

HTA EN POPULATION PRÉCAIRE AUX ANTILLES

Rôle majeur de l'obésité ?

La prévalence de l'hypertension artérielle est élevée aux Antilles, et notamment parmi la population en situation de précarité, et encore plus particulièrement chez les femmes. L'obésité féminine (29 %) serait un des facteurs de risque essentiel de l'HTA. Une récente étude a permis

d'évaluer la prévalence de l'HTA en population précaire, sa prise en charge et de préciser les facteurs de risque. **Dr André Atallah***, **Dr Jocelyn Inamo****, **Dr Thierry Lang*****, **Dr Lynda Larabi******, **Dr Gilles Chatellier*******, **Dr Jean-Edmond Rozet*******, **Dr Christine Machuron*******, **Dr Régis De Gaudemaris******

L'OMS parle aujourd'hui de l'obésité comme d'une véritable épidémie à l'échelle mondiale (1), celle-ci ayant particulièrement progressé ces dernières années, responsable d'une morbi-mortalité cardiovasculaire croissante (2, 3).

La pathogénie sous-tendant cette majoration du risque cardiovasculaire chez les sujets en surpoids et obèses reste encore mal connue :

- trouble métabolique,
- diabète non insulino-dépendant,
- hypertension artérielle,
- dyslipidémie...

La prévalence de l'obésité varie en fonction d'un certain nombre de facteurs :

- le pays,
- l'ethnie,
- les prédispositions génétiques,
- l'âge,
- le sexe,
- les facteurs socio-professionnels et culturels,
- les facteurs environnementaux.

Néanmoins, l'hypertension est plus fréquente chez les sujets obèses (4, 5).

* Centre Hospitalier de la Basse-Terre, Guadeloupe ;

Réseau de soins sur l'HTA en Guadeloupe

** CHU de Fort-de-France, Martinique

*** Département d'Epidémiologie, INSERM U558,

Toulouse

**** Service de médecine et de santé du travail, CHU de

Grenoble

***** Département de Santé Publique et d'Informatique,

HEGP Paris

***** Centre de santé, Centre Geneviève, Basse-Terre

***** Centre Hospitalier de la Basse-Terre, Guadeloupe

L'objectif de ce travail est de mettre en évidence le "poids" de l'obésité aux Antilles car il apparaît comme le principal facteur intermédiaire expliquant la plus forte prévalence de l'HTA, et notamment chez les femmes.

PROTOCOLE

■ Population étudiée

L'étude PHAPPG (Prévalence de l'Hypertension Artérielle dans une Population Précaire Guadeloupéenne), étude transversale réalisée de novembre 2001 à novembre 2003, a inclus consécutivement 2 420 personnes âgées de 18 à 69 ans, en situation de précarité, vues par 5 médecins dans les deux centres de santé de la Guadeloupe. Les sujets inclus et considérés comme "précaires" sont :

- les Rmistes,
- les chômeurs,
- ou vivant exclusivement des prestations sociales et familiales.

■ Méthodologie

Lors de la visite initiale auprès des médecins, ont été réalisés un questionnaire portant sur les données socio-économiques, indice de précarité, facteurs de risque cardiovasculaire et consommation médicale, et une mesure de la pression artérielle (PA), à la 5^e, 6^e et 7^e minute de repos en

position assise, au bras droit, avec un appareil automatique validé.

L'hypertension artérielle a été définie par la présence d'un traitement antihypertenseur, ou d'une PA $\geq 140/90$ mmHg aux deux visites.

L'obésité est définie pour un IMC > 30 kg/m², le surpoids pour un IMC entre 25 à 30 kg/m².

Si la moyenne des 3 mesures était $\geq 140/90$ mmHg et si le patient n'était pas hypertendu connu et traité, il était reconvoqué à 1 mois au centre, pour une nouvelle série de 3 mesures, dans les mêmes conditions (mise en conformité avec les recommandations de l'OMS).

