



Société Française
d'HyperTension Artérielle



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

HTA essentielle : prise en charge des patients adultes

Fiche mémo

Note de Cadrage

Juillet 2015

Sommaire

Abréviations	3
1 Présentation du thème et de la saisine.....	4
1.1 Saisine	4
1.2 Contexte	5
1.2.1 Définitions	5
1.2.2 Epidémiologie	5
1.3 Enjeux	7
1.4 Organisation de la prise en charge en France	8
1.5 Recherche documentaire	9
2 Plan de réalisation.....	13
2.1 Méthode de travail envisagée	13
2.2 Définition du thème de travail retenu	13
2.3 Modalités de réalisation	14
2.4 Composition des groupes	14
2.5 Liste des productions prévues	15
2.6 Calendrier prévisionnel de réalisation	16
Références.....	17

Abréviations

Abréviation	Libellé
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la Santé
AVC	Accident vasculaire cérébrale
CHEP	<i>Canadian Hypertension Education Program</i>
DEMESP	Direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique
ENNS	Etude nationale nutrition santé
ESH	<i>European Society of Hypertension</i>
FDR	Facteur de risque
HTA	Hypertension artérielle
MAPA	Mesure automatique de la pression artérielle
MHD	Mesures hygiéno-diététiques
PA	Pression artérielle
PAD	Pression artérielle diastolique
PNNS	Programme national nutrition santé
RCV	Risque cardiovasculaire

1 Présentation du thème et de la saisine

1.1 Saisine

L'élaboration de cette fiche mémo répond à une double saisine :

- saisine de la Haute Autorité de Santé (HAS), suite à la suspension par le Collège de la HAS en septembre 2011, des précédentes recommandations de bonne pratique sur l'HTA « Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle-actualisation 2005 ». ;
- saisine de la Société française d'HTA (SFHTA) dans le cadre de l'actualisation de leur recommandation sur la prise en charge de l'HTA essentielle de l'adulte de janvier 2013.

La HAS et la SFHTA ont souhaité élaborer conjointement une fiche mémo sur ce thème dans le cadre d'une convention de partenariat

► Historique

L'hypertension artérielle (HTA) constitue un enjeu majeur de santé publique qui a fait l'objet depuis les années 90, d'une succession de recommandations de bonne pratique françaises, élaborées par le Service des Bonnes Pratiques professionnelles, initialement au sein de l'ANAES puis de la HAS. Les premiers travaux ont été publiés par l'ANAES en 1997 sous le titre « Diagnostic et traitement de l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte de 20 à 80 ans ». Ces recommandations ont été actualisées, par l'ANAES, en 2000 : « Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle », puis par la HAS en 2005 « Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle-actualisation 2005 ». (1)

En avril 2008, le Ministère de la santé a demandé à la HAS, dans le cadre de sa mission d'évaluation médico-économique, « d'examiner les stratégies thérapeutiques les plus efficaces... » et de revoir « les recommandations médicamenteuses sur les classes d'antihypertenseurs... » à commencer par « l'intérêt relatif des IEC et des sartans dans la prise en charge de l'HTA ».

Au cours de l'année 2008, le Service Évaluation des médicaments de la HAS a publié une Fiche de Bon Usage du Médicament, relative aux « inhibiteurs du système rénine-angiotensine dans l'HTA essentielle non compliquée ».

En septembre 2011, dans le cadre des procédures d'application des nouvelles règles de gestion des conflits, le Collège de la HAS a décidé de suspendre six recommandations de bonne pratique dont la recommandation « Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle-actualisation 2005 », compte tenu de l'absence d'une ou plusieurs déclarations publiques d'intérêts des experts ayant participé à ces travaux.

En 2013, la Direction de l'Évaluation Médicale, Économique et de Santé Publique (DEMESP) de la HAS a publié un rapport sur l'« Évaluation par classe des médicaments antihypertenseurs » destiné à évaluer le choix thérapeutique le plus efficace lorsque l'instauration d'un traitement médicamenteux est nécessaire.

Ce rapport avait pour but de présenter de manière synthétique les principaux résultats de l'évaluation de 5 classes d'antihypertenseurs (les diurétiques thiazidiques et apparentés (DIUth), les bêtabloquants (BB), les inhibiteurs calciques (ICa), les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les antagonistes de l'angiotensine II (ARAI).)

Après un état des lieux des pratiques, ces 5 classes ont été comparées sur 3 critères cliniques (l'efficacité en termes de réduction de la mortalité et de prévention des événements cérébro et

cardiovasculaires, la tolérance, la persistance au traitement) et sur le critère d'efficacité, qui permet de rapporter les différences attendues entre plusieurs options de prise en charge en termes de bénéfice clinique et les différences attendues en termes de coût.

