



Revue d'information du réseau HTA-GWAD www.htagwad.com

Numéro : 41

HTA GWAD - N° 41 - Janvier, Février, Mars 2018

HTA-GWAD

15 Rue Perrinon,
97100 Basse-Terre

Tél : 0590 80 86 87

Fax : 0590 80 86 88

Site www.htagwad.com

Mail : htagwad@wanadoo.fr

Membres du comité de rédaction :

R.ASMAR ; A. ATALLAH ; R.BILLY ;
L.FOUCAN ; M.GORE ; J.INAMO ; T.LANG ;
C.MOUNIER-VEHIER ; C.MACHURON ;
J-J.MOURAD ; N.POSTEL-VINAY ;

HTA - GWAD - INFO, lettre du réseau
HTA - GWAD , est adressée gratuitement
aux membres du réseau. Les non-membres
peuvent recevoir la lettre sur demande.
N° ISSN : 1769-7859

La Stratégie Nationale de Santé pour les maladies hypertensives : propositions de la SFHTA

Page 2

Focus : Les Programmes d'ETP au C.M.S. de Basse-Terre.

Page 6

Rencontre du personnel de la DEAL de Basse-Terre en présence du Dr A. ATALLAH

Pages 7



éditorial

www.htagwad.com

Le GIP-RASPEG réseau HTA-GWAD a été très actif ce trimestre : nous vous faisons part dans ce 41^{ème} numéro de la revue HTA-GWAD-INFO des principales actions et rencontres :
Participation du coordinateur médical du réseau à l'élaboration de la fiche technique éditée par la Société Française de HTA intitulée « HTA du sujet noir »

Participation à la rédaction d'un document « La Stratégie Nationale de Santé pour les maladies hypertensives : propositions de la Société Française d'Hypertension Artérielle », fruit d'un an de travail, et dont la synthèse a été remise aux nouveaux décideurs politiques
Rencontre débat avec la DEAL, sur les facteurs de risque cardio-vasculaires.

Rencontre avec les équipes du CMS, Centre Médico-Social, qui ont présentés leur programme en ETP sur l'Obésité et les maladies rhumatismales.

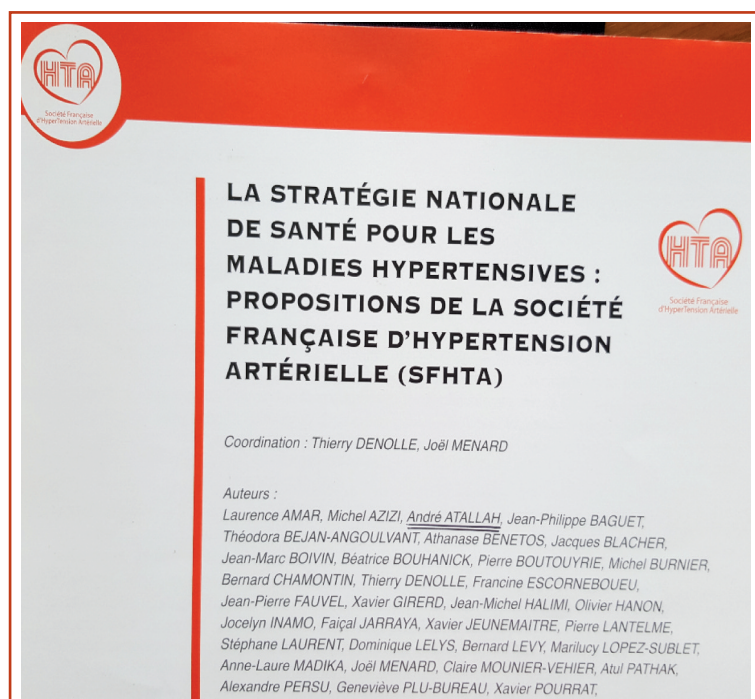
Présentation au Congrès Vasculaire des Caraïbes du nouveau programme d'ETP pour les patients sous anticoagulants ;

Un nouveau programme agréé est coordonné par le réseau, les professionnels de santé trouveront les fiches d'inclusions à ce programme.



