



Panorama mondial de l' HYPERTENSION

Un « tueur silencieux » responsable
d'une crise de santé publique mondiale

Journée mondiale de la santé 2013



Organisation
mondiale de la Santé

© Organisation mondiale de la Santé 2013

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou il est possible de se les procurer auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone: +41 22 791 3264; télécopie: +41 22 791 4857; adresse électronique: bookborders@who.int).

Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS sur le site web de l'OMS (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et mise en page: MEO design – communication – Web (Suisse)

**Photos: p. 14: WHO/Jim Holmes; p. 19: WHO/C. Black; p. 20: WHO/C. Black;
p. 27: WHO/Harold Ruiz; p. 33: WHO; p.36: WHO/S. Hollyman**

Imprimé par: OMS

Numéro du document: WHO/DCO/WHD/2013.2

Pour toute demande concernant ce document, veuillez vous adresser à: communications@who.int

PANORAMA MONDIAL DE L'HYPERTENSION

.....
Journée mondiale de la santé 2013

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|----|---|
| 5 | AVANT-PROPOS |
| 7 | RÉSUMÉ D'ORIENTATION |
| 8 | SECTION I Pourquoi l'hypertension est-elle un problème de santé publique majeur |
| 16 | SECTION II L'hypertension : données de base |
| 22 | SECTION III Comment les responsables de la santé publique peuvent-ils s'attaquer au problème de l'hypertension ? <i>Gouvernements et responsables politiques</i> <i>Agents de santé</i> <i>Société civile</i> <i>Secteur privé</i> <i>Familles et individus</i> <i>Organisation mondiale de la Santé</i> |
| 34 | SECTION IV Suivi de l'impact des mesures visant à lutter contre l'hypertension |

AVANT-PROPOS

Nous vivons dans un environnement qui évolue rapidement. Partout dans le monde, la santé humaine subit l'influence des mêmes forces puissantes : le vieillissement de la population, l'urbanisation rapide et la généralisation de modes de vie malsains. De plus en plus, pays riches et pays pauvres sont confrontés aux mêmes problèmes de santé. L'un des exemples les plus frappants de cette évolution est le fait que les maladies non transmissibles comme les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète et les maladies pulmonaires chroniques, ont maintenant pris le pas sur les maladies infectieuses en tant que principales causes mondiales de mortalité.

L'un des principaux facteurs de risque pour les maladies cardio-vasculaires est l'hypertension – ou l'élévation de la pression sanguine. L'hypertension touche déjà un milliard de personnes à travers le monde, et favorise la survenue d'accidents cardiaques et vasculaires cérébraux. Les chercheurs ont estimé que l'hypertension tue actuellement 9 millions de personnes par an.

Mais ce risque n'a pas lieu d'être aussi élevé. Il est possible de prévenir l'hypertension et cela revient beaucoup moins cher et est beaucoup moins dangereux pour les patients que des interventions comme les pontages coronariens ou les dialyses qui peuvent devenir nécessaires lorsque l'hypertension passe inaperçue et n'est pas traitée.

Les efforts à l'échelle mondiale pour s'attaquer au problème des maladies non transmissibles se sont accélérés depuis la Déclaration politique des Nations Unies de 2011 sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. L'Organisation mondiale de la Santé a entrepris d'élaborer un plan d'action mondial 2013-2020 qui servira de feuille de route pour des actions de lutte contre les maladies non transmissibles au niveau des pays. Les États Membres de l'OMS se mettent actuellement d'accord sur un cadre global de suivi qui permettra d'évaluer les progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise de ces maladies et de leurs facteurs de risque. L'une des cibles retenues est la réduction substantielle du nombre de personnes souffrant d'hypertension.

L'hypertension est un tueur silencieux et invisible qui se manifeste rarement par des symptômes tangibles. La sensibilisation du public est donc cruciale, de même que la possibilité de bénéficier d'une détection précoce. Une élévation de la pression sanguine est un sérieux signal d'alarme indiquant qu'il est nécessaire de changer d'urgence de mode de vie. Les gens doivent savoir pourquoi l'hypertension est dangereuse et comment il faut s'y prendre pour la maîtriser. Ils doivent aussi savoir que l'hypertension va souvent de pair avec d'autres facteurs de risque comme le diabète. Pour renforcer cette prise de conscience, les pays doivent se doter de systèmes et de services visant à promouvoir une couverture sanitaire universelle et à encourager des modes de vies sains : avoir une alimentation équilibrée, réduire sa consommation de sel, éviter l'usage nocif de l'alcool, pratiquer régulièrement une activité physique et fuir le tabac. L'accès à des médicaments de bonne qualité qui soient à la fois efficaces et d'un coût abordable est également crucial, en particulier au niveau des soins de santé primaires. Comme pour les autres maladies non transmissibles, la prise de conscience contribue à une détection précoce tandis que l'auto-prise en charge aide à favoriser la prise régulière des médicaments et l'adoption de comportements plus sains, et permet de mieux maîtriser le problème.

Les pays à revenu élevé ont commencé à réduire la prévalence de l'hypertension dans leur population grâce à des politiques de santé publique énergiques consistant par exemple à limiter la teneur en sel des aliments transformés et à mettre en place des services de diagnostic et de traitement largement accessibles pour s'attaquer à la fois à l'hypertension et à d'autres facteurs de risque. Beaucoup d'entre eux peuvent citer des exemples d'actions conjointes – multisectorielles – permettant de lutter de manière efficace contre les facteurs de risque de l'hypertension. En revanche, de nombreux pays en développement voient augmenter le nombre de personnes victimes d'accidents cardiaques et vasculaires cérébraux dus à des facteurs de risque non diagnostiqués et non maîtrisés tels que l'hypertension.

Ce nouveau panorama mondial de l'hypertension présenté par l'OMS vise à contribuer aux efforts de tous les États Membres pour mettre au point et appliquer des politiques destinées à réduire la mortalité et la morbidité imputables aux maladies non transmissibles. La lutte contre l'hypertension est l'une des principales composantes de ces efforts.



Dr Margaret Chan

*Directeur général
Organisation mondiale de la Santé*

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

L'hypertension, appelée aussi élévation de la pression sanguine, est un problème de santé publique mondial.

Elle contribue à la charge de morbidité par maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux (AVC) et insuffisance rénale et à la survenue de décès prématurés et d'incapacités. Elle touche de manière disproportionnée les populations des pays à revenu faible ou intermédiaire où les systèmes de santé sont peu développés.

L'hypertension à ses débuts cause rarement des symptômes tangibles, de sorte que beaucoup de sujets ne sont pas diagnostiqués. Ceux qui le sont n'ont pas toujours accès à un traitement et peuvent ne pas réussir à maîtriser le problème sur le long terme.

Les avantages sur le plan économique et de la santé d'une détection précoce, d'un traitement adéquat et d'une bonne maîtrise de l'hypertension sont très importants. En effet, le traitement des complications de l'hypertension nécessite des interventions coûteuses comme des pontages coronariens, des interventions de chirurgie carotidienne ou des dialyses, ce qui représente une lourde charge pour le budget des patients et celui des États.

En s'attaquant à des facteurs de risque comportementaux comme la mauvaise alimentation ou l'usage nocif de l'alcool ou encore la sédentarité, on peut aider à prévenir l'hypertension. La consommation de tabac accroît le risque de complications de l'hypertension. Si aucune mesure n'est prise pour réduire l'exposition à ces facteurs de risque, l'incidence des maladies cardio-vasculaires, y compris l'hypertension, augmentera.

Les initiatives visant à réduire l'apport de sel peuvent apporter une contribution majeure à la prévention et à la maîtrise de l'hypertension. Toutefois, les programmes verticaux axés uniquement sur la lutte contre l'hypertension ne sont pas d'un bon rapport coût/efficacité.

Des programmes intégrés de lutte contre les maladies non transmissibles mis en œuvre au niveau des soins de santé primaires sont pour les pays un moyen peu coûteux de s'attaquer de manière durable à l'hypertension.

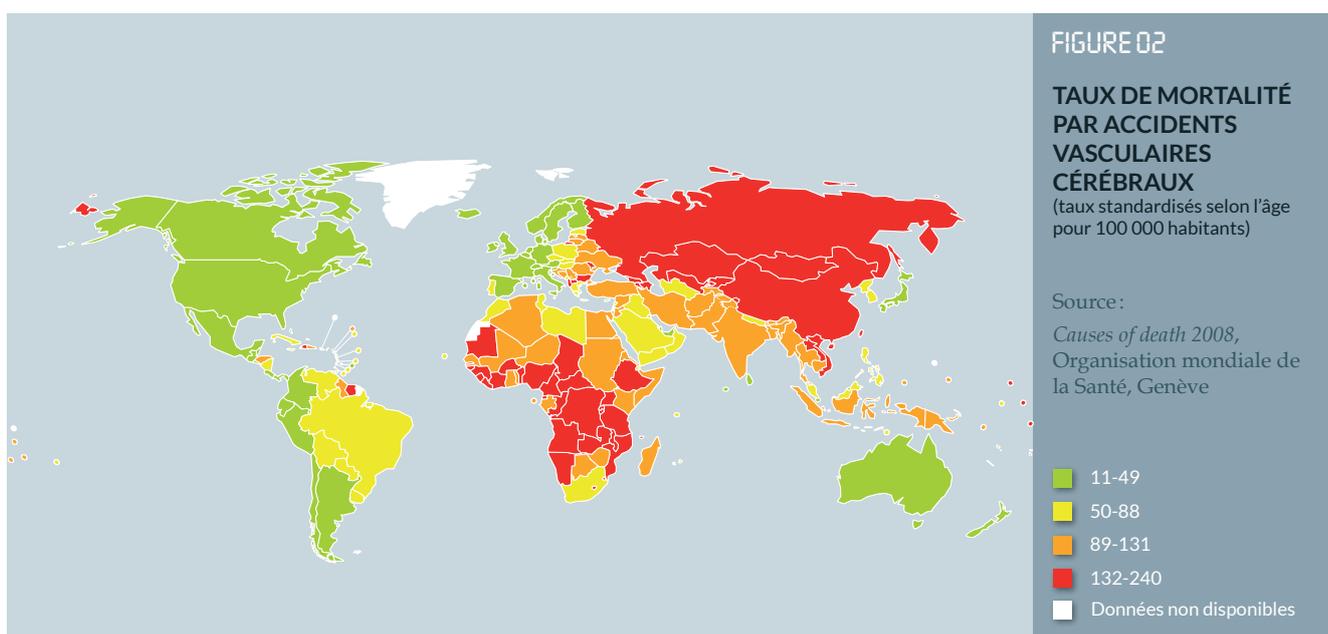
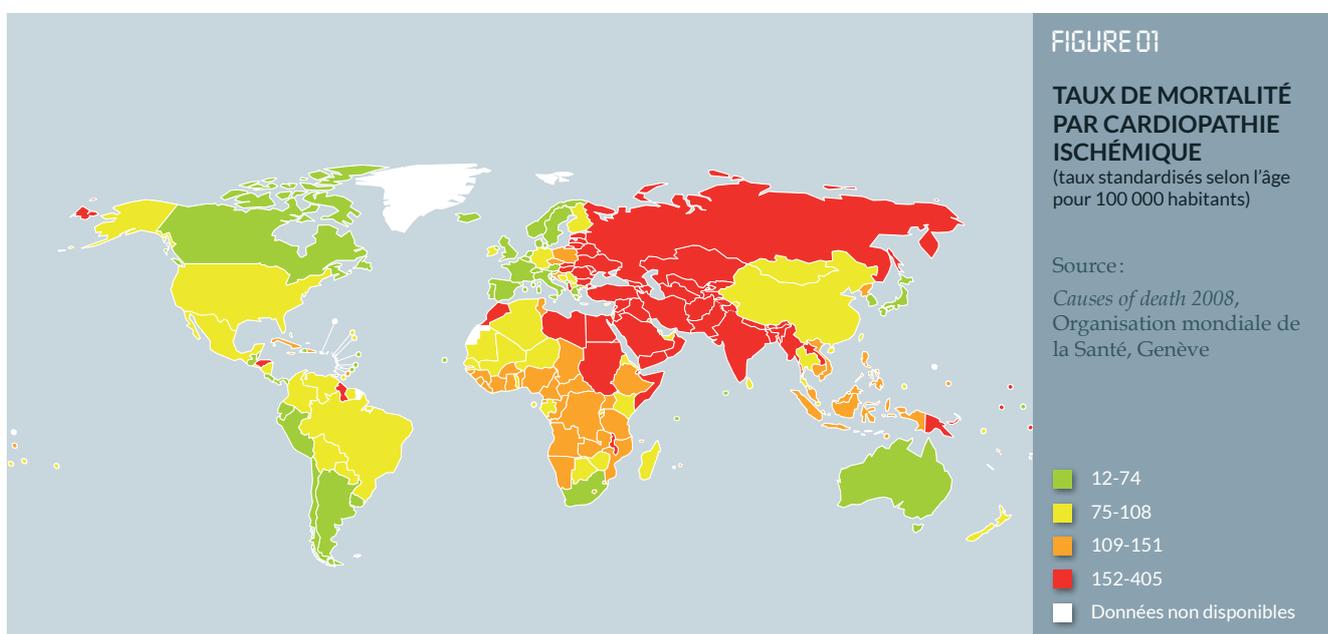
La prévention et la maîtrise de l'hypertension est un problème complexe qui nécessite une collaboration de toutes les parties concernées, y compris les gouvernements, la société civile, les milieux universitaires et l'industrie agroalimentaire. Compte tenu de l'énorme bénéfice qu'apporterait sur le plan de la santé publique une meilleure maîtrise de la tension artérielle, le moment est maintenant venu d'entreprendre une action concertée.



