



Programme national de santé publique

HYPERTENSION ARTERIELLE SEVERE EXONEREE

Résultats relatifs aux assurés MSA

L'hypertension artérielle en France

Un enjeu sanitaire

L'hypertension artérielle représente un véritable enjeu de santé publique puisqu'elle constitue un facteur de risque important dans la survenue de maladies cardio-vasculaires.

Un enjeu économique

En France 7 millions de personnes sont actuellement concernées par l'hypertension artérielle, générant chaque année une prescription de médicaments antihypertenseurs atteignant 9 milliards de francs.

Le programme de santé publique de l'assurance maladie

Ces constats ont conduit les trois principaux régimes d'assurance maladie à mettre en œuvre en 1999 un programme national de santé publique concernant les malades admis en affection de longue durée pour hypertension artérielle sévère. Son objectif principal consiste à améliorer la prise en charge médicale de l'hypertension artérielle en sensibilisant les médecins aux recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) publiées en 1997.

La phase d'étude se déroule en deux temps :

- l'enquête initiale qui a évalué la prise en charge médicale ;
- une seconde enquête vers fin 2000 qui mesurera à nouveau la prise en charge, de manière à évaluer l'impact de la diffusion des recommandations de l'ANAES auprès des médecins traitants.

L'enquête initiale

Cette enquête réalisée sur l'ensemble du territoire français (métropole et DOM) du 31 mai à mi-novembre 1999, a concerné 10 665 malades des trois régimes d'assurance maladie, âgés de 20 à 80 ans, qui avaient fait une première demande d'exonération du ticket modérateur pour hypertension artérielle sévère. Les résultats concernant les trois régimes d'assurance maladie ont été publiés en mai 2000. **Les résultats présentés dans ce document concernent 1 175 dossiers traités par les services de contrôle médical des caisses de MSA.** Les résultats ont été redressés afin de tenir compte du poids de chaque région.

Les données ont été recueillies :

- auprès de chaque malade,
- auprès du médecin traitant par le médecin conseil de la caisse qui rappelait, à l'occasion de cet échange confraternel, les recommandations de bonnes pratiques éditées par l'ANAES.

LA POPULATION DES MALADES

➤ Des malades plus âgés

Au sein de l'échantillon MSA, les 60-80 ans représentent 84 % des malades enquêtés, contre 65 % pour l'échantillon national. L'âge moyen des malades MSA (68 ans) est ainsi supérieur de 5 années à celui de l'ensemble des malades enquêtés.

Figure 1 : Répartition des malades de l'échantillon MSA selon l'âge (effectif redressé n= 4 500)

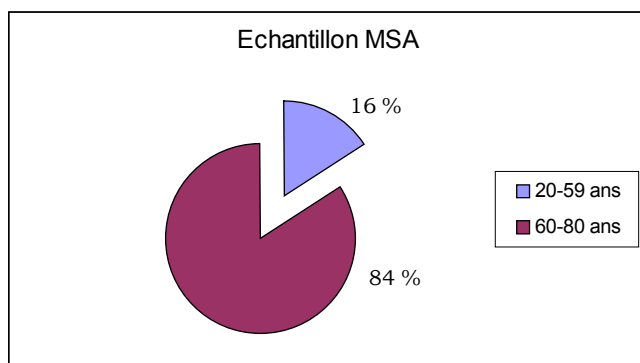
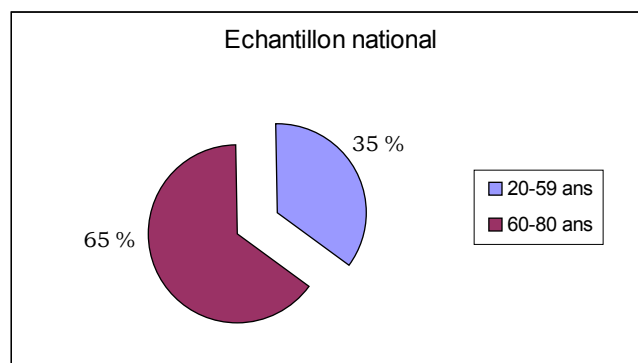