Les Docteurs
André ATALLAH
et **Rachel Billy-Brissac**
du GIP-RASPEG réseau HTA-GWAD en présence du
Dr Thierry DENOLLE,
président de la Société Française d'HTA.

La Stratégie Nationale de Santé pour les maladies hypertensives : propositions de la Société Française d'Hypertension Artérielle



Sur le site de la Société Française d'Hypertension Artérielle vous pouvez consulter les propositions remises aux congressistes lors du meeting International sur l'Hypertension le 15 Décembre dernier.

Le Docteur André ATALLAH, coordinateur médical du GIP-RASPEG réseau HTA-GWAD présent lors de ce Congrès fait partie du groupe d'experts ayant participé à la rédaction de ces recommandations.

Le document ainsi finalisé, « La Stratégie Nationale de Santé pour les maladies hypertensives : propositions de la Société Française d'Hypertension Artérielle », fruit d'un an de travail comprend 16 chapitres. Il sera défendu et remis aux nouveaux décideurs politiques : gouvernement, parlementaires et financeurs.

Nous relayons ici le chapitre concernant les Spécificités outre-mer, dont il a été un co-rédacteur.



CHAPITRE 4

Spécificités de l'HTA dans les DOM-ROM

A. Atallah (Guadeloupe), J-P Baguet (La Réunion) ; J Inamo (Martinique)

Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) est la maladie chronique la plus fréquemment retrouvée à travers le monde. Sa prévalence varie selon les régions. Elle est élevée dans la plupart des DOM-ROM : 38,2% à La Réunion, 44% à Mayotte, 28% aux Antilles, 18% en Guyane, 25% en Polynésie françaises et 28% à Saint-Martin. Sur les deux dernières décennies, des progrès ont été accomplis en Outre-mer en matière

de dépistage et de prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA). Ainsi, aux Antilles, le pourcentage de patients hypertendus contrôlés par le traitement est de 56%, taux superposable à celui de la Métropole. Cependant, ce contrôle n'est que de 18% à La Réunion et de 27% à Mayotte. À noter la forte prévalence des complications et comorbidités, (AVC, Insuffisance rénale, Insuffisance cardiaque).

Si l'on doit faire ressortir des spécificités concernant l'HTA en Outre-mer, on retient : une plus forte prévalence, notamment chez les femmes, du surpoids et de l'obésité, le rôle majeur des conditions socio-économiques dans la survenue et la prise en charge de l'HTA, un rôle à renforcer du médecin traitant, et la gestion des comorbidités (forte association HTA et diabète entre autre.

1 - Particularités socio-économiques de l'HTA en Outre-mer

La transition économique observée ces dernières décennies dans les départements et territoires d'Outre-mer français (l'agriculture passant progressivement au second rôle derrière le tourisme et les activités de service) n'a pas créé de croissance économique réelle. De ce fait, on retrouve dans ces régions des niveaux inquiétants de multiples indicateurs de pauvreté : le quart de la population est sans emploi, le tiers sans diplôme, et un quart de la population a recours à la couverture médicale universelle (CMU). En revanche, la couverture sociale et l'accès aux soins que procure la CMU sont comparables à ceux de la Métropole. Ces éléments sous-tendent l'importance de l'HTA et des facteurs de risque cardiovasculaire associés. Aux Antilles, les nombreuses enquêtes épidémiologiques réalisées ont démontré le rôle majeur que jouaient les conditions socio-économiques dans la survenue de l'HTA, à côté de facteurs de risque plus « classiques » tels que la sédentarité, la consommation de sel et l'obésité.