SECTION I

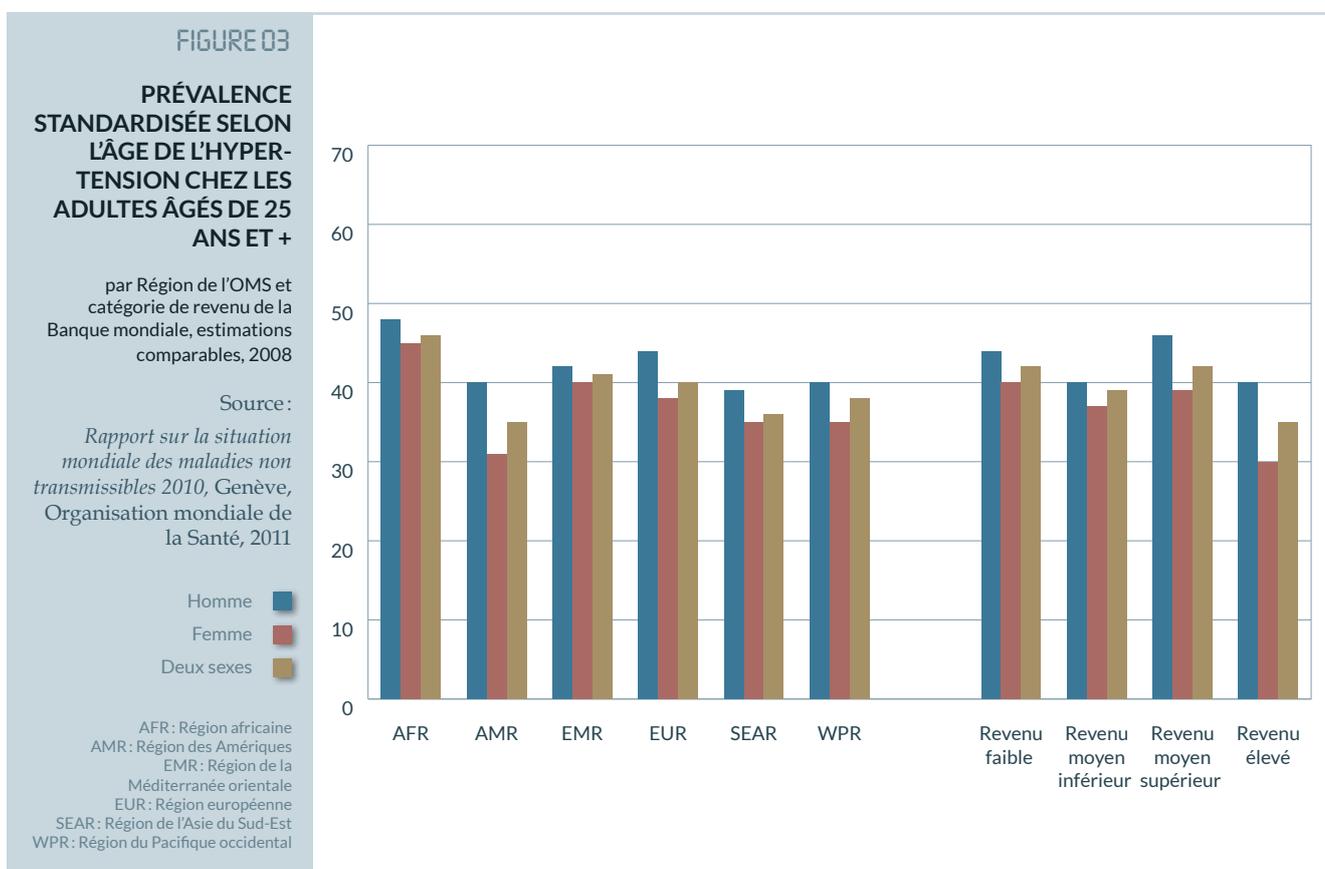
Pourquoi
l'hypertension
est-elle un
problème de santé
publique majeur ?

Les maladies cardio-vasculaires sont responsables d'environ 17 millions de décès par an dans le monde, soit près d'un tiers de la mortalité totale (1). Sur ce chiffre, 9,4 millions de morts par an sont imputables aux complications de l'hypertension (2). L'hypertension est responsable d'au moins 45 % des décès par maladies cardiaques (comme le montre la Figure 1) et de 51 % des décès par accidents vasculaires cérébraux (comme le montre la Figure 2) (1).



En 2008, environ 40 % des adultes âgés de 25 ans et plus dans le monde présentaient une hypertension diagnostiquée et le nombre total de personnes concernées atteignait 1 milliard contre 600 millions en 1980 (3). C'est dans la Région africaine que la prévalence de l'hypertension est la plus élevée puisqu'elle touche 46 % des adultes

âgés de 25 ans et plus, et c'est dans la Région des Amériques qu'elle est la plus faible (35 %) (Figure 3). Dans l'ensemble, les pays à revenu élevé ont une prévalence de l'hypertension plus faible (35 %) que celle enregistrée dans d'autres groupes de pays (40 %) (3,4).



Non seulement la prévalence de l'hypertension est plus élevée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, mais elle touche aussi davantage de gens dans ces pays du fait que la densité de population y est plus forte que dans les pays à revenu élevé.

En outre, du fait de la faiblesse des systèmes de santé, le nombre de personnes hypertendues non diagnostiquées et non traitées est aussi plus élevé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que dans les pays à haut revenu.

La prévalence croissante de l'hypertension est attribuable à la croissance démographique, au vieillissement et à des facteurs de risque comportementaux comme une mauvaise alimentation, un usage nocif de l'alcool, un manque d'activité physique, une surcharge pondérale et l'exposition à un stress persistant.

Les conséquences négatives de l'hypertension pour la santé sont encore aggravées du fait que beaucoup des personnes concernées présentent aussi d'autres facteurs de risque qui accroissent leurs probabilités d'être victimes d'un accident cardiaque ou vasculaire cérébral ou d'une insuffisance rénale. Parmi ces facteurs de risque figurent le tabagisme, l'obésité, l'hypercholestérolémie et le diabète sucré. Le tabagisme accroît les risques de complications chez les hypertendus. En 2008,

il y avait 1 milliard de fumeurs dans le monde et la prévalence mondiale de l'obésité a presque doublé depuis 1980. La prévalence mondiale de l'hypercholestérolémie s'établissait quant à elle à 39 % et celle du diabète chez les adultes de plus de 25 ans à 10 % (3). Le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires, l'usage nocif de l'alcool et la sédentarité sont aussi les principaux facteurs de risque comportementaux intervenant dans d'autres maladies non transmissibles majeures comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et le cancer (5-9).

Si des mesures appropriées ne sont pas prises, les décès par maladies cardio-vasculaires devraient encore augmenter (Figure 4).

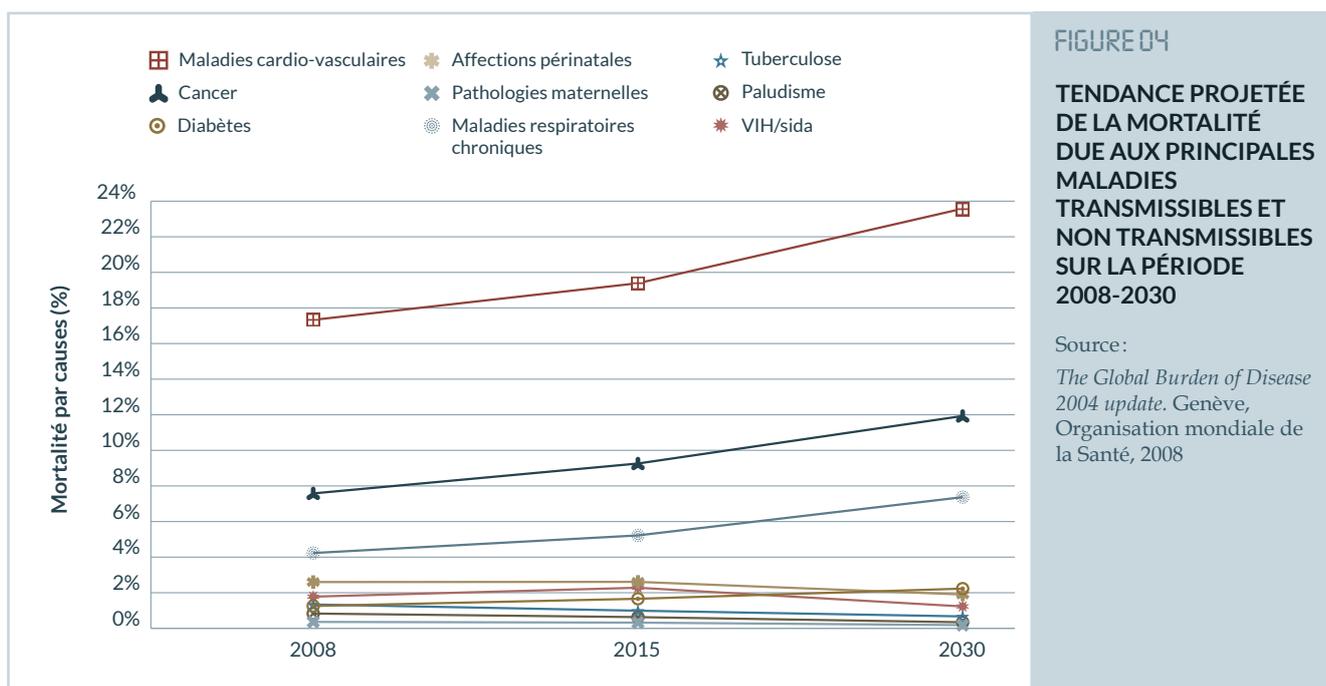


FIGURE 04

TENDANCE PROJÉTÉE DE LA MORTALITÉ DUE AUX PRINCIPALES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES SUR LA PÉRIODE 2008-2030

Source :
The Global Burden of Disease 2004 update. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008

On observe partout dans le monde un vieillissement rapide de la population (Figure 5) et la prévalence de l'hypertension augmente avec l'âge (6).