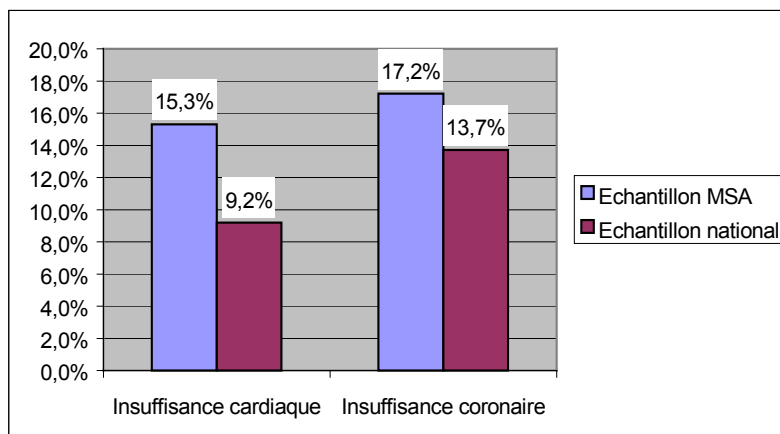
Figure 2 : Répartition des malades de l'échantillon national selon l'âge (effectif redressé n= 50 383)



➤ Certaines comorbidités plus fréquentes

Les malades MSA sont plus nombreux que ceux de l'échantillon national à souffrir de certaines pathologies associées à l'hypertension artérielle : 15,3 % souffrent d'une insuffisance cardiaque [9,2 % au sein de l'échantillon national] et 17,2 % souffrent d'une insuffisance coronaire [13,7 % au sein de l'échantillon national].

Figure 3 : Répartition des malades MSA et des malades de l'échantillon national selon la présence de certaines pathologies associées (effectif redressé MSA n= 4 500, effectif redressé national n= 50 383)



L'âge moyen élevé de l'échantillon MSA peut expliquer cette différence : les malades âgés de 60 à 80 ans souffrent davantage que les plus jeunes d'une insuffisance cardiaque ou d'une insuffisance coronaire.

Tableau 1 : Répartition des malades MSA selon l'âge et la présence de certaines pathologies associées (effectif redressé n= 4 500)

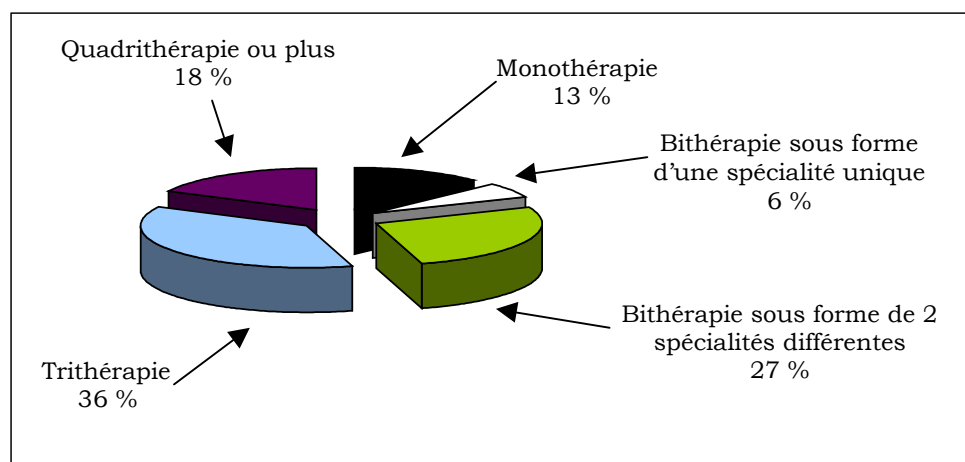
	Insuffisance cardiaque	Insuffisance coronaire
20-59 ans	8,2 %	12,7 %
60-80 ans	16,7 %	18,0 %

LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

➤ Contenu du traitement médicamenteux

La figure ci-dessous décrit la répartition des malades selon le nombre de spécialités et le nombre de principes actifs.