En l'absence de disparité socio-économique, il n'y pas de disparité significative dans la prévalence de l'HTA. Ceci est illustré par une prévalence similaire de l'HTA au sein de travailleurs aux Antilles et en Métropole. En revanche, la préva-

lence de l'HTA est 2 à 3 fois plus élevée lorsqu'on s'intéresse à une population économiquement défavorisée, comme c'est le cas chez les sujets percevant un RSA.

Cependant, le concept de disparité socio-économique va bien au-delà du simple niveau de revenu, et inclut des paramètres tels que la disparité géographique ou le niveau scolaire. Ainsi, la prévalence de l'HTA est 3 fois plus fréquente en Guadeloupe chez les personnes ayant stoppé leur scolarité au primaire, par rapport à ceux ayant atteint ou dépassé le niveau baccalauréat. Or, cette situation représente, par exemple, un tiers de la population générale à La Réunion. L'analyse des mécanismes sous-jacents à cette relation entre conditions socio-économiques et HTA fait ressortir deux éléments : l'obésité et la sédentarité, surtout dans la population féminine.

Le taux d'obésité des femmes socialement défavorisées est multiplié par 3,1.

Dès lors, au-delà de l'HTA, les sujets socialement défavorisés présentent généralement un cluster de facteurs de risque cardiovasculaire. Ces constatations ne se traduisent pas aisément en pistes pour le traitement ou la prévention. En effet, l'élargissement de l'accès aux soins

que constitue la CMU, à laquelle a d'ailleurs recours trois-quarts des individus percevant le RMI, permet certes un haut niveau de mise sous traitement dans cette population, mais reste insuffisant pour améliorer le contrôle de l'HTA dont le niveau demeure bien plus bas que dans la population générale.

La véritable épidémie de surpoids et d'obésité à laquelle on assiste, associée ou non à une HTA, favorise l'explosion du diabète.

La prévalence de ce dernier est ainsi d'au moins le double de celle de la Métropole dans la plupart des DOM-ROM : 13,1% à La Réunion, 10,5% à Mayotte, et 9% aux Antilles.

Au total, la situation économique particulière et l'isolement naturel des DOM-ROM ont favorisé la mise en place ces dernières années d'études sur l'épidémiologie de l'HTA et ses déterminants socio-économiques. Ces études ont bien mis en évidence le rôle délétère des conditions économiques défavorables.

Elles ont aussi montré que, pour réduire la prévalence de l'HTA et augmenter l'efficacité du traitement, plusieurs pistes doivent être exploitées simultanément : aide financière, aide au logement, accès aux travailleurs sociaux, lutte contre l'obésité et la sédentarité.



Proposition 1 : Tenir davantage compte de l'impact du rôle majeur des conditions socio-économiques dans la survenue et dans la prise en charge de l'HTA (on peut parler à cet effet d'inégalités sociales de santé) : renfort du dépistage, surtout chez les hommes en situation de pauvreté administrative (CMU, minima sociaux) ; simplifier les procédures d'obtention de la CMU (21 % des hommes de l'étude PHAPPG en Guadeloupe ne bénéficient pas de la CMU à laquelle ils peuvent légitimement prétendre ; renfort de l'ETP adapté à cette population, avec mise à disposition d'appareils d'automesure tensionnelle pour cette population, accès aux travailleurs sociaux. **GRADE A**

2-Importance du surpoids et de l'obésité en Outre-mer et impact sur la prévalence de l'HTA Obésité chez l'adulte (> 15ans)

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Polynésie Française	La Réunion	Mayotte	Saint-Martin
Maigre ou normal IMC < 25 kg/m ²	45,3 %	44,4 %	51,8 %	32,6 %	50,5 %	31,5 %	36 %
Surpoids 25 < IMC < 30	31,7 %	33,6 %	30,3 %	34,4 %	34,2 %	33,2 %	31 %
Obésité IMC > 30	23 %	22 %	18 %	33 %	15,3%	35,3 %	33 %

Prévalence de l'HTA en fonction du statut pondéral (Etude PODIUM, (3))