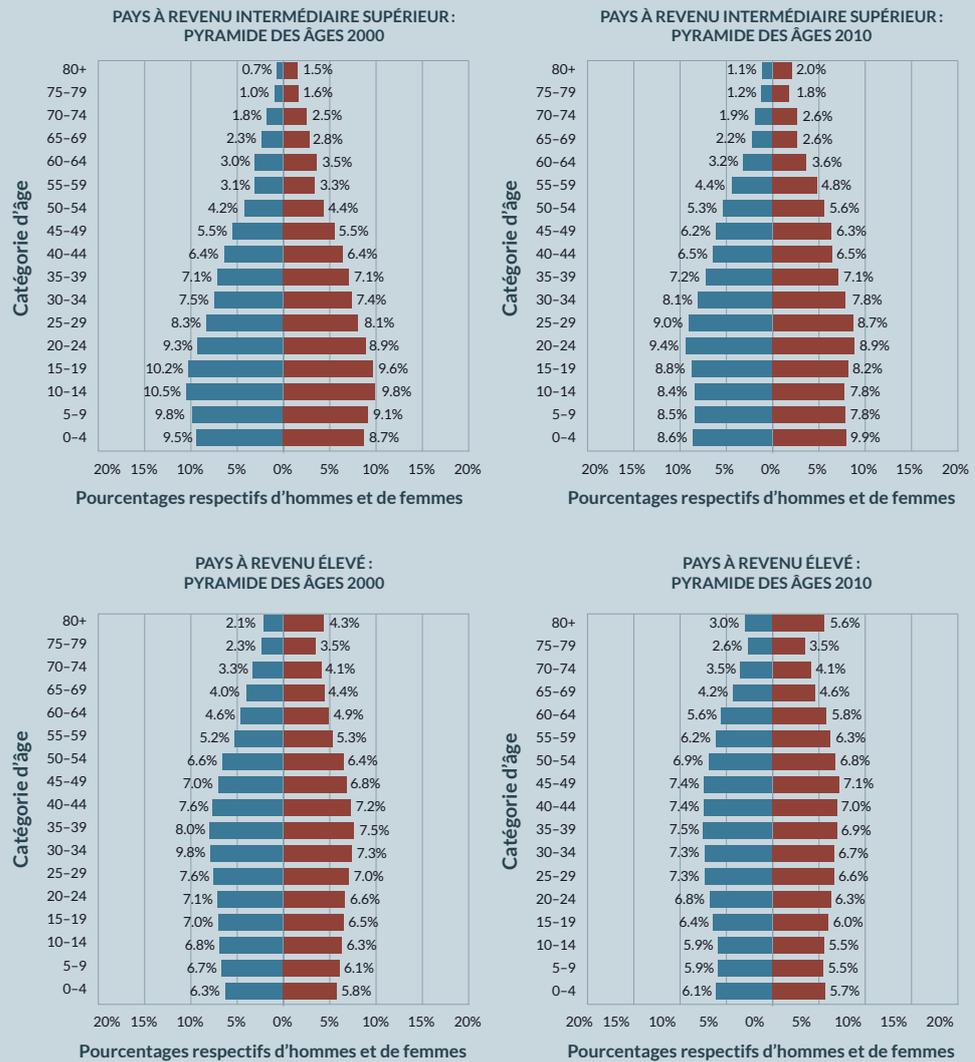
FIGURE 05

**COMPARAISON
ENTRE LES PYRAMIDES
DES ÂGES.
MOYENNES POUR
LES ANNÉES 2000 ET
2010, PAYS À REVENU
INTERMÉDIAIRE
SUPÉRIEUR ET PAYS À
REVENU ÉLEVÉ**

Source :

*World population prospects :
The 2010 revision,
CD-ROM Edition,
Département des affaires
économiques et sociales,
Division de la population,
New York,
Nations Unies, 2011*

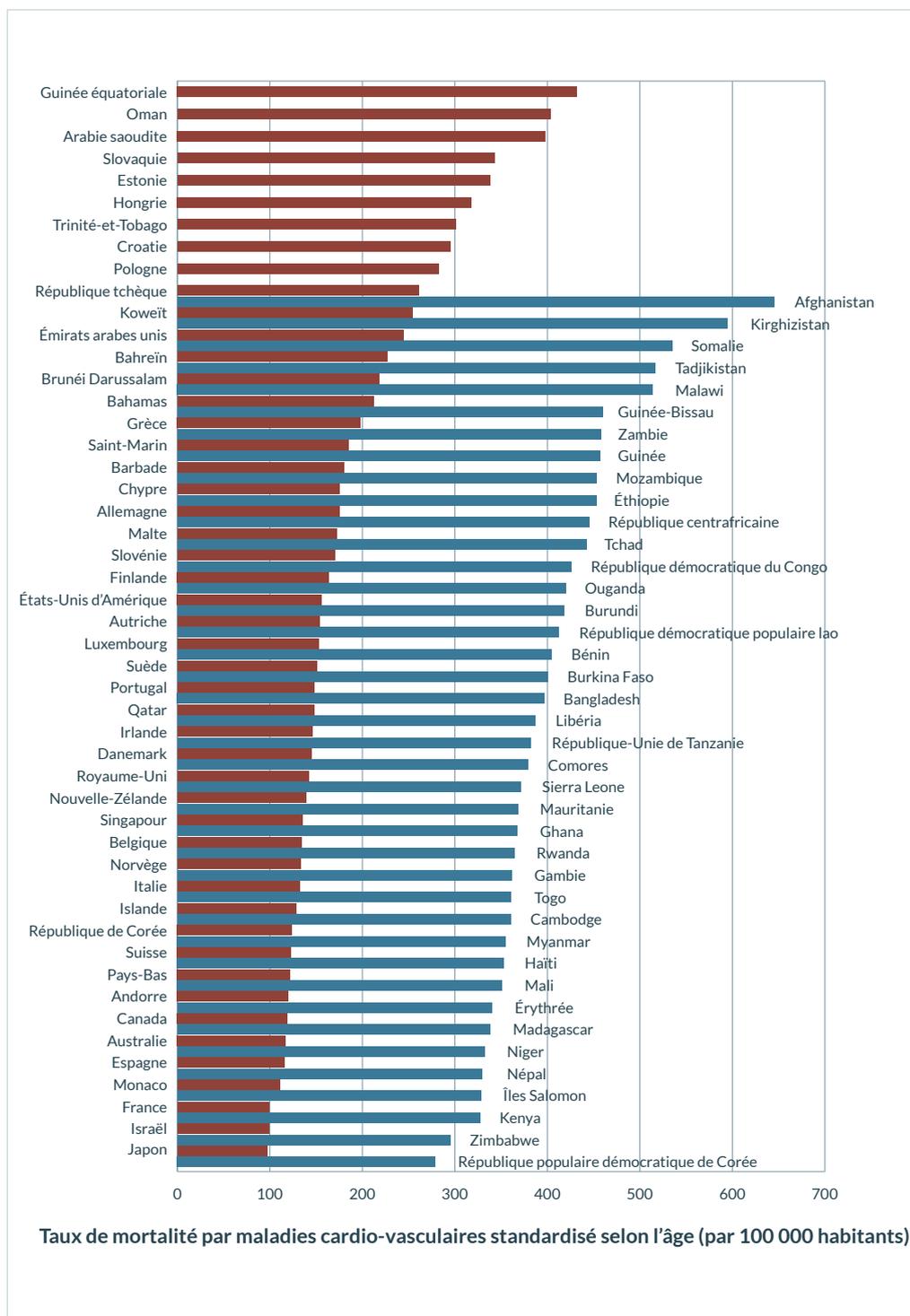
Hommes ■
Femmes ■



Si l'on ne s'occupe pas de l'hypertension en temps utile, cela aura un impact économique et social important.

Près de 80 % des décès par maladies cardio-vasculaires surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Or ce sont ces pays qui peuvent le moins se permettre de supporter les conséquences sociales et économiques d'une

mauvaise santé. Les taux de mortalité actuels standardisés selon l'âge sont plus élevés dans les pays à revenu faible que dans les pays développés (Figure 6) (1,3).



La détection précoce et le traitement de l'hypertension et d'autres facteurs de risque, ainsi que des politiques de santé publique visant à réduire l'exposition aux facteurs de risque comportementaux, ont contribué à faire baisser progressivement la mortalité par accidents cardiaques et vasculaires cérébraux dans les pays à revenu élevé au cours des trois dernières décennies. Par exemple en 1972, des actions globales de prévention ont été lancées dans le cadre d'un projet communautaire en Carélie du Nord en Finlande. À cette époque, la Finlande avait des taux de mortalité par maladies cardiaques extrêmement élevés. En l'espace de cinq ans, de nombreux changements positifs pouvaient déjà être observés en termes de modification des habitudes alimentaires, de meilleur contrôle de l'hypertension et de réduction du tabagisme. Il a donc été décidé d'étendre ces interventions à l'ensemble du pays. Aujourd'hui, quelque 35 ans plus tard, le taux annuel de mortalité par maladies cardio-vasculaires dans la population active finlandaise est inférieur de 85 % au chiffre de 1977. Il a été démontré que les réductions observées dans les facteurs de risque de la population (cholestérolémie, tension artérielle et tabagisme) étaient la principale explication de la baisse de la mortalité par maladies cardio-vasculaires. Les améliorations apportées parallèlement dans la détection précoce et le traitement des facteurs de risque ont aussi contribué à ce bon résultat.

Les décès prématurés, les incapacités, les bouleversements personnels et familiaux, la perte de revenu et les dépenses de santé liées à l'hypertension représentent un lourd fardeau pour les

familles, les communautés et les finances publiques. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, de nombreuses personnes ne font pas soigner leur hypertension car cela revient beaucoup trop cher. Mais les ménages dépensent ensuite souvent une part substantielle de leur revenu en frais d'hospitalisation ou pour la prise en charge de complications de l'hypertension, y compris les accidents cardiaques et vasculaires cérébraux, et les insuffisances rénales. Les familles doivent alors faire face à des dépenses de santé catastrophiques, souvent sur le long terme dans le cas de complications de l'hypertension, ce qui fait plonger des millions de personnes dans la pauvreté (11). En outre, la perte de revenu de la famille consécutive à un décès ou une incapacité peut avoir des effets dévastateurs. Dans certains pays à revenu faible ou intermédiaire, les dépenses de santé actuelles consacrées aux maladies cardio-vasculaires représentent à elles seules 20 % des dépenses de santé totales.

Au cours de la période 2011-2015, la perte de production cumulée liée aux maladies non transmissibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire devrait, selon les projections, atteindre US\$ 7280 milliards (Tableau 1) (12). La perte annuelle d'environ US\$ 500 milliards due aux principales maladies non transmissibles représente approximativement 4 % du produit intérieur brut dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les maladies cardio-vasculaires, y compris l'hypertension, représentent près de la moitié de ce coût (Figure 7) (13).

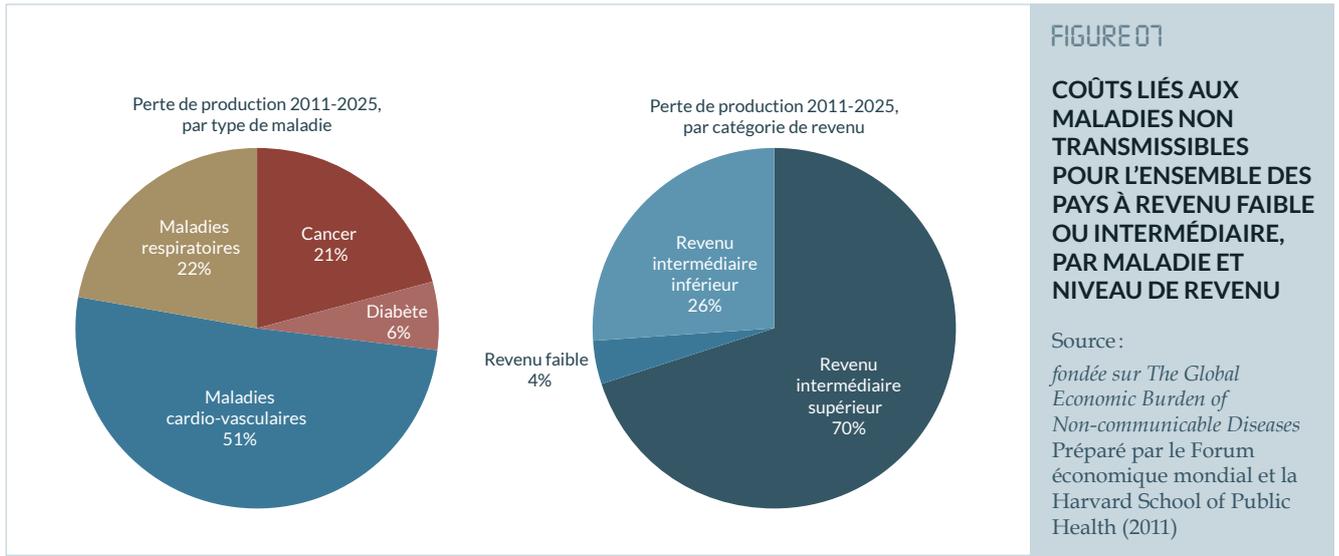


TABLEAU 01 POIDS ÉCONOMIQUE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES, 2011-2025 EN MILLIERS DE MILLIARDS DE US \$ 2008