■ Analyses

L'analyse a été réalisée en coopération avec le Groupe d'Epidémiologie de la Société française d'HTA, avec un contrôle qualité effectué par le centre de Grenoble.

Les variables qualitatives étaient comparées en utilisant le test khi2.

LES RÉSULTATS

■ Population

Entre décembre 2001 et décembre 2003, 1 088 hommes (45 %) et 1 332 femmes (55 %), d'âge moyen respectif $42 \pm 10,6$ et 40 ± 11 ans, ont été inclus dans l'étude.

EXPÉRIENCE

Tableau 1 - Connaissance de l'HTA, patients sous traitement, et nombre de sujets normalisés sous traitement.			
Age (années)	Sujets hypertendus connus (%)	Hypertendus connus sous traitement (%)	Sujets équilibrés parmi les traités (%)
Hommes			
< 30	16,7	50,0	100
30-39	24,2	62,5	40
40-49	41,3	78,8	26,9
> 50	46,3	87,5	8,2
Total	40,2	81,8	19,0
Femmes			
< 30	71,4	100	80,0
30-39	63,9	95,7	40,9
40-49	63,3	87,7	44
> 50	71,2	91,9	30,8
Total	67,6	91,3	37,5

L'importance de la surcharge pondérale et de l'obésité est manifeste dans la population étudiée, surtout chez les femmes : 58 % sont en surcharge pondérale et 29 % sont obèses. Pour les hommes, le surpoids représentait 42 % de la population, avec 12 % d'obèses.

La sédentarité (moins d'une heure d'activité physique par semaine) concernait 73 % des hommes et 85 % des femmes.

Une visite de contrôle était réalisée un mois plus tard, lorsque le patient était hypertendu lors de la visite d'inclusion et qu'il n'était pas traité. Le pourcentage de sujets venus à la visite de contrôle est de 80,6 % pour les hommes et de 73,8 % chez les femmes, soit globalement 77,2 %.

■ Prévalence, connaissance de l'hypertension, traitement et contrôle thérapeutique (Tab. 1)

La prévalence de l'hypertension artérielle, selon cette méthodologie, est respectivement de 24,7 % pour les hommes et de 22,1 % pour les femmes. Pour les deux sexes, cette prévalence augmente avec l'âge, avec pratiquement 50 % chez les sujets de plus de 50 ans. Parmi les personnes hypertendues, la connaissance de leur hypertension reste médiocre, notamment chez les hommes avec 40,2 %, pour 67,6 % chez les femmes.

En revanche, chez les sujets qui se savent hypertendus, un grand nombre

d'entre eux est sous traitement anti-hypertenseur (81,8 % pour les hommes et 91,3 % pour les femmes).

Le taux de patients normalisés (TA < 140/90 mmHg) sous traitement est mauvais, il est en effet de 19 % pour les hommes et de 37,6 % chez les femmes. Ce mauvais contrôle thérapeutique augmente avec l'âge, surtout chez les sujets de plus de 50 ans.

■ Les facteurs de risque

Les facteurs de risque associés pouvant expliquer la relation entre statut socio-économique, prévalence et prise en charge de l'HTA sont :

- une prévalence de l'hypertension artérielle nettement plus importante chez les personnes en surpoids et obèses (Tab. 2) ;
- une relation significative de la prévalence de l'hypertension artérielle, en fonction de l'âge, du surpoids, de l'obésité ; en analyse multivariée, après

ajustement sur l'âge, la prévalence de l'HTA est significativement plus fréquente chez les personnes en surpoids et obèses, et ce dans les deux sexes, et une relation significative est notée concernant la consommation excessive d'alcool pour les hommes (Tab. 3) ;

- une forte relation entre un taux élevé de γ -glutamyltransférase (γ -GT) et prévalence de l'HTA pour les deux sexes et ce, après régression logistique en analyse uni et multivariée.