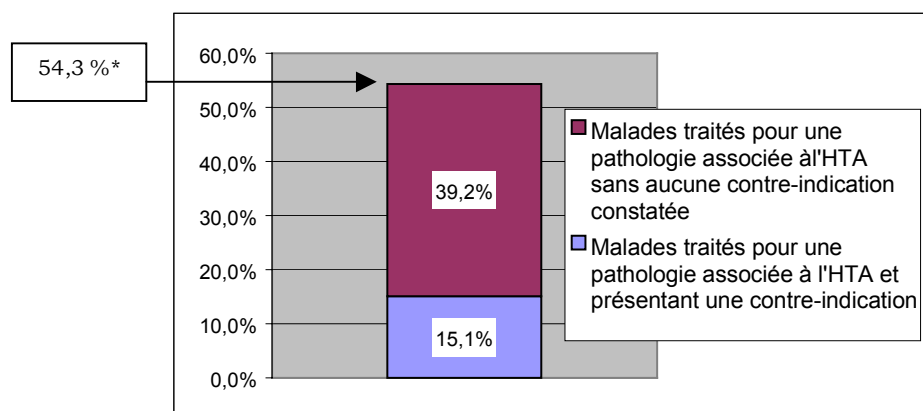
Figure 4 : Répartition des malades MSA selon le type de traitement combinant le nombre de principes actifs et le nombre de spécialités (effectif redressé n= 4 500)



➤ Une part importante de malades dont le traitement comprend une prescription considérée comme contre-indiquée*

Certains traitements médicamenteux antihypertensifs peuvent entraîner l'aggravation d'une autre pathologie (exemple : traitement de l'hypertension artérielle par un bêtabloquant chez un patient asthmatique). Chez 15,1% des malades MSA, le traitement médicamenteux antihypertensif apparaît ainsi contre-indiqué puisqu'il est susceptible d'aggraver la pathologie associée dont souffre le malade**.

Figure 5 : Répartition des malades MSA selon l'existence d'une pathologie associée à l'hypertension artérielle susceptible d'entraîner une contre-indication (effectif redressé n= 4 500)



* Au regard de l'ANAES

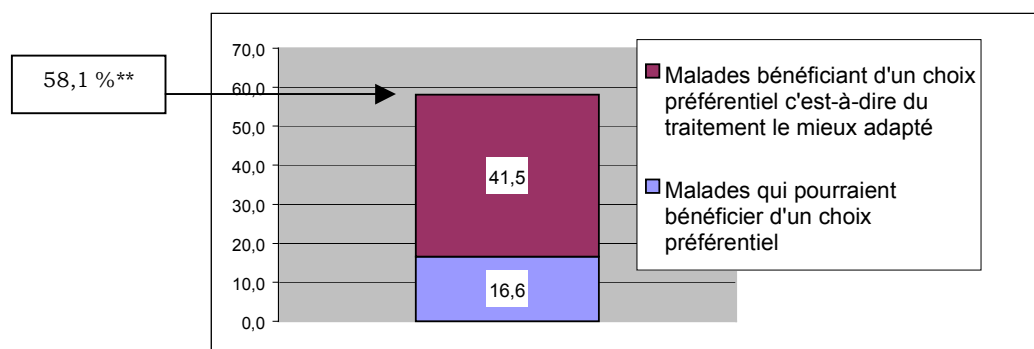
** Les malades sont au total 54,3 % au sein de l'échantillon MSA, à souffrir d'au moins une pathologie associée à l'hypertension artérielle **susceptible** d'entraîner la prescription d'un antihypertenseur d'une classe thérapeutique contre-indiquée

LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

➤ Des choix préférentiels effectifs

Pour certaines pathologies associées à l'hypertension artérielle, l'ANAES (1997) recommande une « classe thérapeutique préférentielle »* : il s'agit du traitement le mieux adapté compte tenu du contexte polyopathologique du malade. Au sein de l'échantillon MSA, 41,5 % des malades bénéficient ainsi du choix préférentiel édicté par l'ANAES compte tenu de leur(s) pathologie(s) associée(s)**.