Ce rapport concluait :

- d'une part, que le traitement médicamenteux de l'hypertension non compliquée est efficace comparativement à un placebo ; d'autre part, que la question de l'efficacité des traitements non médicamenteux est pertinente et devrait être évaluée,
- à la non efficacité des bêtabloquants en l'absence de complications cardiovasculaires,
- que 4 classes ont une place dans la stratégie thérapeutique d'instauration de traitement dans l'hypertension non compliquée (DIUth, IEC, ICa, ARAII).
- en termes d'efficacité, trois classes sont à considérer en priorité en instauration de traitement, car elles permettent d'optimiser collectivement le bénéfice net attendu du traitement de l'hypertension (DIUth, IEC, ICa),
- lorsque l'écart de bénéfice clinique attendu de la prescription d'un ARA II, en termes de tolérance et de persistance, est mis en regard de l'écart de prix constaté en juillet 2012, la prescription d'un ARAII en instauration de traitement ne peut être considérée comme équivalente aux 3 autres classes. Toute modification de prix des ARA II sera susceptible de modifier cette hiérarchisation. (2)

Depuis les ARA II ont été génériqués et leurs prix ont été modifiés à la baisse.

En janvier 2013, la SFHTA a publié des recommandations sur « la prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte ». (3)

1.2 Contexte

1.2.1 Définitions

L'HTA est un facteur de risque cardiovasculaire. Elle est définie par consensus et selon les guidelines internationaux et français comme une élévation de la pression artérielle (PA), comprenant une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mmHg mesurées au cabinet médical et confirmées sur plusieurs consultations . (1).

L'HTA peut être le témoin d'une maladie sous jacente (HTA secondaire, pour environ 10% des cas). Lorsqu'aucune cause n'est identifiée, on parle d'HTA essentielle.

Les analyses épidémiologiques ont démontré l'existence d'associations statistiques fortes, dans les deux sexes et à tous les âges, entre l'incidence des maladies coronariennes, des accidents vasculaires cérébraux, des artériopathies des membres inférieurs et de l'insuffisance rénale chronique et le niveau des pressions artérielles systolique et diastolique.

L'HTA est un facteur de risque rarement isolé : 46 % des hypertendus sont également traités pour un excès de cholestérol, 17 % sont diabétiques et 12 % sont fumeurs (4).

1.2.2 Epidémiologie

1.2.2.1 Prévalence et incidence en France

En France métropolitaine, la population d'hypertendus est estimée à environ 14 millions d'individus. L'hypertension essentielle représente 90% des hypertendus. Le nombre d'hypertendus traités est estimé lui à environ 12 millions de personnes. (CNAMTS 2007 Point repère) (5)

En terme d'incidence, les données disponibles permettent d'estimer que l'instauration d'un traitement antihypertenseur concernerait plus d'un million d'adultes en France métropolitaine par an et 1,2 millions France entière.

L'enquête épidémiologique ENNS (Etude Nationale Nutrition Santé) a été menée en France en 2006-2007 afin d'évaluer la prévalence de l'HTA dans la population adulte française, ainsi que la connaissance de cette pathologie, son traitement et son niveau de contrôle dans cette population.

Selon cette enquête, la prévalence de l'HTA est estimée à 31 %. Elle augmente avec l'âge et est plus élevée chez les hommes (34,1 %) que chez les femmes (27,8 %). Elle augmente de manière prononcée avec l'âge, atteignant les deux-tiers (67,3 %) de la population âgée de 65 à 74 ans.

Parmi les hypertendus connus, 82 % sont traités par médicaments à action antihypertensive et parmi les hypertendus traités, 49,1 % ont une pression artérielle toujours trop élevée.

Le contrôle de l'hypertension est plus fréquent chez les femmes (58,5 %) que chez les hommes (41,8 % ; $p=0,01$). Pour ces derniers, on observe une diminution progressive du contrôle tensionnel avec l'âge, de 46,8 % entre 45 et 54 ans, à 33,9 % entre 65 et 74 ans.