DISCUSSION

■ Prévalence de l'HTA

La prévalence de l'HTA dans cette population en situation précaire, âgée de 18 à 69 ans, vus dans les deux centres de santé de la Guadeloupe, était respectivement de 25 % pour les hommes et de 22 % pour les femmes, selon la méthodologie utilisée.

Tableau 2 - Association entre hypertension artérielle et statut pondéral après ajustement sur l'âge.

Prévalence de l'hypertension artérielle (%)				
Age (années)	Poids normal	Surpoids	Obésité	Total
Hommes				
< 35	7	13	33	11
35-50	17	33	47	26
≥ 50	40	66	68	53
Femmes				
< 35	2,5	5	15	5,5
35-50	15	24	68	26
≥ 50	41	55	63	56

Tableau 3 - Association entre hypertension artérielle, âge, statut pondéral et consommation d'alcool.						
	Hommes			Femmes		
	OR	IC (95 %)	p	OR	IC (95 %)	p
Poids						
Normal	1					
Obèses	4,7	3,4-8,3	< 0,001	3,2	2,1-4,5	< 0,001
Surpoids	2,6	1,8-3,7	< 0,001	1,5	1,03-2,3	< 0,033
Age (par 10 ans)	2,5	2,1-3	< 0,001	3,1	2,6-3,7	< 0,001
Consommation d'alcool						
< 3 U/d	1			1		
≥ 4 U/d	1,8	1,06-3	< 0,029	1,63	1,24-2,1	< 0,001

Quand le diagnostic d'hypertension était confirmé après deux visites, la prévalence diminuait de 34 % chez les hommes et de 27 % chez les femmes entre les deux visites, renforçant l'intérêt de respecter cette méthodologie pour le diagnostic d'HTA, plus conforme aux recommandations. Cette variation de prévalence entre les deux visites est plus significative chez les personnes plus jeunes (< 39 ans). Dans cette tranche d'âge, seuls 50 % des personnes considérées comme hypertendues à la première visite (V1) sont confirmées comme hypertendues à la deuxième visite (V2) (Tab. 4).

■ Sujets hypertendus connaissant leur hypertension

La proportion de personnes hypertendues connaissant leur hypertension reste médiocre. Elle est en effet de 40,2 % pour les hommes et de 67,6 % pour les femmes, contre 49,6 % pour les hommes et 73,3 % pour les femmes dans l'étude IHPAF par exemple. L'interprétation des résultats de l'étude PHAPPG rejoint celle des auteurs de l'étude IHPAF, à savoir la nécessité de renforcer le dépistage de l'HTA. Cette notion semble prendre davantage encore sa signification pour les populations précaires. A noter cependant, qu'en 20 ans, un grand progrès a été réalisé en Guadeloupe pour le dépistage de l'HTA. En effet, dans l'étude INSERM de 1984 (6), seuls 10 % des hommes et 16 % des femmes se savaient hypertendus.

Parmi les patients qui se savent hyper-

tendus, la proportion de sujets sous traitement pharmacologique semble correcte, puisqu'elle atteint 81,8 % des hommes et 91,3 % des femmes. Le pourcentage de patients dont la pression artérielle est équilibrée sous traitement médical est faible : 19 % pour les hommes et 37,5 % pour les femmes.

Une donnée importante retrouvée dans cette population est l'importance du surpoids et de l'obésité puisque que seuls 42 % des femmes ont un poids normal. L'impact de l'obésité sur la prévalence de l'HTA est significatif, elle multiplie en effet par 3 cette prévalence.

Il est intéressant de comparer ces résultats avec ceux de deux études ayant adopté la même méthodologie pour la mesure de la tension artérielle et concernant deux populations d'actifs : l'étude INHAPAG (7, 8) portant sur 6 113 travailleurs antillais et l'étude IHPAF qui a inclus 29 656 personnes

en France métropolitaine (9).