	IMC < 25	25 < IMC < 30	30 < IMC < 35
Guadeloupe	18,6 %	31,1 %	45,9 %
Martinique	15,8 %	30,2 %	47,9 %
Guyane	9 %	19,7 %	38,4 %
Polynésie	9,6 %	21,1 %	35,4 %
Saint-Martin	17 %	31 %	39 %



La présence d'une obésité multiplie par 2,5 la prévalence de l'HTA. Or cette obésité est présente en outre-mer avec une forte prévalence. De plus cette épidémie de surpoids et d'obésité favorise l'explosion du diabète. La prévalence de ce dernier est ainsi d'au moins le double de celle de la Métropole dans la plupart des DOM-ROM : 13,1% à La Réunion, 10,5% à Mayotte, et 9% aux Antilles. Le rôle du médecin traitant dans le dépistage* du surpoids et de l'obésité, permettant ainsi de sensibiliser les personnes concernées par ce problème est important.

(*On sous-entend par dépistage la mesure systématique du poids et du tour de taille ainsi que l'annonce au patient d'un éventuel surpoids ou d'une obésité).

Plusieurs études réalisées dans les DOM-ROM (CONSANT, CONSANT-SM, PODIUM) aboutissent à la même conclusion : la sous perception du surpoids et de l'obésité est fortement associée à un défaut de dépistage et d'information fournies par les professionnels de santé.

- Concernant la loi n° 2013-453 du 3 juin 2013, dite loi sucre Outre-mer. Si l'article 1er de cette loi « Interdiction pour les produits alimentaires vendus en Guadeloupe, Guyane, Martinique, à La Réunion, Mayotte ou dans les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, d'avoir une teneur en sucres ajoutés supérieure à celle d'une denrée similaire de la même marque distribuée en

France hexagonale » est sorti en juin 2013, il a fallu 3 ans (arrêté du 7 mai 2016) pour que le 2ème article de cette même loi soit publié. Celui-ci précise que « La teneur en sucres ajoutés des denrées alimentaires de consommation courante distribuées dans les départements et collectivités, mais non distribuées en France hexagonale, ne peut pas être supérieure à la teneur en sucres ajoutés la plus élevée constatée dans les denrées alimentaires de la même famille les plus distribuées en France hexagonale ». Il pourrait être proposé, afin d'alléger le dispositif, que le Ministère de la santé détermine un taux fixe à ne pas dépasser surtout pour les sodas et yaourts (un taux de 11 à 12 grammes/100 ml semble être une cible idéale et réaliste).

Proposition 2 : Prévoir un plan de lutte contre l'obésité en Outre-mer. GRADE A

- Relancer le plan Obésité Outre-mer (l'ancien Plan avait été mis en place de 2010 à 2013)
- Amener les professionnels de santé à renforcer le dépistage du surpoids et de l'obésité
- Faire appliquer avec plus d'efficacité la loi n° 2013-453 du 3 juin 2013, dite loi sucre Outre- Mer

3- Coordination dans la prise en charge de l'HTA.

Le rôle et la place du médecin traitant et des autres professionnels de santé doit être renforcé tant dans le dépistage, le suivi, l'ETP (Educa-tion Thérapeutique du Patient). Des exemples concrets existent dans ce

domaine dont pourrait s'inspirer d'autres régions, (ex : le réseau HTA-GWAD a à son actif plus de 5 000 patients inclus dans son PEA : Programme d'Education à l'Auto-mesure. Il importe également de renforcer la prise en charge des

HTA sévères et compliquées et des comorbidités avec mise en place de centres d'excellence ou de Blood Pressure Clinics.