Enfin, la connaissance de la maladie reste médiocre : seulement la moitié des hypertendus connaissent leur maladie. (6)

Une étude observationnelle, MONA LISA menée entre 2005-2007 a retrouvé des taux de prévalence qui suivent la même tendance. Selon cette enquête, la prévalence de l'HTA est plus élevée chez les hommes (47 %) que chez les femmes (35 %). Elle augmente avec l'âge, passant de 23,9 % et 8,6 % dans la tranche d'âge 35-44 ans à 79,8 % et 71,3 % chez les 65-74 ans, chez les hommes et les femmes respectivement ($p<10^{-4}$). Un gradient Nord-Sud est constaté avec une prévalence plus forte à Lille et à Strasbourg qu'à Toulouse ($p<10^{-4}$ dans les deux sexes). Un traitement antihypertenseur est retrouvé chez 80 % des hypertendus diagnostiqués. Parmi les sujets traités par médicaments, 47 % reçoivent une monothérapie, 34 % une bithérapie et 19 % au moins trois classes médicamenteuses différentes et ceci de façon similaire dans les deux sexes ($p=0,52$). La proportion de sujets traités avec au moins 2 classes d'antihypertenseurs augmente avec l'âge (de 36 % à 59 % $p<10^{-2}$).

Seuls 24 % des hommes et 39 % des femmes sont bien contrôlés et ce contrôle s'amointrit en vieillissant. (6)

Selon un rapport de l'OMS sur les facteurs de risque cardiovasculaires, l'HTA serait responsable de 18% des décès dans les pays riches en 2004 (2ème FDR responsable de décès après le tabac) et de 45% des décès cardiovasculaires (7). *Les décès cardiovasculaires représentaient 30% de l'ensemble des décès en France en 2008 (8, 9)*

Evolution des prévalences

Selon l'étude MONA LISA, la prise en charge de l'HTA a progressé en France si l'on compare les résultats de l'étude à ceux obtenus dix ans auparavant dans les mêmes circonstances.

La prévalence dans la tranche d'âge 35-64 ans a baissé légèrement, passant de 45,4 % à 41,8% chez les hommes et de 34,4 % à 27,8 % chez les femmes, tandis que la proportion de sujets traités a un peu augmenté (passant de 64,6 % à 67,2 % chez les hommes et de 72,4 % à 79,7 % chez les femmes). Quant au contrôle de l'HTA, s'il reste insuffisant (26,5 % des hommes et 44,5 % des femmes dans la tranche d'âge 35-64), les améliorations sont notables puisque les chiffres étaient respectivement de 17,8 % et 30,9 % il y a dix ans. (6)

Sur la base d'un échantillon des assurés sociaux, la CNAMTS a mené une étude afin d'évaluer l'évolution de la prise en charge de l'HTA entre 2000 et 2006. Dans cette période, l'effectif des patients traités est passé de 8,6 à 10,5 millions, soit un accroissement de 22,4% (+3,4% par an, en taux de croissance annuel moyen – dont 0,9 point lié au vieillissement).

Cette augmentation de la prévalence de l'HTA traitée résulte de facteurs démographiques, épidémiologiques (progression de l'obésité et du diabète fréquemment associés à l'HTA), mais aussi sans doute d'une meilleure prise en charge de l'HTA dans la population française : dans les années quatre-vingt-dix, la part de l'hypertension non diagnostiquée était estimée, en France, autour de 50%. (5)

Données internationales

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.

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 %).

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 %). (10)

1.3 Enjeux

➤ Un enjeu majeur de santé publique

Facteur de risque cardiovasculaire le plus fréquent

L'hypertension artérielle (HTA) est le facteur de risque cardiovasculaire le plus fréquent et en constante augmentation compte tenu de l'accroissement de l'âge de la population : environ 12 millions de personnes hypertendues traités en France (8,6 millions en 2000) et on estime à plus de 1 milliard le nombre de patients diagnostiqués hypertendus dans le monde.

Elle constitue le premier motif de consultation en médecine générale dans le monde.

Facteur de risque cardiovasculaire majeur

L'HTA est un facteur de risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) : ischémique et hémorragique, d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale chronique, de déclin cognitif et de décès.

L'hypertension est responsable d'au moins 45 % des décès par maladies cardiaques et de 51 % des décès par accidents vasculaires cérébraux. (10)

Parmi les causes de décès en France en 2008 publiée par l'Inserm, les maladies cardiovasculaires dans leur ensemble, occupent le deuxième rang des causes médicales de décès après les cancers, soit 27,5% du total des décès en 2008. Chez les femmes, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de décès (30,1%).

Pour la tranche d'âge des 85 ans et plus, la hiérarchie des causes de décès diffère des classes d'âge précédentes, et les maladies cardiovasculaires (35% chez les hommes, 38% chez les femmes) deviennent alors les premières causes de décès. (8)

Facteur de risque cardiovasculaire en partie modifiable

Chez les patients hypertendus, le contrôle de la pression artérielle diminue le risque de complications cardiovasculaires graves, d'où l'importance d'une prise en charge efficace.

L'HTA n'est pas une fatalité, elle est la conséquence de multiples facteurs dont certains sont modifiables.

