL, CPP. Une mise à niveau du dispositif réglementaire (simplification et efficience) apparait nécessaire afin de rendre de grands essais cliniques pragmatiques nécessairement académiques réalisables en France. Faciliter l'utilisation des réseaux sociaux pour le recrutement dans les études collaboratives de grande ampleur.
52. **Lancer une grande étude prospective pour tester la validité d'un score de risque génétique cardiovasculaire.**

53. **Promouvoir les essais cliniques à l'échelle européenne** démontrant l'utilité de l'évaluation de l'atteinte d'organes cibles et des comorbidités par des centres spécialisés.

54. **Mener des expérimentations d'éducation thérapeutique à destination de certains patients hypertendus** en développant une collaboration entre des centre d'excellence, des spécialistes d'hypertension artérielle et de risque vasculaire et des groupements de médecins généralistes.

55. **Promotion d'une recherche publique sur les parcours de soins des hypertendus** avec notamment la place respective des différents acteurs et le transfert de tâches.

56. **Favoriser l'éclosion et le fonctionnement d'un « centre de preuves HTA » hébergé par une université** et réfléchir à la mise en place d'un partenariat avec ce centre de preuves, partenariat respectueux de la législation actuelle concernant les liens d'intérêt des experts.

X. Hypertension artérielle et Francophonie

57. **Développer des appels d'offres et des bourses spécifiques pour des projets de prévention et de recherche sur l'hypertension artérielle dans les pays de la Francophonie** et faire mieux connaître des professionnels, du public et des Autorités les partenariats francophones et l'aura internationale de la SFHTA.

58. **Faciliter le financement de séjours de médecins et chercheurs d'autres pays francophones,** en particulier du bassin méditerranéen et d'Afrique subsaharienne, dans les centres francophones européens d'excellence d'hypertension artérielle avec pour finalité d'implanter de nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques et de développer la recherche épidémiologique et clinique et la prévention cardiovasculaire dans ces pays.

59. **Accroître les échanges de médecins et de scientifiques français avec les autres pays de la francophonie** (Canada, Belgique, Suisse…) pour renforcer les liens à l'intérieur de la Francophonie et la diffusion de la recherche et de l'enseignement français.

60. **Renforcer la place de la France** par son intégration européenne dans les sociétés savantes, les producteurs d'appels d'offre