(Source : Société Française d'Hypertension Artérielle)

Proposition 3 : Renforcer la coordination de la prise en charge de l'HTA entre les professionnels de santé (dépistage, suivi, ETP) ainsi que celle des HTA sévères et compliquées avec comorbidités (Créer des ESH Hypertension Specialists et des Blood Pressure Clinic en outre-mer). GRADE A

(Source : Société Française d'Hypertension Artérielle)



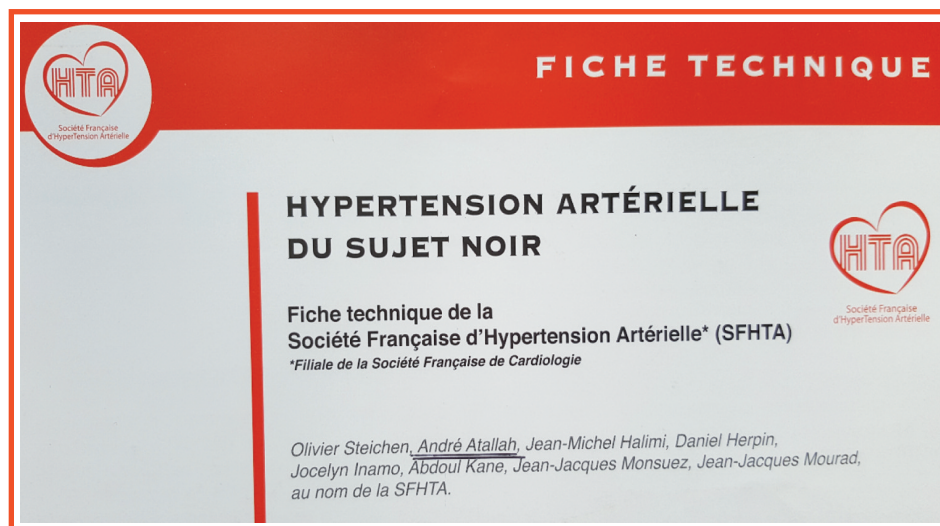
FICHE TECHNIQUE

éditée par la Société Française d'HTA : « HTA du sujet noir ».

Nous vous invitons également à poursuivre la lecture des recommandations sur le site internet de la Société Française d'HTA

Le Dr André ATALLAH, coordinateur médical du GIP RASPEG réseau HTA-GWAD a fait aussi partie du groupe d'expert ayant participé à la rédaction de la fiche technique « Hypertension Artérielle du sujet noir ». Fiche qui peut être téléchargée à partir du site du réseau : www.htagwad.com » ou celui de la Société Française d'HTA :

www.sfhta.com



FOCUS : LES PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE EN SUD BASSE TERRE : Visite du CMS



Dr A. ATALLAH cardiologue au CHBT, coordonnateur médical au sein du GIP RASPEG réseau HTA GWAD, est également le coordonnateur de l'ETP sur le Sud Basse Terre.

Une rencontre a été organisée au Centre Médico-Social entre les différents établissements, porteurs d'un programme en ETP agréé par l'ARS.

A cette occasion, les équipes du CMS ont présenté leurs 2 programmes en ETP intitulés :

- « Pour les patients candidats à la chirurgie bariatrique »
- « Pour les patients porteurs de Rhumatismes Inflammatoires Chroniques »

Dr L.BARRU, coordinatrice médicale du Programme pour les patients candidats à la chirurgie bariatrique, a exposé le déroulé de ce PET. Il a lieu en hospitalisation de jour et de semaine avec 4 objectifs à atteindre :

- *mettre et maintenir une alimentation équilibrée sans restriction,*
- *apprendre à manger en fonction de ses sensations alimentaires,*
- *mettre en place une activité physique régulière,*
- *comprendre le principe de la chirurgie bariatrique (avantages et inconvénients)*

Les patients sont accompagnés par

une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé : Médecin, Nutritionniste, Psychologue, Infirmière, Assistante Sociale, Educateur sportif, Kinésithérapeute, Diététicienne.