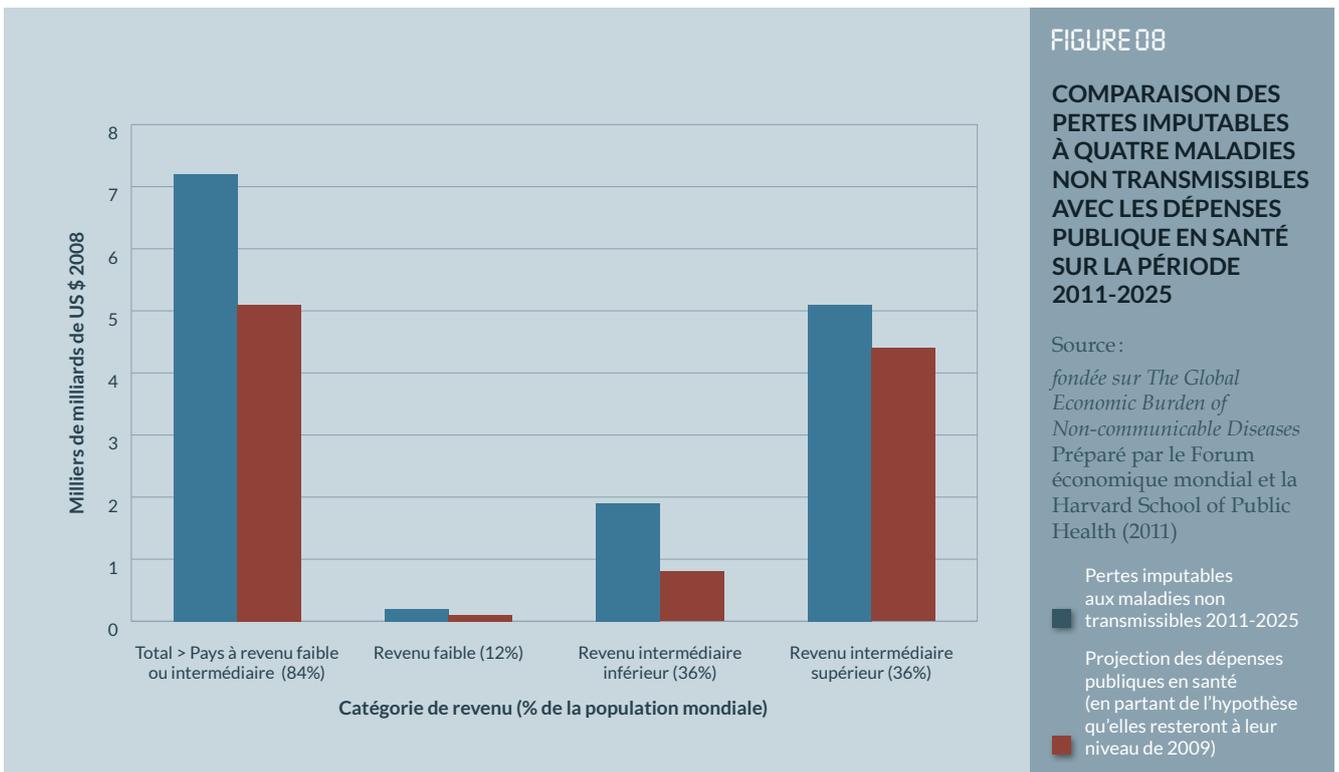
| CATEGORIE DE REVENU DES PAYS | DIABÈTES | MALADIES CARDIO-VASCULAIRES | MALADIES RESPIRATOIRES | CANCER | TOTAL |
|---|----------|-----------------------------|------------------------|--------|-------|
| Revenu intermédiaire supérieur | 0,31 | 2,52 | 1,09 | 1,20 | 5,12 |
| Revenu intermédiaire inférieur | 0,09 | 1,07 | 0,44 | 0,26 | 1,85 |
| Faible revenu | 0,02 | 0,17 | 0,06 | 0,05 | 0,31 |
| Total des revenus faibles et intermédiaires | 0,42 | 3,76 | 1,59 | 1,51 | 7,28 |

L'incidence croissante des maladies non transmissibles entraînera une augmentation de la dépendance et un coût de plus en plus lourd des soins pour les patients et leur famille, si des efforts de santé publique visant à prévenir ces pathologies ne sont pas intensifiés. La Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, adoptée par

l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2011, reconnaît que le fardeau représenté par les maladies non transmissibles est en augmentation rapide et a des effets dévastateurs sur la santé, le développement socio-économique et la réduction de la pauvreté. Dans cette Déclaration politique, les gouvernements s'engagent à prendre une série de mesures concrètes (8).



Si aucune mesure n'est prise pour s'attaquer à l'hypertension et aux autres maladies non transmissibles, les pertes économiques projetées pourraient atteindre un niveau dépassant celui de l'ensemble des dépenses publiques en santé (Figure 8).





SECTION 2

L'hypertension : données de base

Le sang est transporté du cœur vers toutes les parties du corps via les vaisseaux sanguins. À chaque battement, le cœur pompe du sang vers les artères. La pression sanguine est créée par la force que le sang exerce sur la paroi des artères lorsque le cœur se contracte.

L'hypertension, que l'on appelle aussi élévation de la pression sanguine, est un état dans lequel les vaisseaux sanguins sont constamment soumis à une pression élevée.

Plus la pression dans les vaisseaux sanguins est forte et plus le cœur doit travailler dur pour pomper le sang. Si elle n'est pas maîtrisée, l'hypertension peut conduire à une crise cardiaque (infarctus du myocarde), à une augmentation du volume du cœur et, en fin de compte, à une insuffisance cardiaque. Des anévrismes (renflements) et des zones de faiblesses peuvent apparaître sur les parois des vaisseaux en raison de cette pression élevée, ce qui les rend plus sujets à l'éclatement et à la formation de caillots. La pression exercée dans les vaisseaux sanguins peut aussi entraîner des épanchements de sang dans le cerveau, ce qui peut provoquer un accident vasculaire cérébral. L'hypertension peut aussi être à l'origine d'une insuffisance rénale, d'une cécité, d'une rupture des vaisseaux sanguins et d'une altération des fonctions cognitives.

01

COMMENT définit-on l'hypertension ?

La pression sanguine est mesurée en millimètres de mercure (mmHg) et consignée sous forme de deux chiffres que l'on écrit habituellement l'un au-dessus de l'autre. La valeur supérieure est celle de la pression sanguine systolique – qui correspond à la pression la plus élevée dans les vaisseaux sanguins enregistrée au moment où le cœur se contracte. La valeur inférieure est celle de la pression sanguine diastolique – qui correspond à la pression la plus faible dans les vaisseaux sanguins enregistrée entre les battements du cœur, au moment où le muscle cardiaque se relâche. La pression sanguine normale chez l'adulte est définie comme étant une pression systolique de 120mmHg et une pression diastolique de 80mmHg.

Toutefois, sur le plan cardio-vasculaire, on considère comme normales des valeurs pouvant descendre jusqu'à 105 mmHg pour la pression systolique, et 60 mmHg pour la pression diastolique. L'hypertension est définie comme une pression systolique égale ou supérieure à 140 mmHg et/ou une pression diastolique égale ou supérieure à 90 mmHg. Des valeurs normales tant pour la pression systolique que pour la pression diastolique sont particulièrement importantes pour le bon fonctionnement d'organes vitaux comme le cœur, le cerveau et les reins, et pour le maintien général de la santé et du bien-être.

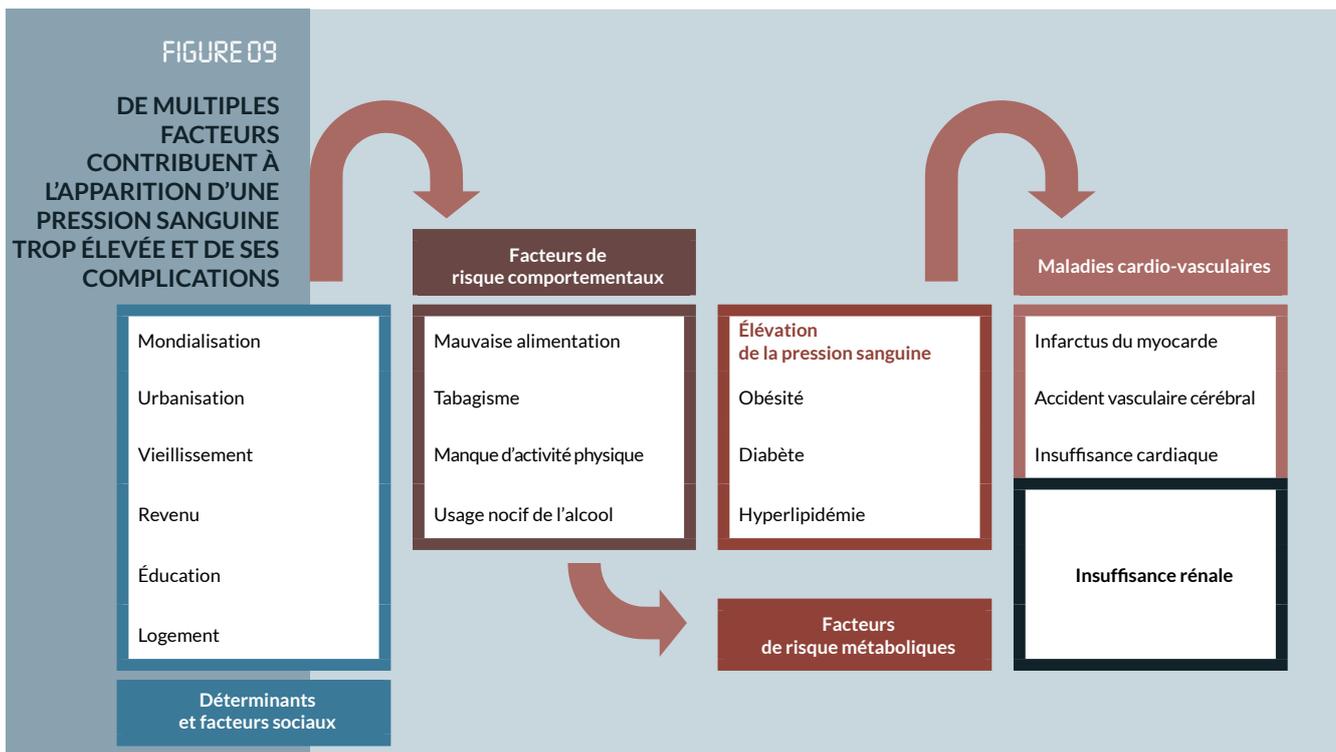
Facteurs de risque comportementaux

Plusieurs facteurs de risque comportementaux interviennent dans l'apparition d'une hypertension (Figure 9), y compris :

- la consommation d'aliments contenant trop de sel et de graisses, et un régime trop pauvre en fruits et légumes
- des niveaux excessifs de consommation d'alcool
- la sédentarité et le manque d'exercice physique
- une mauvaise gestion du stress

Ces facteurs de risque comportementaux sont fortement influencés par les conditions de vie et de travail des individus.

En outre, il existe plusieurs facteurs métaboliques qui accroissent les risques de maladies cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux, d'insuffisance rénale et d'autres complications de l'hypertension, y compris le diabète, l'hypercholestérolémie et le surpoids ou l'obésité. L'interaction tabagisme-hypertension fait encore augmenter le risque de maladies cardio-vasculaires.



Facteurs socio-économiques

Des déterminants sociaux de la santé comme le revenu, l'éducation et le logement, ont un effet négatif sur les facteurs de risque comportementaux et peuvent favoriser par ce biais l'apparition d'une hypertension. Par exemple le chômage ou la peur de perdre son emploi peut avoir un impact sur les niveaux de stress, lesquels contribueront à leur tour à une élévation de la pression sanguine. Les conditions de vie ou de travail peuvent aussi retarder la détection d'une hypertension et sa prise en charge en temps utile, en raison du manque d'accès à des services de diagnostic et de traitement, et peuvent également faire obstacle à la prévention des complications.