Plusieurs leviers peuvent être actionnés pour agir sur ces facteurs : améliorer l'hygiène de vie en luttant contre les facteurs comportementaux favorisant l'HTA (sédentarité, obésité, alcool, tabac,..), favoriser l'observance du patient (la compréhension de la maladie et l'adhésion au traitement par le patient), renforcer la prise en charge thérapeutique (utilisation des nouvelles méthodes de mesure tensionnelle, amélioration de l'ajustement thérapeutique).

Insuffisamment détectée, traitée et contrôlée en France

Dans une enquête transversale menée en population (Enquête nutrition santé (ENNS)) de 2006 à 2007, la moitié seulement des hypertendus traités (51 %) avaient un contrôle satisfaisant de la pression artérielle. (6)

Compte tenu de ces différents enjeux, la prise en charge de l'HTA est inscrite dans plusieurs programmes de santé publique nationaux. Ainsi, la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et le Programme national nutrition santé (PNNS) ont fixé un objectif de réduction de la pression artérielle systolique moyenne dans la population afin de contribuer à la réduction du risque cardio-vasculaire (objectif 71).

➤ **Domaine où la recherche et les publications sont importantes**

L'évolution rapide de la recherche et le nombre important des nouvelles publications dans ce domaine justifie une actualisation régulière des recommandations.

➤ **Insuffisance des prise en charge**

Le rapport médico-économique élaboré par la HAS en 2013, sur l'« Evaluation par classe des médicaments antihypertenseurs » incluait un deuxième travail fondé sur une analyse des données administratives de remboursement afin de décrire la persistance et l'observance¹ des patients recevant pour la première fois un traitement antihypertenseur, en fonction de la classe prescrite lors de l'instauration du traitement. Cette analyse concluait que la persistance et l'observance aux traitements antihypertenseurs en France sont loin d'être optimales, bien qu'elles demeurent supérieures à d'autres pays étrangers. Sur une population de patients adultes, nouvellement traités par antihypertenseur et avec au moins un renouvellement de prescription après la prescription initiale :

- un tiers n'auront plus aucun traitement après une période de suivi de 12 mois ;
- un tiers des patients qui poursuivent leur traitement initial ont une dose remboursée insuffisante pour couvrir 80% de leurs besoins.(2)

1.4 Organisation de la prise en charge en France

En ce qui concerne la prise en charge en France, l'hypertension artérielle essentielle est principalement gérée par les médecins généralistes et ceci n'a pas changé au cours des dernières années. Ainsi, entre 2000 et 2006, le taux de patients hypertendus ayant consulté un cardiologue libéral n'a pas changé (entre 8 et 9%). (5)

Par ailleurs, l'HTA est une des pathologies chroniques pour laquelle la mise en application d'une éducation thérapeutique est essentielle. Ceci nécessite le plus souvent une coordination des soins entre différents acteurs (spécialiste, pharmacien, infirmier), au centre de laquelle se place le médecin généraliste, à la fois en première ligne dans le dépistage et le suivi de cette pathologie.

¹ Dans ce rapport, la persistance est définie comme l'action de poursuivre son traitement sur une période définie, et l'observance est définie comme l'action de respecter les conditions de prescription (dose, nombre de prise, etc.).

1.5 Recherche documentaire

La recherche documentaire sera réalisée à partir de l'année 2005, date de publication des précédentes recommandations HAS sur l'HTA.

Conformément à la méthodologie d'élaboration des fiches mémo, la recherche documentaire sera systématique, hiérarchisée et structurée. Elle comprendra dans un premier temps, une sélection des recommandations françaises et internationales et des rapports d'évidence élaborés par des agences gouvernementales, des agences d'évaluation indépendantes et des sociétés savantes.

Cette recherche sera complétée selon les questions, et au cas par cas, avec une analyse des banques de données biomédicales françaises et internationales et par la contribution bibliographique des experts participants au projet.

► **Principales recommandations publiées récemment**

Principales recommandations récentes		
France	2014	SFHTA Prise en charge de l'hypertension artérielle résistante. Consensus d'experts de la Société française d'hypertension artérielle, filiale de la Société française de cardiologie (11)
USA	2014	JNC 8 : Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the eighth joint national committee (12)
USA	2014	ASH/ISH: Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension (13)
USA	2014	ICSI Hypertension Diagnosis and treatment Health care guidelines (14)
USA	2014	AHA/ACC Guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (15)
Canada	2014	CHEP Canadian Hypertension Education Program (CHEP) recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention and treatment of hypertension (16)
Europe	2014	ESH : European Society of Hypertension practice guidelines for ambulatory blood pressure monitoring (17)
Afrique du Sud	2014	South African hypertension practice guideline 2014 (18)
France	2013	SFHTA Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte : Recommandation française de la SFHTA (Société française d'hypertension artérielle) (11)
OMS	2013	OMS World Health Organisation. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis (10)
Europe	2013	ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) (19)
Europe	2012	Cardiovascular risk assessment in hypertensive patients with tests recommended by the European Guidelines on Hypertension (20)
Canada	2012	CHEP Canadian hypertension education program recommendations for the management of hypertension: blood

		pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, and therapy (21)
France	2011	SFHTA Mesures de la pression artérielle pour le diagnostic et le suivi du patient hypertendu : Recommandation française de la SFHTA (Société française d'hypertension artérielle) (22)
USA	2011	ACCF/AHA Expert consensus document on hypertension in the elderly: A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus documents (23)
Royaume Uni	2011	NICE National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults (Clinical guideline 127) (24)
Taiwan	2010	Guidelines of the Taiwan Society of Cardiology for the management of hypertension (25)
Australie	2010	Guide to management of hypertension 2008. Updated December 2010 (26)
OMS	2003	OMS World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension (27)

► Revues Cochrane

2009	Arguedas	Treatment blood pressure targets for hypertension (28)
2009	Heran	Blood pressure lowering efficacy of alpha blockers for primary hypertension (29)
2009	Mah	Methyldopa for primary hypertension (30)
2009	McGuinness	Blood pressure lowering in patients without prior cerebrovascular disease for prevention of cognitive impairment and dementia (31)
2009	Musini	Blood pressure lowering efficacy of renin inhibitors for primary hypertension: a Cochrane systematic review (32)
2009	Musini	Pharmacotherapy for hypertension in the elderly (33)
2009	Perez	Effect of early treatment with anti-hypertensive drugs on short and long-term mortality in patients with an acute cardiovascular event (34)
2009	Wright	First-line drugs for hypertension (35)
2010	Chen	Calcium channel blockers versus other classes of drugs for hypertension (36)
2010	Glynn,	Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension (37)
2012	Diao	Pharmacotherapy for mild hypertension (38)
2012	Wiysonge	Beta-blockers for hypertension (39)
2013	Arguedas	Blood pressure targets for hypertension in people with diabetes mellitus (40)
2013	He	Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure (41)
2014	Li	Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors versus angiotensin receptor blockers for primary hypertension (42)

► Recommandations ou avis HAS

Service Evaluation du Médicament et Service de l'Évaluation Économique et de la Santé publique :

Avril 2013 Rapport Technique (Société IMS pour la HAS) « Etude coût-efficacité des traitements antihypertenseurs en primo-prescription en France » (43)

Mars 2013 Analyse médico-économique « Evaluation par classe des médicaments antihypertenseurs » (2)

Juillet 2011 Rapport technique « Évaluation de la persistance aux médicaments antihypertenseurs lors de leur première dispensation » (9)

Juin 2011 Rapport d'orientation « Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées » (44)

Fiches de Bon Usage du médicament

2012 Prévention cardio-vasculaire : le choix de la statine la mieux adaptée dépend de son efficacité et de son efficacité (45)

2007 Quelle place pour l'association fixe amlodipine-atorvastatine (Caduet®) ? (46)

► Autres travaux effectués par les organismes du champ de la santé

2012 DGS et Comité Français de lutte contre l'HTA : Objectif 2015 : 70% des hypertendus contrôlés (47)

2008 DGS Rapport L'état de santé de la population en France - Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique - Maladies cardiovasculaires • Hypertension artérielle (48)

2 Plan de réalisation

2.1 Méthode de travail envisagée

La méthode choisie pour l'élaboration de ces recommandations est la méthode HAS : « méthode d'élaboration des fiches mémo »². Cette méthode permet d'élaborer des recommandations de façon méthodique et transparente, toujours dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mais dans un temps plus court et selon un format plus synthétique.

Cette méthode a été envisagée car un nombre important de guidelines internationaux et français de bonne qualité méthodologique ont été récemment mis à jour et publiés sur ce thème. Par ailleurs il n'existe pas de controverse importante sur la prise en charge de l'HTA. Il est donc prévu d'élaborer cette fiche mémo en s'appuyant sur les données publiées déjà disponibles avec la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème.

Ce travail sera mené de façon conjointe par la SFHTA et la HAS, plus particulièrement le service des bonnes pratiques professionnelles pour la HAS. Il sera tenu compte des conclusions de l'analyse médico-économique « Evaluation des médicaments antihypertenseurs et place dans la stratégie thérapeutique » conduite par le Service Evaluation du Médicament et le Service de l'Evaluation Economique et de la Santé publique ainsi que des autres documents produits par la HAS sur le thème.