Le Dr L.BARRU rappelle que le patient qui a subi une chirurgie bariatrique, a un suivi à vie avec des visites tous les 3 mois après l'opération. Depuis 2013, 250 patients ont été opérés. Puis, Dr C. MONTHOUEL-VALERE, coordinatrice médicale, nous a présenté le programme ETP Rhumatismes Inflammatoires Chroniques (RIC). L'objectif de ce programme est de travailler sur le :



- savoir,
- savoir être,
- savoir-faire,
- afin de pouvoir :**
- améliorer l'état de santé,
- l'observance au traitement,
- la qualité de vie.

Des moyens mobiles au sein de la Clinique sont également présents, à savoir : Dr Alex RUART rhumatologue, Infirmière, Assistante Sociale, Ergothérapeute, Diététicienne, Psychologue, Assistante médicale....présents autour des patients Pour conclure, le Dr A. ATALLAH remercie tous les participants pour

les échanges constructifs. Il informe l'assemblée que le livret «Pour une Education Thérapeutique du patient en Guadeloupe et dans les collectivités de Saint- Martin et de Saint-

Barthélémy » est finalisé. Il devrait, très bientôt, être diffusé auprès des professionnels de Santé.

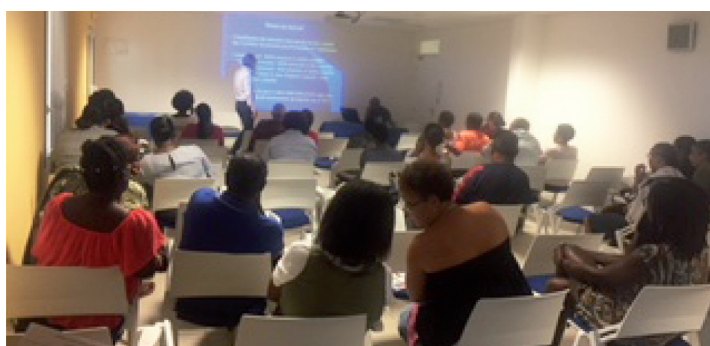
Il termine en précisant qu'en ETP : « Informer n'est pas éduquer ! »



Centre Médico Social, Basse-Terre

Rencontre du personnel de la DEAL de Basse-Terre en présence du Dr A. ATALLAH Coordonnateur médical au sein du GIP-RASPEG réseau HTA-GWAD

A la demande de la DEAL, le Dr A. ATALLAH accompagné du Réseau est venu à la rencontre du personnel de cet établissement. Beaucoup d'inquiétudes de ces salariés autour de l'HTA et surtout les maladies cardiovasculaires ont été évoquées lors du débat qui a suivi l'exposé. Cet échange a permis de répondre aux questionnements du personnel. Le Dr A. ATALLAH a ainsi fait passer certains messages clés de prévention et de prise en charge de l'HTA.



Congrès Vasculaire des Caraïbes à la Créole Beach du 10 et 11 novembre dernier : Présentation du PET des patients sous anticoagulants

Le GIP RASPEG réseau HTA GWAD a été invité à présenter le dernier programme du réseau aux professionnels de Santé : le PET des patients sous anticoagulant. Le Dr A. PHAM, membre du Conseil Scientifique du réseau, s'est rendue au Congrès afin d'expliquer le déroulé du Programme et d'exposer sa première étude sur 105 patients ayant suivis le Programme. Ces éléments probants démontrent un impact positif sur les patients : une meilleure connaissance, observance...

Comment inclure le patient ?

Une fiche à faxer au réseau !

Présente dans votre revue !