Autres facteurs

Dans certains cas il n'y a pas de cause connue à l'hypertension. Les facteurs génétiques peuvent jouer un rôle et lorsqu'une hypertension apparaît chez des sujets de moins de 40 ans, il est important d'exclure une cause secondaire telle qu'une maladie rénale, une maladie endocrinienne ou des malformations des vaisseaux sanguins.

Une urbanisation rapide et sauvage tend aussi à faire le lit de l'hypertension, par suite de la création d'environnements malsains qui encouragent le recours à la restauration rapide, la sédentarité, le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool. Enfin, le risque d'hypertension augmente avec l'âge en raison du durcissement des vaisseaux sanguins, bien que le vieillissement de ces derniers puisse être ralenti par l'adoption de modes de vie sains, y compris une alimentation équilibrée et une réduction de la consommation de sel.

La prééclampsie est une hypertension qui survient chez certaines femmes durant leur grossesse. Elle disparaît généralement après la naissance de l'enfant, mais peut parfois durer et les femmes qui en souffrent sont davantage susceptibles de présenter une hypertension plus tard au cours de leur vie.

Il arrive parfois que lorsqu'on mesure la tension artérielle, celle-ci soit plus élevée qu'elle ne l'est ordinairement. Chez certaines personnes, l'anxiété suscitée par le fait de voir un médecin peut faire augmenter temporairement la pression sanguine (ce que l'on appelle «l'effet blouse blanche»). On peut vérifier si tel est le cas en mesurant plutôt la tension artérielle à domicile, en utilisant un appareil permettant d'effectuer plusieurs mesures par jour ou en répétant plusieurs fois l'examen au cabinet du médecin.



03

LES SYMPTÔMES de l'hypertension

La plupart des personnes hypertendues ne présentent absolument aucun symptôme. On croit souvent à tort que celles-ci ressentent toujours des symptômes, mais le fait est que la plupart du temps il n'en n'est rien. Parfois, cependant, l'hypertension peut causer des symptômes comme des maux de tête, un essoufflement, des vertiges, des douleurs thoraciques, des palpitations cardiaques et des saignements de nez. Il peut être dangereux de

négliger ces symptômes, mais on ne peut pas pour autant en conclure qu'ils signent une hypertension. L'apparition d'une hypertension est un sérieux signal d'alarme signifiant qu'un changement radical de mode de vie s'impose. L'hypertension peut être un tueur silencieux et il est important que chaque personne connaisse sa tension artérielle.

04

L'HYPERTENSION à l'origine de maladies potentiellement mortelles

Il est dangereux de négliger une hypertension, car elle accroît le risque de développer des complications potentiellement mortelles. Plus la tension artérielle est élevée et plus les risques d'effets nocifs pour le cœur et les vaisseaux sanguins, qui irriguent des organes majeurs comme le cerveau et les reins, augmentent. Cela est connu sous le nom de risque cardio-vasculaire, risque qui peut aussi être élevé chez les personnes ayant une hypertension modérée combinée à d'autres

facteurs de risque comme le tabagisme, la sédentarité, un régime alimentaire malsain, l'obésité, le diabète, l'hypercholestérolémie, un faible niveau socio-économique et des antécédents familiaux d'hypertension (Figure 9). Un faible niveau socio-économique et des problèmes d'accès aux services de santé et aux médicaments peuvent aussi accroître la probabilité de développer des complications cardio-vasculaires majeures en présence d'une hypertension non maîtrisée.



LE DIAGNOSTIC de l'hypertension

Divers dispositifs de mesure électroniques, à mercure et anéroïdes sont utilisés pour mesurer la pression sanguine (14). L'OMS recommande l'utilisation de tensiomètres électroniques fiables et d'un coût abordable offrant l'option d'une «lecture manuelle» (14,15). Les appareils semi-automatiques permettent de faire une lecture manuelle lorsque les piles ou batteries sont à plat, un problème assez récurrent dans des environnements où les ressources sont limitées. Compte tenu de la toxicité du mercure, il est recommandé d'abandonner progressivement les dispositifs à mercure au profit de tensiomètres (14). Des appareils anéroïdes, comme les sphygmomanomètres, ne doivent être utilisés que s'ils peuvent être recalibrés tous les six mois et si les utilisateurs ont

été formés à la mesure de la pression sanguine à l'aide de ces instruments, et si leurs capacités ont été vérifiées.

Les mesures de la pression sanguine doivent être enregistrées plusieurs jours d'affilée avant de pouvoir poser un diagnostic d'hypertension. La pression sanguine devra être mesurée deux fois par jour, idéalement le matin et le soir. On procédera à deux mesures consécutives à au moins une minute d'intervalle, le patient devant être assis. On laissera de côté les mesures effectuées le premier jour et on prendra la valeur moyenne de l'ensemble des autres mesures pour confirmer le diagnostic d'hypertension.

La détection précoce, le traitement et l'auto-prise en charge de l'hypertension présentent de grands avantages

Si l'hypertension est détectée précocement, il est possible de réduire les risques d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque ainsi que d'accident vasculaire cérébral et d'insuffisance rénale. Tous les adultes devraient contrôler leur tension artérielle et savoir à quel niveau elle se situe. De petits tensiomètres à affichage digital permettent de le faire en dehors du cadre médical. Si une hypertension est constatée, les personnes concernées devraient demander l'avis d'un agent de santé. Pour certaines personnes, un changement de mode de vie n'est pas suffisant pour maîtriser l'hypertension et il est nécessaire de leur prescrire un médicament approprié.

Les médicaments antihypertenseurs agissent de différentes manières, par exemple en aidant le corps à éliminer l'excès de sel et de liquide (surcharge hydrosodée), en ralentissant le rythme cardiaque et en relaxant et en dilatant les vaisseaux sanguins.

L'autosurveillance de la pression sanguine par les patients est recommandée pour la prise en charge de l'hypertension lorsqu'il existe des appareils de mesure d'un prix abordable.

Comme pour les autres maladies non transmissibles, cette auto-prise en charge peut faciliter la détection précoce de l'hypertension, l'observance du traitement et l'adoption de comportements sains et aider à mieux maîtriser le problème et à faire prendre conscience de l'utilité de demander un avis médical si nécessaire. L'auto-prise en charge est importante pour tous, mais elle l'est tout particulièrement pour les personnes qui ont un accès limité aux services de santé pour des raisons géographiques, physiques ou économiques.



SECTION 3

Comment les responsables
de la santé publique
peuvent-ils s'attaquer
au problème de l'hypertension ?

La lutte contre l'hypertension nécessite une volonté politique de la part des gouvernements et des responsables politiques. Les agents de santé, les chercheurs, la société civile, le secteur privé et les familles et les individus ont tous un rôle à jouer en la matière. Seul un effort concerté de toutes ces parties prenantes peut permettre de mettre en œuvre les techniques de mesure et les traitements disponibles pour prévenir et maîtriser l'hypertension et, ainsi, retarder ou prévenir ses complications potentiellement mortelles.

01

GOVERNEMENTS et responsables politiques

Le problème de l'hypertension doit être pris en compte dans la politique de santé publique, car il s'agit d'une cause majeure de morbidité. Les interventions doivent être d'un coût abordable, efficaces et pouvoir être maintenues dans la durée. Il s'ensuit que des programmes verticaux qui sont uniquement centrés sur l'hypertension ne sont pas recommandés. Des programmes visant à s'attaquer aux risques cardio-vasculaires dans leur ensemble doivent faire partie intégrante de la stratégie nationale de lutte contre les maladies non transmissibles.

Les systèmes de santé qui se sont avérés les plus efficaces pour promouvoir à la fois la santé et l'équité sont organisés autour du principe de la couverture sanitaire universelle. Ils encouragent des actions au niveau des soins de santé primaires qui ciblent tous les déterminants sociaux de la santé, réalisent un équilibre entre prévention, promotion de la santé et interventions curatives et mettent l'accent sur le premier niveau de soins avec des mécanismes de coordination appropriés.

Même dans les pays où les services de santé sont accessibles et d'un prix abordable, les gouvernements ont de plus en plus de difficultés à faire face aux besoins de santé grandissants de leur population et au coût croissant des services de santé. La prévention des complications de l'hypertension est un élément crucial pour contenir les coûts des soins de santé. Tous les pays peuvent en faire plus pour améliorer l'état de santé des patients atteints d'hypertension en renforçant la prévention, en élargissant la couverture des services de santé et en réduisant les difficultés occasionnées par le niveau élevé des sommes restant à la charge des usagers dans les services de santé (16-18).

L'hypertension ne peut être effectivement combattue que dans le cadre de systèmes renforçant toutes les composantes de l'action de santé : gouvernance, financement, information, ressources humaines, prestation des services et accès à des médicaments génériques peu coûteux et de bonne qualité et à des technologies de base. Les gouvernements doivent faire en sorte que toutes les personnes aient un accès équitable aux services de santé préventifs, curatifs et de réadaptation dont elles ont besoin pour éviter de développer une hypertension artérielle et ses complications (17,18).

Dans toute initiative nationale visant à lutter contre l'hypertension, six éléments sont importants :

- 1 | un programme intégré au niveau des soins de santé primaires
- 2 | le coût de la mise en œuvre de ce programme
- 3 | des produits diagnostiques et des médicaments de base
- 4 | la réduction des facteurs de risque dans la population
- 5 | des programmes de bien-être sur le lieu de travail
- 6 | le suivi des progrès réalisés.

1 | Les caractéristiques d'un programme intégré au niveau des soins de santé primaires

Pour lutter contre l'hypertension, des programmes intégrés doivent être mis en place au niveau des soins de santé primaires. Dans la plupart des pays, il s'agit du niveau du système de santé le moins solide. Il existe un traitement très efficace pour lutter contre l'hypertension et prévenir ses complications. Les personnes ciblées doivent en particulier être celles qui présentent un risque moyen à élevé de développer un infarctus du myocarde, un AVC ou une insuffisance rénale. Pour ce faire, les patients atteints d'hypertension doivent bénéficier d'une évaluation du risque cardio-vasculaire, notamment faire l'objet de tests pour rechercher le diabète sucré ainsi que d'autres facteurs de risque. L'hypertension et le diabète sont étroitement liés, et il est impossible de prendre en charge correctement l'un sans tenir compte de l'autre. L'objectif d'un programme intégré est de réduire le risque cardio-vasculaire total afin de prévenir les infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, les insuffisances rénales et d'autres complications du diabète et de l'hypertension. L'adoption de cette approche globale permet de garantir qu'un traitement médicamenteux est fourni à ceux qui présentent un risque moyen ou élevé. Il permet aussi de ne pas traiter inutilement les personnes dont l'hypertension est limitée et le risque cardio-vasculaire faible. Une chimiothérapie inappropriée expose inutilement les patients à des effets nocifs et accroît le coût des soins : il faut éviter ces deux inconvénients. En outre, il existe des médicaments peu coûteux et très efficaces pour lutter contre l'hypertension dont la marge de sécurité est tout à fait satisfaisante. Ils doivent être utili-

sés chaque fois que cela est possible et des protocoles de l'OMS sont disponibles pour fournir les conseils requis.

Les outils tels que les tableaux de prévision des risques mis au point par l'OMS/l'International Society of Hypertension (ISH) (Figure 10) (18) sont conçus pour faciliter l'évaluation des risques. Ces tableaux sont disponibles pour toutes les sous-régions de l'Organisation mondiale de la Santé. Des lignes directrices reposant sur des bases factuelles sont également disponibles pour la prise en charge des patients souffrant d'hypertension moyennant des programmes intégrés, même dans les régions où les ressources sont rares (19-22). Les outils établis par l'OMS fournissent aussi des indications factuelles sur l'utilisation appropriée des médicaments, afin que les coûts inutiles liés à la chimiothérapie puissent être évités pour garantir la viabilité à long terme des programmes. Au moins 30 pays à revenu faible ou intermédiaire utilisent désormais ces outils pour lutter contre l'hypertension de manière à la fois abordable et durable.

Bien que des interventions d'un bon rapport coût/efficacité soient disponibles pour lutter contre l'hypertension, il existe des lacunes importantes dans leur application, en particulier dans les lieux où les ressources font défaut. Il est essentiel de trouver rapidement des moyens de combler ces lacunes, notamment par l'intermédiaire de la recherche opérationnelle : les énormes avantages de la lutte contre l'hypertension pour la santé publique sont une excellente raison d'agir (23).