2.2 Définition du thème de travail retenu

► Libellé du thème

Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle

► Objectifs

Ces recommandations ont pour objectif :

- de remplacer les recommandations publiées par la HAS sur l'HTA en 2005
- d'actualiser les recommandations publiées par la SFHTA en 2013.

► Listes des questions prévues

Il est prévu de reprendre comme base de travail les principales questions traitées par les recommandations HTA 2005 de la HAS et de 2013 de la SFHTA, soit :

- Comment est définie l'HTA essentielle et quelles sont les cibles tensionnelles ?
- Quelles sont les techniques de mesure de la pression artérielle et leurs indications ?
- Quels sont les objectifs de l'évaluation d'un patient hypertendu ?
- Quelle est la stratégie de prise en charge non médicamenteuse et médicamenteuse ?
- Quelles sont les approches thérapeutiques recommandées dans des situations particulières ?
- Quelle est la fréquence de suivi du patient hypertendu ?

Puis d'adapter ces questions en fonction des nouvelles données de la littérature, des éventuelles évolutions affichées dans les recommandations internationales et nationales

² « Méthode des Fiches Mémo- Guide méthodologique » – Juillet 2014 (disponible sur le site de la HAS : www.has-sante.fr)

récentes et en fonction de l'avis des professionnels concernant l'évolution des pratiques et des patients.

Sur la base des données déjà analysées les points identifiés comme nécessitant une mise à jour sont :

- L'observance du patient et la place de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge
- Les modalités de mesure de la PA dans le diagnostic et le suivi du patient
- Les modalités diagnostics (repérage de l'HTA, facteurs pouvant avoir un impact sur la prévalence et la prise en charge de l'HTA)
- Les objectifs tensionnels en fonction du profil du patient
- L'adaptation des stratégies thérapeutiques
- L'actualisation des données concernant la personne âgée

Sont exclues du cadre de ces recommandations :

- les urgences hypertensives,
- les hypertensions secondaires,
- les hypertensions résistantes,
- l'HTA chez le sujet de moins de 18 ans,
- l'HTA chez la femme enceinte, sous contraceptif oral ou sous traitement hormonal substitutif.

► **Patients concernés**

Ces recommandations sont destinées à tous les patients adultes atteints d'une HTA essentielle.

► **Professionnels concernés**

Ces recommandations sont destinées aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'un patient hypertendu et en premier lieu les médecins généralistes mais sont également concernées les cardiologues, les gériatres, les néphrologues, les endocrinologues-diabétologues, les neurologues, les pharmaciens, les infirmiers.

► **Services de la HAS concernés**

Service des bonnes pratiques professionnelles
Service évaluation des médicaments.

2.3 Modalités de réalisation

Ce travail comprendra une réunion du groupe de travail (GT) pour produire la première version de la fiche mémo, une sollicitation par courrier des parties prenantes pour avis suivie d'une deuxième réunion du GT pour finalisation des documents en tenant compte des avis des parties prenantes.

2.4 Composition des groupes

► **Groupe de travail (composition qualitative et quantitative)**

2 Médecins généralistes
2 Hypertensiologues
1 Cardiologue
1 Médecin nutritionniste
1 Gériatre
1 Néphrologue

1 Endocrinologue-Diabétologue
1 Neurologue
1 Pharmacologue
1 Pharmacien
1 Infirmier
1 Représentant de patient

► Sollicitation des parties prenantes

Il est prévu de solliciter les organismes professionnels et les associations de patients et d'usagers concernés par le thème de l'HTA :

- Collège de la médecine générale
- Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS)
- Comité Français de Lutte contre l'HTA (CFLHTA)
- Club des jeunes Hypertensiologues (CJH)
- CNP de cardiologie
- CNP de neurologie
- Société française neuro-vasculaire (SFNV)
- CNP de néphrologie
- CNP de gériatrie
- CNP d'endocrino-diabétologie
- Société de Nutrition et de diététique de langue française (SNDLF)
- Collège de la Pharmacie d'officine et de la Pharmacie hospitalière (CPOPH)
- Société Française de pharmacologie et thérapeutique
- Collège infirmier français
- Alliance du cœur
- France AVC

Ainsi que :

- HAS : SEM et SEESP
- ANSM
- DGS
- DGOS
- DSS
- CNAMTS
- RSI
- MSA

2.5 Liste des productions prévues

La fiche mémo et son rapport d'élaboration

Les recommandations seront soumises pour publication dans une revue de langue française et une revue de langue anglaise. Les auteurs mentionnés seront les chefs de projet SFHTA et HAS (première et dernière place) et les membres du groupe de travail.