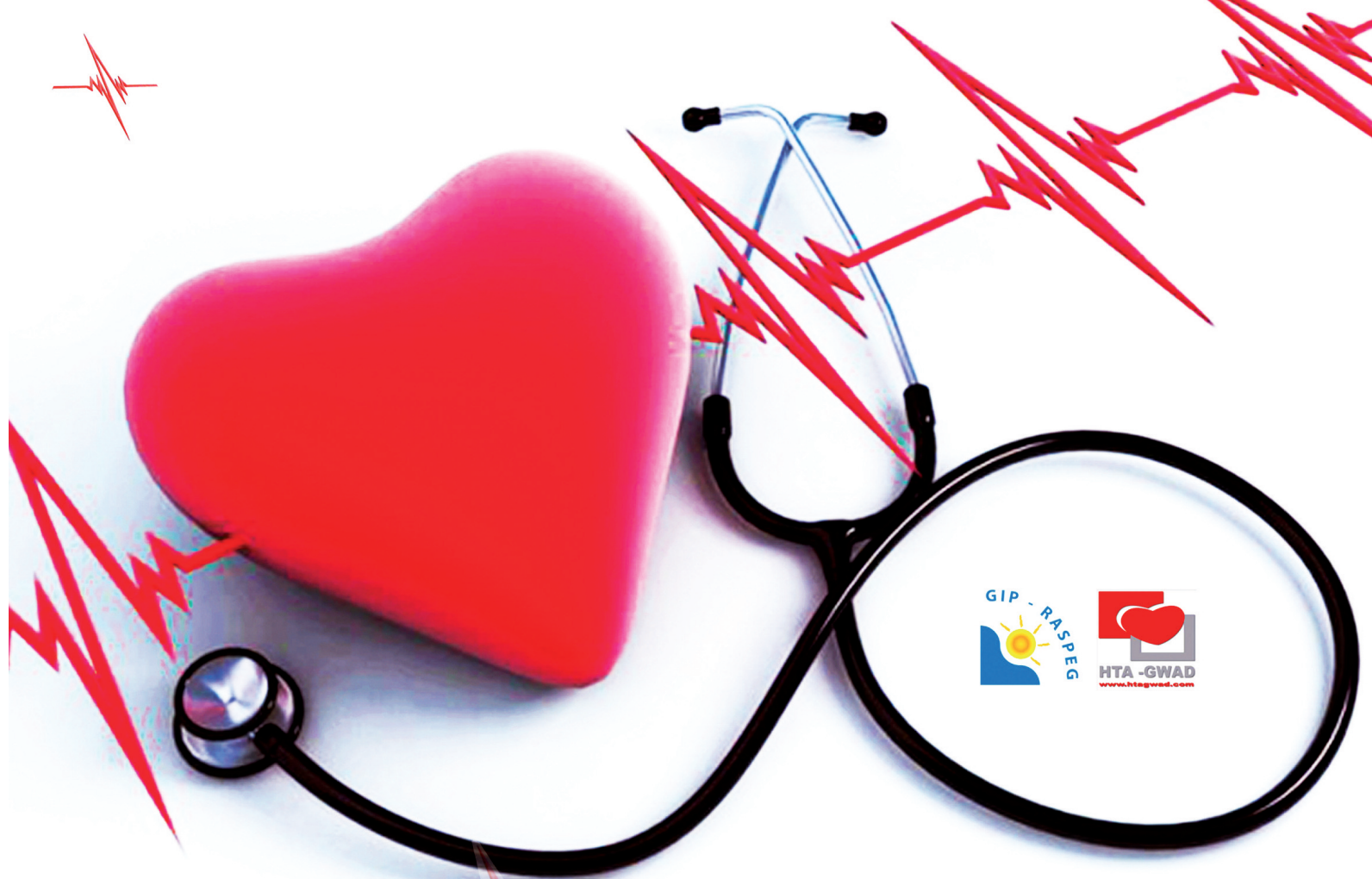
Congrès Caraibéen de Cardiologie

Sous le parrainage de la Fédération Française de Cardiologie

1-2 Juin 2018

La Créole Beach Hôtel

61 Pointe de la Verdure 97190, le Gosier
Tél : 0590904646



Inscription :

Réseau Gip Raspeg-HTA-GWAD

Adresse : 15 rue Perrinon- 97100 Basse-Terre

Tél : 0590.80.86.87 - Fax : 0590.80.86.88

email : htagwad@wanadoo.fr

site : www.htagwad.com