FIGURE 10

TABLEAU DE PRÉVISION DES RISQUES ÉTABLI PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ ET L'INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION

Risque de manifestation cardio-vasculaire mortelle ou non mortelle, par période de 10 ans, en fonction du sexe, de l'âge, de la situation au regard du tabagisme, de la pression sanguine systolique, du cholestérol sanguin et de la présence ou l'absence de diabète. Différents tableaux sont disponibles pour toutes les sous régions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Source :

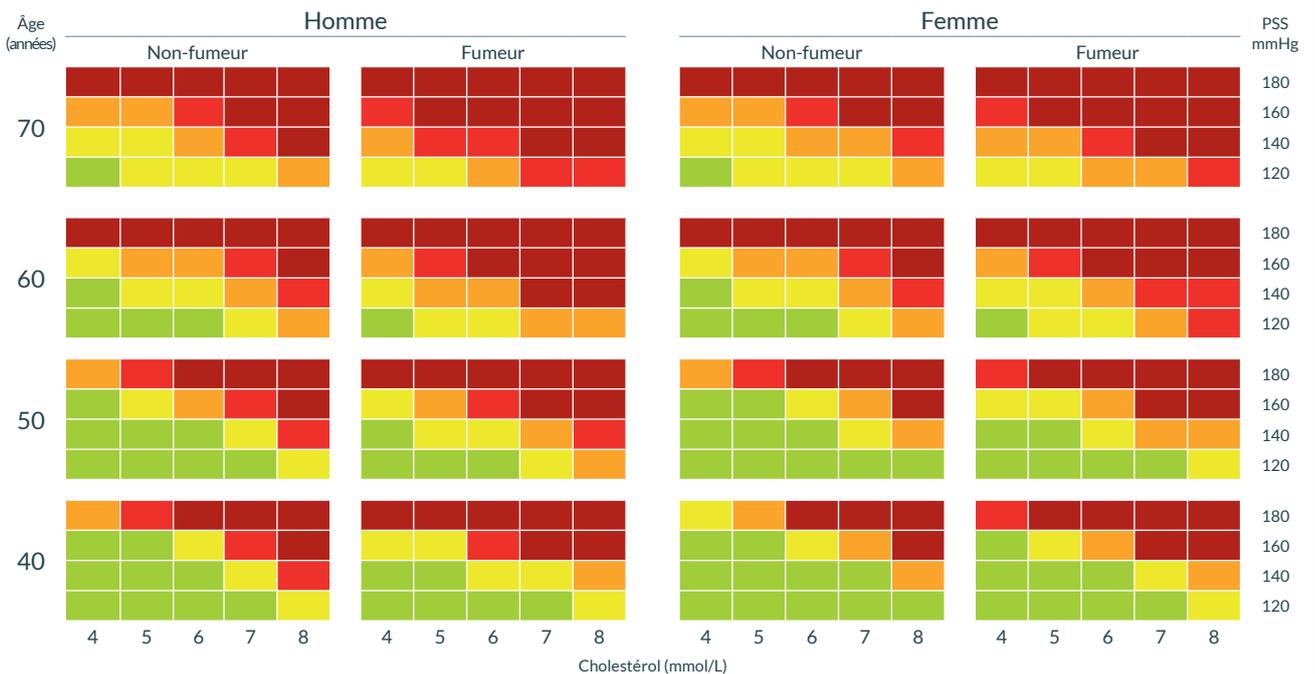
Prevention of cardiovascular disease : Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk.
Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.



Prévoir le risque d'infarctus et d'AVC

Niveau de risque ■ <10% ■ 10% à <20% ■ 20% à <30% ■ 30% à <40% ■ >40%

Population de la Région AFR D atteinte de diabète sucré



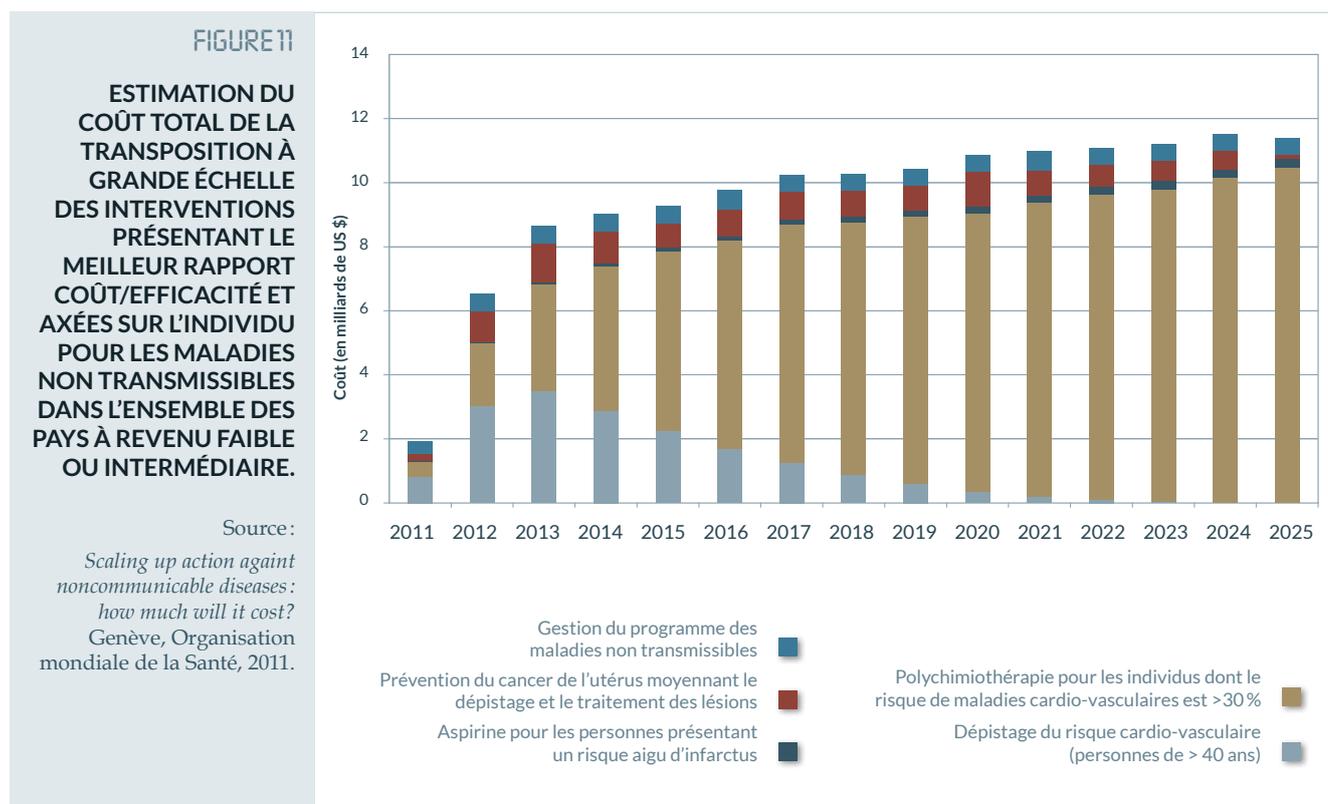
Population de la Région AFR D sans diabète sucré



2 | Le coût de la mise en œuvre d'un programme intégré au niveau des soins de santé primaires

Le coût cumulé de la mise en œuvre d'un programme intégré au niveau des soins de santé primaires visant à prévenir l'infarctus du myocarde, l'AVC et l'insuffisance rénale, et utilisant la pression sanguine en tant que point d'accès, est présenté dans la Figure 11. Les coûts estimés couvrent les consultations ambulatoires des patients dans les centres de soins primaires et comprennent la

consultation, les conseils, les produits diagnostiques et les médicaments. Le coût cumulé de la transposition à grande échelle d'interventions d'un très bon rapport coût/efficacité permettant de lutter contre les maladies cardio-vasculaires et le cancer de l'utérus, dans l'ensemble des pays à revenu faible ou intermédiaire, est estimé à US \$9,4 milliards par an (21).



Un outil de budgétisation mis au point par l'OMS pour estimer le coût de l'établissement d'un tel programme dans un pays quel qu'il soit (21) prend en compte les éléments suivants :

- la nécessité d'augmenter progressivement la couverture de l'ensemble de la population de manière abordable afin de progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle;
- la disponibilité des technologies de base pour prendre en charge les personnes souffrant d'hypertension;
- la disponibilité et l'utilisation appropriée des médicaments essentiels pour prévenir les complications chez les personnes présentant un risque cardio-vasculaire allant de modéré à élevé;
- les liens entre les différents niveaux du système de santé, de sorte que les personnes puissent être prises en charge de manière appropriée en fonction de leur niveau de risque.

3 | Produits diagnostiques et médicaments

Les technologies diagnostiques de base nécessaires pour lutter contre l'hypertension comprennent notamment des dispositifs de mesure de la tension artérielle, des balances, des bandelettes pour détecter l'albumine dans l'urine, des tests de glycémie à jeun et des tests de cholestérol sanguin.

Les patients chez qui une hypertension est diagnostiquée ne nécessitent pas tous un traitement, mais ceux pour lesquels le risque est moyen à élevé auront besoin de l'un ou de plusieurs des huit médicaments essentiels permettant de réduire le risque cardio-vasculaire (un diurétique thiazidique, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, un inhibiteur calcique à longue durée d'action, un bêtabloquant, la metformine, l'insuline, une statine et l'aspirine).

Le coût de la mise en œuvre d'un tel programme est faible, s'élevant à moins de US\$ 1 par habitant dans les pays à revenu faible, à moins de US\$ 1,50 par habitant dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et à US\$ 2,50 dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Exprimé en pourcentage des dépenses de santé actuelles, le coût de la mise en œuvre du programme s'élève à 4 % dans les pays à faible revenu, 2 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et moins de 1 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (22).



4 | Réduction des facteurs de risque dans la population

La probabilité d'une maladie cardio-vasculaire augmente régulièrement au fur et à mesure que le niveau d'un facteur de risque comme l'hypertension progresse, sans qu'il n'existe aucun seuil limite naturel. La plupart des maladies cardio-vasculaires dans la population surviennent chez les personnes dont le niveau de risque est intermédiaire, du fait qu'elles constituent la majeure partie de la population. Bien qu'un niveau de facteur de risque très élevé corresponde à un risque accru de développer une maladie cardio-vasculaire chez l'individu, le nombre de cas dans ce groupe est relativement faible du fait de la proportion relativement limitée de personnes appartenant à ce groupe dans la population. L'approche à l'échelle de la population repose ainsi sur l'observation selon laquelle une réduction efficace des taux de maladies cardio-vasculaires dans la population nécessite généralement des changements à l'échelle de la communauté dans les comportements préjudiciables à la santé ou la diminution des niveaux de facteur de risque moyens. En conséquence, ces interventions

sont essentiellement axées sur des changements généraux de comportement. Dans l'approche à l'échelle de la population, les interventions ciblent la population, les communautés, les lieux de travail et les écoles dans le but de modifier les déterminants sociaux et environnementaux.

En conséquence, un programme à la fois efficace et économique doit inclure, outre le renforcement des systèmes de santé, des interventions à l'échelle de la population visant à modifier le schéma de répartition de l'hypertension dans l'ensemble de la population afin qu'il corresponde à un modèle sain. Les interventions à l'échelle de la population visant à réduire l'hypertension artérielle sont semblables à celles qui s'attaquent à d'autres grandes maladies non transmissibles. Elles requièrent des politiques publiques visant à réduire l'exposition de l'ensemble de la population aux facteurs de risque tels qu'une mauvaise alimentation, le manque d'activité physique, l'usage nocif de l'alcool et le tabagisme (24-27), et axées en particulier sur les enfants, les adolescents et les jeunes.



TABLERU 02 LES INTERVENTIONS FACTUELLES CI-APRÈS SONT D'UN TRÈS BON RAPPORT COÛT/EFFICACITÉ

| | |
|---|---|
| TABAGISME | <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des droits d'accise • Interdiction de fumer dans les lieux de travail et lieux publics intérieurs • Informations et mises en garde sanitaires sur le tabac • Interdiction de la publicité et de la promotion |
| USAGE NOCIF DE L'ALCOOL | <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des droits d'accise sur les boissons alcoolisées • Restrictions générales et interdictions concernant la commercialisation de l'alcool • Restrictions concernant la disponibilité de l'alcool vendu au détail |
| MAUVAISE ALIMENTATION ET MANQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE | <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la consommation de sel moyennant des campagnes dans les médias et réduction de la teneur en sel des aliments transformés • Remplacement des acides gras trans par des matières grasses polyinsaturées • Programme de sensibilisation du public dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique |

RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION DE SEL

La consommation de sel dans l'alimentation est un facteur qui contribue à l'hypertension.