Des DataSet sur la prise en charge de l'HTA élaborés par la SFHTA et la HAS seront réalisés en lien avec ce travail

Plan de diffusion et de communication envisagé

Les documents seront mis en ligne sur le site Internet de la HAS et sur celui de la SFHTA.

2.6 Calendrier prévisionnel de réalisation

- Revue de littérature : juin-octobre 2015
- Réunion du groupe de travail : novembre 2015
- Sollicitation des parties prenantes : décembre 2015
- Groupe de travail post-parties prenantes : janvier 2016
- Passage à la Commission des stratégies de prise en charge de la HAS : février 2016
- Passage au Collège d'orientation et d'information de la HAS : février 2016
- Passage devant le conseil d'administration de la SFHTA : février ou mars 2016
- Passage au Collège délibératif de la HAS : mars 2016
- Publication : avril 2016

Références

1. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Actualisation 2005. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/hta_2005_-_recommandations.pdf
2. Haute Autorité de Santé. Évaluation par classe des médicaments antihypertenseurs Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/rapport_evaluation_medicaments_antihypertenseurs.pdf
3. Société française d'hypertension artérielle, Blacher J, Halimi JM, Hanon O, Mourad JJ, Pathak A, *et al.* Management of hypertension in adults: the 2013 French Society of Hypertension guidelines. *Fundam Clin Pharmacol* 2014;28(1):1-9.
4. Comité Français de lutte contre l'Hypertension Artérielle. FLAHS 2009. French League Against Hypertension Survey 2009. Les chiffres de l'hypertension. L'âge des artères. Les traitements de l'HTA. Rapport d'étude. Paris: CFLHTA; 2009.
http://www.comitehta.org/wp-content/uploads/downloads/2011/10/FLAHS2009_Rapport.pdf
5. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Hypertension artérielle et facteurs de risque associés : évolutions des traitements entre 2000 et 2006. Points de repère 2007;(10):1-8.
6. Institut de veille sanitaire. Surveillance de l'hypertension artérielle en France. Numéro thématique. *Bull Epidemiol Hebdo* 2008;(49-50):1-16.
7. World Health Organization. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
8. Institut de veille sanitaire. Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. *Bull Epidemiol Hebdo* 2011;(22):1-16.
9. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la persistance aux médicaments antihypertenseurs lors de leur première dispensation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/rapport_technique_evaluation_de_la_persistance.pdf
10. World Health Organization. A global brief on Hypertension. Silent killer, global public health crisis. Geneva: WHO; 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1
11. Société française d'hypertension artérielle, Denolle T, Chamontin B, Doll G, Fauvel J-P, Girerd X, *et al.* Prise en charge de l'hypertension artérielle résistante. Consensus d'experts de la Société française d'hypertension artérielle, filiale de la Société française de cardiologie. *Presse Med* 2014;43:1325-31.
12. Eighth Joint National Committee, James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, *et al.* 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014;311(5):507-20.

13. American Society of Hypertension, International Society of Hypertension, Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, *et al.* Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2014;16(1):14-26.

14. Institute for Clinical Systems Improvement. Hypertension Diagnosis and treatment [En ligne]. Bloomington: ICSI; 2014.
https://www.icsi.org/_asset/wjqy4g/HTN.pdf

15. American College of Cardiology, American Heart Association, Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, de Jesus JM, *et al.* 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2014;129(25 Suppl 2):S76-99.

16. Canadian Hypertension Education Program, Dasgupta K, Quinn RR, Zarnke KB, Rabi DM, Ravani P, *et al.* The 2014 Canadian Hypertension Education Program recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension. *Can J Cardiol* 2014;30(5):485-501.

17. European Society of Hypertension, Parati G, Stergiou G, O'Brien E, Asmar R, Beilin L, *et al.* European Society of Hypertension practice guidelines for ambulatory blood pressure monitoring. *J Hypertens* 2014;32(7):1359-66.

18. Southern African Hypertension Society, Seedat YK, Rayner BL, Veriava Y. South African hypertension practice guideline 2014. *Cardiovasc J Afr* 2014;25(6):288-94.

19. European Society of Hypertension, European Society of Cardiology, Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, *et al.* 2013 ESH/ESC

Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2013;31(7):1281-357.

20. Gomez-Marcos MA, Gonzalez-Elena LJ, Recio-Rodriguez JI, Rodriguez-Sanchez E, Magallon-Botaya R, Munoz-Moreno MF, *et al.* Cardiovascular risk assessment in hypertensive patients with tests recommended by the European Guidelines on Hypertension. *Eur J Prev Cardiol* 2012;19(3):515-22.