La prévalence retrouvée dans la population de sujets en situation précaire de l'étude PHAPPG est deux fois plus importante (25 % chez les hommes et 22 % pour les femmes) que celle notée dans l'étude IHPAF qui a inclus des sujets actifs et dont la prévalence était de 16,2 % chez les hommes et 9,4 % chez les femmes. Pour l'étude INHAPAG, cette prévalence est de 19,5 % pour les hommes et de 18,9 % chez les femmes.

■ Patients ayant une PA normalisée sous traitement

Le pourcentage de patients dont la PA est normalisée sous traitement est significativement plus faible dans la population précaire, comparée à la population des travailleurs (19 % en comparaison avec 34 % et 38 % pour les travailleurs hommes antillais et métropolitains ; 37 % en comparaison avec 62 % et 52 % respectivement pour les femmes antillaises et métropo-

Tableau 4 - Différence de prévalence de l'hypertension (PA > 140/90 mmHg) entre les visites V1 (inclusion) et V2 (contrôle à 1 mois).

	V1	V2	Différence
Hommes			
< 30 ans	16,4 %	9,2 %	- 43 %
30-39 ans	26,4 %	11,1 %	- 58 %
40-49 ans	39,9 %	26,1 %	- 34 %
≥ 50 ans	61,8 %	49,8 %	- 19 %
Total	38,2 %	24,7 %	- 34 %
Femmes			
< 30 ans	6,1 %	2,8 %	- 54 %
30-39 ans	17 %	9,3 %	- 44 %
40-49 ans	36,7 %	28,0 %	- 24 %
≥ 50 ans	62,3 %	51,7 %	- 17 %
Total	30,3 %	22,1 %	- 27 %

litaines ; $p < 000,1$), malgré un dépistage et la mise sous traitement qui diffèrent peu selon le niveau socio-économique.

■ Facteur de risque d'HTA

Le facteur de risque d'HTA qui ressort nettement est le surpoids et l'obésité, surtout chez la femme, puisque la prévalence du surpoids est de 58 % et 29 % sont obèses. La forte prévalence de l'HTA dans la population féminine caribéenne est significativement liée à l'importance de l'obésité, et ce après régression multivariée et ajustement sur l'âge et les autres facteurs de risque. Cette prévalence élevée d'obésité est également notée chez la femme dans l'étude INHAPAG (7) concernant la femme antillaise (16 % des femmes) qui est aussi plus élevée comparée à la population féminine métropolitaine de l'étude IHPAH, où l'obésité concerne 9 % des femmes (9).

L'obésité est le facteur essentiel sur lequel pourrait se baser une politique de prévention primaire de l'HTA.

■ Consommation d'alcool : facteur de risque ?

Un autre facteur de risque indépendant d'HTA est la consommation excessive d'alcool. A noter également une forte relation entre un taux élevé de γ -glutamyltransférase (γ -GT) et la prévalence de l'HTA pour les deux sexes, après régression logistique en analyse uni et multivariée.

Certes, ce taux élevé de γ -GT est un

marqueur imparfait de la consommation d'alcool, mais il est aussi utilisé dans d'autres études (10, 11).

CONCLUSION

Chez la femme antillaise, la forte prévalence de l'hypertension artérielle est surtout liée à une fréquence élevée de l'obésité et du surpoids. Ce facteur de risque d'HTA est encore plus fréquemment retrouvé dans les populations précaires.

Dans les catégories sociales les plus modestes ou à faible niveau d'études, la participation aux programmes sanitaires ainsi que l'adhésion aux traitements et aux conseils de prévention sont souvent moins bons que dans la population globale. Il est donc de la responsabilité des professionnels de santé d'améliorer l'efficacité de cette stratégie du haut risque. Il est aussi de prendre en compte le fait que les comportements individuels sont en réalité socialement partagés. Il reste donc à mieux comprendre les logiques sociales et économiques qui les sous-tendent. Il s'agit aussi d'évaluer des stratégies de prise en charge prenant en compte les spécificités des groupes les plus exposés au risque.