Dans la plupart des pays, l'apport moyen en sel par personne est trop élevé et se situe entre 9 et 12 grammes par jour (28). Les études scientifiques ont régulièrement démontré qu'une réduction modeste de l'apport en sel permet de réduire la pression sanguine chez les personnes souffrant d'hypertension comme chez les personnes dont la pression sanguine est normale, dans tous les groupes d'âge et dans les groupes ethniques, bien qu'il existe des variations dans l'ampleur de la réduction. Plusieurs études ont montré qu'une réduction de l'apport en sel est l'une des interventions présentant le meilleur rapport coût/efficacité pour réduire les maladies cardiaques et les AVC à l'échelle de la population mondiale.

L'OMS recommande aux adultes de consommer moins de 2000 mg de sodium, soit 5 grammes de sel, par jour (27,29). Les aliments transformés ont une teneur en sodium élevée, notamment le pain (environ 250 mg/100 g), les viandes transformées telles que le bacon (environ 1500 mg/100 g), les aliments consommés en dehors des repas tels que les bretzels, les feuilletés au fromage ou le popcorn (environ 1500 mg/100 g), ainsi que les condiments tels que la sauce soja (environ 7000 mg/100 g) et les cubes de bouillon (environ 20 000 mg/100 g).

Les aliments riches en potassium contribuent à réduire la pression sanguine (30). L'OMS recommande aux adultes de consommer au moins 3510 mg de potassium par jour. Parmi les aliments riches en potassium, on trouve : les haricots et les pois (environ 1300 mg de potassium pour 100 g), les fruits à coques (environ 600 mg/100 g), les légumes tels que les épinards, le chou et le persil (environ 550 mg/100 g), et les fruits tels que les bananes, les papayes et les dattes (environ 300 mg/100 g). La transformation réduit la teneur en potassium de nombreux produits alimentaires.

Pour réduire l'apport en sel dans la population, il convient d'agir à tous les niveaux, y compris au niveau du gouvernement, de l'industrie agroalimentaire, des organisations non gouvernementales, des professionnels de santé et du public. Une réduction modeste de l'apport en sel peut être obtenue en limitant volontairement ou en réglementant la teneur en sel des aliments et des condiments emballés. L'industrie agroalimentaire peut largement contribuer à la santé de la population si elle entreprend de réduire progressivement et durablement la quantité de sel qui est ajoutée aux aliments préemballés. En outre, il faut des campagnes régulières dans les médias pour encourager les ménages et les communautés à réduire leur consommation de sel.

Plusieurs pays ont mis en place avec succès des programmes de réduction de la consommation de sel qui ont permis de faire baisser l'apport en sel. Par exemple la Finlande a adopté une stratégie systématique visant à réduire l'apport en sel à la fin des années 1970 moyennant des campagnes dans les médias, la coopération avec l'industrie agroalimentaire et l'application d'une législation sur l'étiquetage relatif à la teneur en sel. La réduction de l'apport en sel s'est accompagnée d'une baisse de la pression sanguine, à la fois systolique et diastolique, de 10 mmHg au moins. Cette réduction de l'apport en sel a contribué à la réduction de la mortalité par maladies cardiaques et accidents vasculaires cérébraux en Finlande au cours de cette période. Le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, les États-Unis d'Amérique et plusieurs autres pays à revenu élevé ont aussi mis en place avec succès des programmes de limitation volontaire de l'apport en sel en collaboration avec l'industrie agroalimentaire. Plus récemment, plusieurs pays en développement ont également lancé des initiatives visant à réduire la consommation de sel au niveau national.

5 | Programmes de bien-être sur le lieu de travail et lutte contre l'hypertension artérielle

L'OMS estime que les programmes de santé sur le lieu de travail sont l'un des moyens les plus efficaces et les plus économiques pour lutter contre les maladies non transmissibles, en particulier l'hypertension (31).

La Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui s'est tenue en 2011, a appelé le secteur privé à «promouvoir et créer un environnement propice à des comportements sains chez les travailleurs, en prenant notamment des mesures de sécurité et d'hygiène pour faire des lieux de travail des espaces non-fumeurs, sans danger et sains, y compris, le cas échéant, en instaurant

une bonne culture d'entreprise et en établissant des programmes pour le bien-être au travail et des plans d'assurance maladie».

Les programmes de bien-être sur le lieu de travail devraient s'attacher à promouvoir la santé des travailleurs moyennant la réduction des comportements individuels à risque tels que le tabagisme, une mauvaise alimentation, l'usage nocif de l'alcool, le manque d'activité physique et d'autres comportements à risque pour la santé. Ils peuvent permettre d'atteindre une proportion importante des adultes ayant un emploi et de dépister à un stade précoce l'hypertension ainsi que d'autres maladies.

6 | Suivi des progrès

Veillez vous reporter à la section IV : Suivi de l'impact des mesures visant à lutter contre l'hypertension (p.34).

02

Agents de SANTÉ

À tous les niveaux de soins, les agents de santé qualifiés et ayant reçu une formation adaptée sont indispensables au succès des programmes de lutte contre l'hypertension. Les agents de santé peuvent contribuer à une meilleure sensibilisation des différents groupes de population au problème de l'hypertension : depuis les campagnes de mesure de la tension artérielle jusqu'aux programmes d'éducation sanitaire sur le lieu de travail, en passant par un dialogue avec les responsables politiques afin de les informer de la manière dont les conditions de vie et les comportements peu sains influent sur les niveaux de la tension artérielle.

Cette formation des agents de santé devrait être institutionnalisée dans le cadre des programmes de formation des médecins, des infirmières et des agents de santé associés. La majorité des cas d'hypertension peuvent être pris en charge de

manière efficace au niveau des soins primaires. Les médecins exerçant dans les centres de soins primaires ainsi que les agents de santé non-médecins ayant reçu une formation adaptée peuvent jouer un rôle très important pour dépister et prendre en charge l'hypertension. L'OMS a élaboré des lignes directrices et plusieurs instruments pour aider les agents de santé à prendre en charge l'hypertension de manière économique et efficace dans le cadre des soins primaires. Davantage d'informations sur la manière dont les agents de santé devraient prendre en charge les personnes atteintes d'hypertension sont disponibles en ligne, notamment sur la manière de mesurer la pression sanguine, les appareils de mesure à utiliser, la façon de conseiller les patients sur le changement de mode de vie et l'opportunité de la prescription de médicaments (14-16, 19-21).

<http://www.who.int/nmh/publications/phc2012/en/index.html>

03

Société CIVILE

Les institutions de la société civile, en particulier les organisations non gouvernementales (ONG), les milieux universitaires et les associations professionnelles, ont un rôle majeur à jouer dans la lutte contre l'hypertension et plus globalement dans la prévention des maladies non transmissibles et dans la lutte contre ces maladies, à la fois aux niveaux national et mondial.

Les institutions de la société civile sont particulièrement bien placées pour remplir plusieurs rôles. Elles contribuent à renforcer les capacités à prévenir les maladies non transmissibles au niveau national. Elles sont bien placées pour rallier un soutien politique et mobiliser la société afin que les interventions visant à lutter contre l'hypertension et d'autres maladies non transmissibles fassent l'objet d'un large soutien. Dans certains pays, les institutions de la société civile sont des dispensateurs importants des services de prévention et de soins et comblent fréquemment les lacunes existantes dans les services et la formation fournis aux secteurs public et privé.

L'action de la société civile est particulièrement importante pour lutter contre les facteurs de risque courants que sont le tabagisme, une mauvaise alimentation, le manque d'activité physique et l'usage nocif de l'alcool, des éléments complexes d'ordre commercial, politique et social entrant en jeu. Les partenariats entre les ONG et les milieux universitaires peuvent rassembler les compétences et les ressources nécessaires pour renforcer à la fois les capacités des agents de santé et les connaissances des individus, des familles et des communautés. L'International Society of Hypertension, la Ligue mondiale contre l'hypertension, la Fédération mondiale du Cœur et l'Organisation mondiale contre l'Accident vasculaire cérébral ont une longue histoire de collaboration avec l'OMS et travaillent en particulier dans le domaine de l'hypertension et des maladies cardio-vasculaires (32-35).

04

Secteur PRIVÉ

Le secteur privé – à l'exclusion de l'industrie du tabac – peut contribuer de manière significative à la lutte contre l'hypertension de plusieurs manières.

Outre sa contribution aux programmes de bien-être sur le lieu de travail, le secteur privé peut activement participer à la mise en œuvre de l'ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, qui a été approuvé par la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2010 (36). Il a été démontré que l'exposition à la publicité influence les préférences alimentaires, les demandes d'achat et les schémas de consommation des enfants. La publicité et les autres formes de commercialisation des aliments à l'intention des enfants sont largement répandues dans le monde. La plupart des techniques de commercialisation ont trait à des aliments à teneur élevée en sel, graisses et sucre. Au niveau

national, les recommandations nécessitent la collaboration du secteur privé afin de mettre en place les moyens nécessaires pour réduire l'impact de la commercialisation transfrontières des aliments à teneur élevée en graisses saturées, acides gras trans, sucre ou sel.

En outre, le secteur privé a la capacité de contribuer à la prévention de l'hypertension et d'autres maladies non transmissibles et à la lutte contre celles-ci, moyennant la mise au point de technologies et d'applications sanitaires de pointe, et la fabrication de produits de santé à des prix abordables.

D'autres moyens pour le secteur privé de contribuer à la lutte contre l'hypertension sont présentés dans le projet de plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 (9).

Bien que chez certaines personnes l'hypertension apparaisse avec l'âge, il ne s'agit pas d'un signe de vieillissement en bonne santé. Tous les adultes devraient connaître le niveau de leur tension artérielle et devraient aussi savoir si un de leurs parents proches a ou avait de l'hypertension étant donné que cela pourrait les exposer à un risque accru.

Les risques de voir sa tension artérielle augmenter et les conséquences néfastes qui lui sont associées peuvent être minimisés par :

| Une alimentation saine :

- en favorisant un mode de vie sain, en mettant l'accent sur une nutrition appropriée pour les nourrissons et les jeunes gens ;
- en réduisant l'apport en sel à moins de 5 grammes de sel par jour ;
- en consommant cinq portions de fruits et légumes par jour ;
- en réduisant l'apport en acides gras et l'apport total en graisses.

| Alcool

- en évitant l'usage nocif de l'alcool.

| Activité physique

- en pratiquant une activité physique régulière et en favorisant l'activité physique chez les enfants et les jeunes gens. L'OMS recommande de pratiquer une activité physique pendant au moins 30 minutes par jour, 5 jours par semaine ;
- en veillant à conserver un poids corporel normal.

| Tabac

- en supprimant la consommation de tabac et l'exposition aux produits du tabac.

| Stress

- en prenant en charge de manière appropriée le stress.

Les individus qui souffrent déjà d'hypertension peuvent participer de manière active à la prise en charge de leur état :

- en adoptant les comportements favorables à la santé décrits ci-dessus ;
- en surveillant leur tension artérielle à domicile si cela est faisable ;
- en vérifiant leur taux de glycémie, leur cholestérol sanguin et l'albumine dans leur urine ;
- en sachant évaluer leur risque cardiovasculaire en utilisant un outil d'évaluation des risques ;
- en suivant les conseils d'un médecin ;
- en prenant régulièrement les médicaments qui leur ont éventuellement été prescrits pour abaisser leur tension artérielle.