21. Canadian Hypertension Education Program, Daskalopoulou SS, Khan NA, Quinn RR, Ruzicka M, McKay DW, *et al.* The 2012 Canadian hypertension education program recommendations for the management of hypertension: blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, and therapy. *Can J Cardiol* 2012;28(3):270-87.

22. Société française d'hypertension artérielle. Mesures de la pression artérielle pour le diagnostic et le suivi du patient hypertendu. Paris: SFHTA; 2011.
http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/08/SFHTA_Recommandations_Mesure-nov2011.pdf

23. American College of Cardiology, Aronow WS, Fleg JL, Pepine CJ, Artinian NT, Bakris G, *et al.* ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus documents developed in collaboration with the American Academy of Neurology, American Geriatrics Society, American Society for Preventive Cardiology, American Society of Hypertension, American Society of Nephrology, Association of Black Cardiologists, and European Society of Hypertension. *J Am Coll Cardiol* 2011;57(20):2037-114.

24. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension. Clinical management of primary hypertension in adults. Manchester: NICE; 2011.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg127/resources/guidance-hypertension-pdf>
25. Taiwan Society of Cardiology, Taiwan Hypertension Society, Chiang CE, Wang TD, Ueng KC, Lin TH, *et al.* 2015 guidelines of the Taiwan Society of Cardiology and the Taiwan Hypertension Society for the management of hypertension. *J Chin Med Assoc* 2015;78(1):1-47.
26. Australia Heart Foundation. Guide to management of hypertension 2008. Updated December 2010 : HF; 2010.
<http://www.heartfoundation.org.au/SiteCollectionDocuments/HypertensionGuidelines2008to2010Update.pdf>
27. World Health Organization, International Society of Hypertension, Whitworth JA. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003;21(11):1983-92.
28. Arguedas JA, Perez MI, Wright JM. Treatment blood pressure targets for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD004349.
29. Heran BS, Galm BP, Wright JM. Blood pressure lowering efficacy of alpha blockers for primary hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(4):CD004643.
30. Mah GT, Tejani AM, Musini VM. Methyldopa for primary hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(4):CD003893.
31. McGuinness B, Todd S, Passmore P, Bullock R. Blood pressure lowering in patients without prior cerebrovascular disease for prevention of cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(4):CD004034.
32. Musini VM, Fortin PM, Bassett K, Wright JM. Blood pressure lowering efficacy of renin inhibitors for primary hypertension: a Cochrane systematic review. *J Hum Hypertens* 2009;23(8):495-502.
33. Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(4):CD000028.
34. Perez MI, Musini VM, Wright JM. Effect of early treatment with anti-hypertensive drugs on short and long-term mortality in patients with an acute cardiovascular event. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(4):CD006743.
35. Wright JM, Musini VM. First-line drugs for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD001841.
36. Chen N, Zhou M, Yang M, Guo J, Zhu C, Yang J, *et al.* Calcium channel blockers versus other classes of drugs for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(8):CD003654.
37. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(3):CD005182.
38. Diao D, Wright JM, Cundiff DK, Gueyffier F. Pharmacotherapy for mild hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD006742.
39. Wiysonge CS, Bradley HA, Volmink J, Mayosi BM, Mbewu A, Opie LH. Beta-blockers for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD002003.
40. Arguedas JA, Leiva V, Wright JM. Blood pressure targets for hypertension in people with diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;10:CD008277.

41. He FJ, Li J, Macgregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. Cochrane Database Syst Rev 2013;4:CD004937.

42. Li EC, Heran BS, Wright JM. Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors versus angiotensin receptor blockers for primary hypertension. Cochrane Database Syst Rev 2014;8:CD009096.

43. Haute Autorité de Santé, IMS health consulting. Etude coût-efficacité des traitements antihypertenseurs en primo-prescription en France. Saint-Denis La Plaine: HAS-IMS; 2013.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/rapport_technique_evaluation_de_lefficience.pdf

44. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf

45. Haute Autorité de Santé. Prévention cardiovasculaire : le choix de la statine la mieux adaptée

dépend de son efficacité et de son efficacité. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/statine_-_fiche_bum.pdf

46. Haute Autorité de Santé. Quelle place pour l'association fixe amlodipine-atorvastatine (Caduet®) Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/caduet.pdf>

47. Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle, Société Française d'Hypertension Artérielle, Société Française Neuro-Vasculaire. Objectif 2015. 70% des hypertendus contrôlés. Paris: CFLHTA / SFHTA; 2012.

48. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Maladies cardiovasculaires. Hypertension artérielle Dans: L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Rapport 2008. Paris: DREES; 2008. p. 206-9.