Un modèle plus général à l'égard de ces facteurs de risque pourrait développer une approche "populationnelle" (12), réduisant le risque dans l'ensemble de la population et pas seulement dans les groupes à haut risque biologique. Pour la consommation de lipides, de

sel alimentaire, d'alcool, l'apport calorique ou l'exercice physique, les comportements dépendent de l'offre des produits. Les changements collectifs d'attitude, les prix élevés des produits pauvres en lipides, le contenu en sel des aliments conditionnés, l'accès aux équipements sportifs, la restauration collective sont d'autant de points d'impact possibles pour une politique de santé publique.

Agir à l'échelle individuelle reste difficile dans une société où l'obésité devient une épidémie, la sédentarité et la préparation industrielle des aliments riches en sel de plus en plus fréquentes.

Une véritable politique de santé doit être mise en place avec des actions de masse. Certains résultats encourageants obtenus montrent qu'une stratégie de masse est faisable et que quelques obstacles socio-économiques peuvent être inversés (13). ■

Remerciements

Médecins investigateurs : D. Sarras, J.E. Rozet, S. Faure, I. Bossu, H. Maillard, G. Germain, W. Chelala, M.P. Adam. Etude réalisée dans le cadre d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique, 2002, en partenariat avec l'Agence départementale d'insertion, le Centre de santé Sainte-Geneviève, le Groupe épidémiologie de la Société française d'HTA, les Laboratoires Sanofi-Aventis et le réseau HTA-GWAD.

MOTS-CLÉS :

HTA, Obésité, Précarité, Femmes antillaises, Alcool, Activité physique

Bibliographie

1. WHO (World Health Organization). Obesity: preventing & managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 3-5 June, 1997.
2. Eckel RH, Krauss RM. American Heart Association call to action: obesity as a major risk factor for coronary heart disease. AHA Nutrition Committee. *Circulation* 1998 ; 97 : 2099-100.
3. Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, Castelli WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation* 1983 ; 67 : 968-77.
4. Kannel WB, Brand N, Skinner JJ Jr et al. The relation of adiposity to blood pressure and development of hypertension : The Framingham study. *Ann Intern Med* 1967 ; 67 : 48-59.
5. Messerli FH. Cardiovascular effects of obesity and hypertension. *Lancet* 1982 ; 1 : 1165-68.
6. Faïde I, Balkau B, Costagliola D et al. Arterial hypertension in the adult population of Guadeloupe, and associated factors in subjects of African origin. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1996 ; 5 : 417-26.
7. Inamo J, Lang T, Atallah A et al. Prevalence and control of hypertension in French Caribbean regions. *J Hypertens* 2005 ; 23 : 1341-46.
8. Inamo J, Malfatti S, Lang T, Atallah A et al. Hypertension artérielle aux Antilles : différences liées au sexe. *Arch Mal Cœur* 2005 ; 98 : 845-49.
9. Lang T, De Gaudemaris R, Chatellier G et al. Prevalence and therapeutic control of hypertension in 30,000 subjects in the workplace. *Hypertension* 2001 ; 38 : 449-54.
10. Allen JP, Litten RZ. The role of laboratory tests in alcoholism treatment. *J Subst Abuse Treat* 2001 ; 20 : 81-85.
11. Bots ML, Salonen JT, Elwood PC et al. Gamma-glutamyltransferase and risk of stroke: the EUROSTROKE project. *J Epidemiol Community Health* 2002 ; 56 (Suppl 1) : i25-29.
12. Leclerc A, Fassin D, Grabdjean M et al. Les inégalités sociales de santé. Editions La Découverte/INSERM, 2000.
13. Hypertension and Detection Follow-up Program (HDFP). Race, education, and prevalence of hypertension. *Am J Epidemiol* 1977 ; 106 : 351-61.