06

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - Notre rôle

Le rôle confié à l'OMS dans le domaine de la santé mondiale englobe le droit à la santé, la justice sociale et l'équité pour tous. Depuis 2000, l'OMS a joué un rôle directeur essentiel dans les efforts visant à lutter contre les maladies non transmissibles, y compris l'hypertension, dans le cadre d'une démarche de santé publique (7,9,10). En tant que principal organisme de santé publique au niveau mondial, elle assure le suivi de la charge mondiale de morbidité, conçoit des politiques reposant sur les données factuelles, définit des normes et des critères et apporte un soutien technique aux pays pour promouvoir la santé et lutter contre les maladies. L'OMS fournit un appui aux pays pour qu'ils conçoivent, dans une perspective durable, leur système de financement de la santé afin de parvenir à la couverture sanitaire universelle (17,18). Elle a mis au point des recommandations factuelles et

des outils de mise en œuvre pour aider les pays à lutter contre l'hypertension moyennant une combinaison d'interventions axées sur les individus (14,16,17-22) et l'ensemble de la population (24-30). À présent, l'OMS, en consultation avec les États Membres et d'autres partenaires, coordonne l'élaboration d'un plan d'action mondial pour lutter contre les maladies non transmissibles (9) et d'un cadre mondial de suivi. Combinés, ils fourniront une feuille de route pour appliquer les engagements de la Déclaration politique de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et pour poursuivre les travaux entrepris dans le cadre de la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris l'hypertension (9).



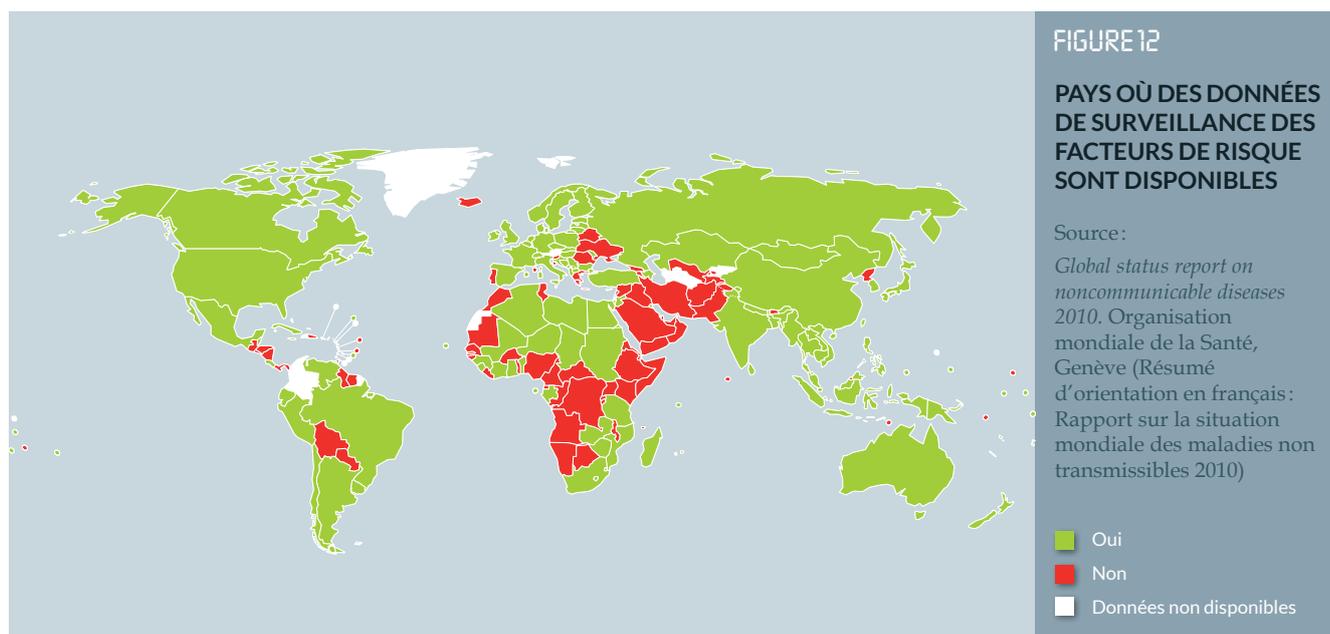


SECTION 4

Suivi de l'impact des mesures visant à lutter contre l'hypertension

Les systèmes d'information sanitaire et de surveillance au niveau national doivent être renforcés pour assurer le suivi de l'impact des mesures visant à lutter contre l'hypertension et d'autres facteurs de risque des maladies non transmissibles.

La surveillance des maladies non transmissibles consiste à recueillir de manière systématique et permanente et à analyser les données afin de fournir des informations sur le fardeau des maladies non transmissibles dans un pays. Les systèmes de suivi doivent recueillir des informations fiables sur les facteurs de risque et leurs déterminants, la mortalité et la morbidité dues aux maladies non transmissibles. Ces données sont essentielles pour l'élaboration des politiques et des programmes. Toutefois, dans certains pays, les données de surveillance de l'hypertension et d'autres facteurs de risque font toujours défaut (Figure 12).



L'importance de la surveillance et du suivi a été soulignée dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, dans laquelle il était demandé à l'OMS de mettre au point un cadre mondial de suivi, comprenant des indicateurs et des cibles qui pourraient être appliqués dans différents lieux, aux niveaux régional et national, avant la fin de 2012. L'OMS a achevé ses travaux sur le cadre global mondial de suivi comprenant des indicateurs et une série de cibles mondiales volontaires pour la lutte contre les maladies non transmissibles en novembre 2012, lors d'une consultation officielle à laquelle ont participé les représentants de 119 États Membres et d'organisations partenaires. La consultation a abouti à un cadre mondial de suivi comprenant 24 indicateurs et 9 cibles mondiales volontaires pour la lutte contre les maladies non transmissibles (Tableau 3). Le Directeur général de l'OMS présentera le cadre mondial de suivi à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2013, pour examen et adoption.

Il est nécessaire de disposer d'une combinaison d'interventions ciblant l'ensemble de la population et en particulier les groupes à haut risque pour atteindre ces cibles mondiales ambitieuses. En renforçant les approches dans la population visant à réduire l'exposition aux facteurs de risque, il sera possible de réduire la prévalence de l'hypertension (cible 6). Le renforcement des systèmes de santé pour fournir des programmes intégrés, en particulier au niveau des soins primaires, permettra d'améliorer le traitement des personnes présentant un risque élevé de complications et de réduire la mortalité évitable (cibles 1, 8 et 9). Par exemple la cible 8 consiste à fournir à au

moins 50 % des personnes présentant un risque modéré à élevé d'infarctus du myocarde ou d'AVC une chimiothérapie et des conseils (y compris le contrôle de la glycémie). Pour ce faire, les technologies de base et les médicaments génériques essentiels doivent être disponibles dans les établissements de soins primaires.

La liste indispensable comprend :

- technologies : un appareil de mesure de la tension artérielle, une balance, des dispositifs de mesure de la glycémie et des bandelettes pour détecter l'albumine dans l'urine ;
- médicaments : un diurétique thiazidique, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, un inhibiteur calcique à longue durée d'action, un bêtabloquant, la metformine, l'insuline, une statine et l'aspirine.

Il convient d'apporter une aide aux pays pour définir les données de référence et les cibles nationales. Ce faisant, tous les pays peuvent contribuer de manière significative aux neuf cibles volontaires mondiales (9). Celles-ci incluent des cibles directement liées à la lutte contre l'hypertension et ses conséquences.

Afin d'assurer le suivi des progrès accomplis et d'atteindre les cibles mondiales, la capacité des pays à recueillir, analyser et communiquer les données doit être renforcée, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.



TABLEAU 03 ENSEMBLE DE CIBLES VOLONTAIRES À L'ÉCHELLE MONDIALE À ATTEINDRE D'ICI À 2025 (9)

MORTALITÉ ET MORBIDITÉ

Mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles

1) Réduction relative de 25 % de la mortalité globale par maladies cardio-vasculaires, cancer, diabète ou maladies respiratoires chroniques

FACTEURS DE RISQUE

Facteurs de risque comportementaux

Usage nocif de l'alcool (2) Au moins 10 % de baisse relative de l'usage nocif de l'alcool, selon ce qu'il convient dans le cadre national

Sédentarité (3) Baisse relative de 10 % dans la prévalence d'une activité physique insuffisante

Apport en sel/sodium (4) Baisse relative de 30 % de l'apport moyen en sel/sodium dans la population

Tabagisme (5) Baisse relative de 30 % de la prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes âgées de 15 ans et plus

Facteurs de risque biologiques

Élévation de la tension artérielle (6) Baisse relative de 25 % de la prévalence de l'élévation de la tension artérielle ou limitation de la prévalence de l'élévation de la tension artérielle selon la situation nationale

Diabète et obésité (7) Arrêter la recrudescence du diabète et de l'obésité

MESURES PRISES PAR LES SYSTÈMES NATIONAUX

Chimio prophylaxie des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux

(8) Au moins 50 % des personnes remplissant les conditions bénéficient d'une chimiothérapie et de conseils (y compris le contrôle de la glycémie) en prévention des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux

Médicaments essentiels contre les maladies non transmissibles et technologies de base pour traiter les principales maladies non transmissibles

(9) Disponibilité et accessibilité financière de 80 % des médicaments essentiels, y compris génériques, et des technologies de base nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements des secteurs public et privé

RÉFÉRENCES

1. *Causes of death 2008 [base de données en ligne]*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf).
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, et al. *A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. *Lancet*. 2012; 380(9859): 2224-60.
3. Organisation mondiale de la Santé. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011. (Résumé d'orientation en français: Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010).
4. Organisation mondiale de la Santé. *Base de données de l'Observatoire mondial de la Santé [base de données en ligne]*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://apps.who.int/gho/data/view.main>, consulté le 11 février 2013).
5. Organisation mondiale de la Santé. *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.
6. Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. *World population prospects: The 2010 revision, CD-ROM edition*. New York, Nations Unies, 2011.
7. Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/nmh/publications/wha_resolution53_14/en/).
8. *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*. Assemblée générale des Nations Unies, 2011.
9. *Projet de plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020)*. Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/nmh/events/2013/consultation_201303015/en).
10. *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
11. Organisation mondiale de la Santé. *Impact of out-of-pocket payments for treatment of non-communicable diseases in developing countries: A review of literature WHO Discussion Paper 02/2011*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
12. Organisation mondiale de la Santé et Forum économique mondial. *From Burden to "Best Buys": Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Forum économique mondial, 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary).
13. *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. Forum économique mondial et la Harvard School of Public Health, 2011.
14. Organisation mondiale de la Santé. *Affordable Technology: Blood Pressure Measuring Devices for Low Resource Settings*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
15. Parati G., et al. *A new solar-powered blood pressure measuring device for low-resource settings*. *Hypertension*, 2010, 56; 1047-1053.
16. Ooms G, Brolan C, Eggermont N, et al. *Universal health coverage anchored in the right to health* *Bull World Health Organ* d 2013; 91(1): 2-2A. doi: 10.2471/BLT.12.115808.
17. *Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

18. *Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
19. Organisation mondiale de la Santé. *Prevention of cardiovascular disease : Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
20. Organisation mondiale de la Santé. *Package of essential noncommunicable disease interventions for primary health care in low-resource settings.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
21. Organisation mondiale de la Santé. *Prevention and control of noncommunicable diseases : Guidelines for primary health care in low resource settings.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.
22. *Scaling up action against noncommunicable diseases : How much will it cost?* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
23. *A prioritized research agenda for prevention and control of noncommunicable diseases.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
24. Organisation mondiale de la Santé. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/fctc/text_download/fr/index.html).
25. *Assemblée mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHA 57.17) (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/fr/index.html>).
26. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/fr/index.html>).
27. *Assemblée mondiale de la Santé. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (WHA 63.13) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R13-fr.pdf).
28. *Réduire les apports en sel au niveau des populations.* Rapport du forum et de la réunion technique OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
29. *World Health Organization Guideline : Sodium intake for a adults and children.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (Résumé d'orientation disponible en français : *Directives sur l'apport en sodium chez l'adulte et chez l'enfant*).
30. *World Health Organization Guideline : Potassium intake for adults and children.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (Résumé d'orientation disponible en français : *Directives sur l'apport en potassium chez l'adulte et chez l'enfant*).
31. *Healthy workplaces : a WHO global model for action.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
32. *Ligue mondiale contre l'hypertension* (<http://www.worldhypertensionleague.org>) consulté le 11 février 2013.
33. *International Society of Hypertension* (<http://www.ish-world.com>) consulté le 11 février 2013.
34. *Fédération mondiale du Cœur* (<http://www.world-heart-federation.org>) consulté le 11 février 2013.
35. *World Stroke Organization* (<http://www.world-stroke.org>) consulté le 11 février 2013.
36. Organisation mondiale de la Santé. *Ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

Panorama mondial de l'HYPERTENSION

Un « tueur silencieux » responsable
d'une crise de santé publique mondiale



Organisation
mondiale de la Santé