Figure 6 : Répartition des malades MSA selon l'existence d'une pathologie associée à l'hypertension artérielle susceptible d'entraîner une prescription préférentielle effectif redressé n= 4 500)



* L'ANAES (1997) recommande ainsi en cas d'hypertension artérielle et de diabète, la prescription d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion

** Au total 58,1 % des malades présentent au moins une pathologie associée à l'hypertension artérielle **susceptible** de faire l'objet d'une « prescription préférentielle »

LE CONTROLE TENSIONNEL

➤ Les critères de l'ANAES (1997)

Les critères de normalisation des chiffres tensionnels de l'ANAES de 1997 indiquent que :

- Pour les malades âgés de moins de 60 ans, les chiffres tensionnels doivent être strictement inférieurs au seuil de 140 mm de mercure pour la PAS (pression artérielle systolique) et 90 mm de mercure pour la PAD (pression artérielle diastolique) ;
- Pour les malades âgés de 60 à 80 ans atteints d'une hypertension artérielle systolique isolée, la PAS doit être inférieure ou égale à 160 mm de mercure et la PAD strictement inférieure à 90 mm de mercure.

Les malades sont donc considérés comme :

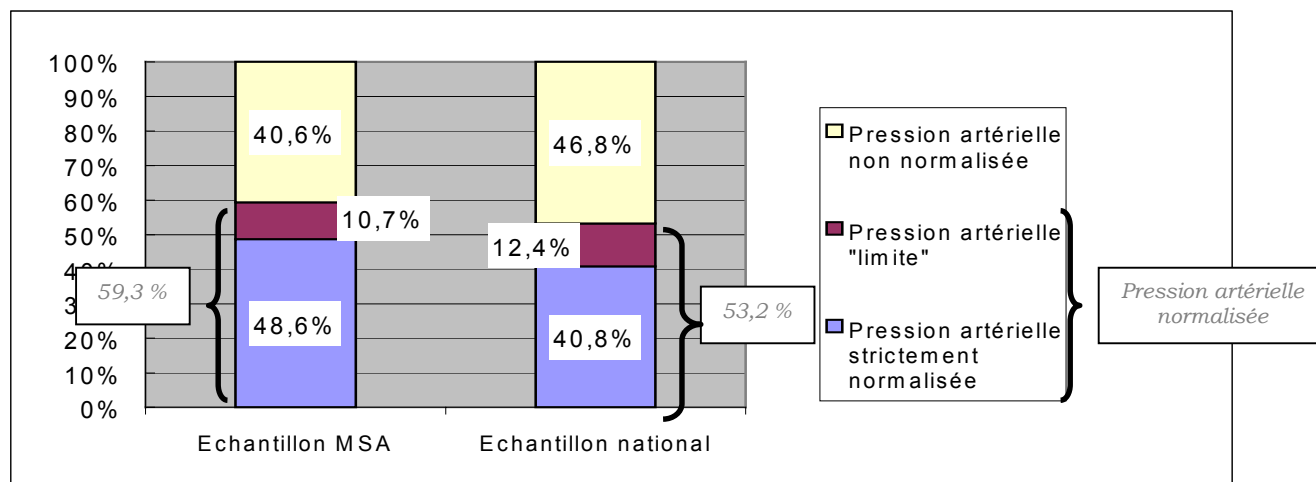
- « **strictement contrôlés** » si le chiffre tensionnel correspond aux critères de l'ANAES (PAS et PAD <140/90) ou (si âge >= 60 ans avec HTA systolique isolée PAS <=160 et PAD <90) ;
- « **à la limite du contrôle** » si le chiffre tensionnel correspond aux valeurs seuil (PAS = 140 et PAD <=90) ou (PAS<=140 et PAD = 90) ;
- « **non contrôlés** » si le chiffre tensionnel n'est pas normalisé (PAS>140 ou PAD>90) ou (si âge >= 60 ans avec HTA systolique isolée PAS>160).

LE CONTROLE TENSIONNEL

➤ Les malades MSA mieux contrôlés

La part de malades MSA présentant des chiffres tensionnels normalisés (selon les recommandations de l'ANAES) est plus importante qu'au sein de l'échantillon national : (59,3 % des malades MSA, 53,2 % pour l'échantillon national).

Figure 7 : Répartition des malades MSA et des malades de l'échantillon national selon les différents niveaux de normalisation de la pression artérielle (effectif redressé MSA n= 4 500, effectif redressé national n= 50 383)

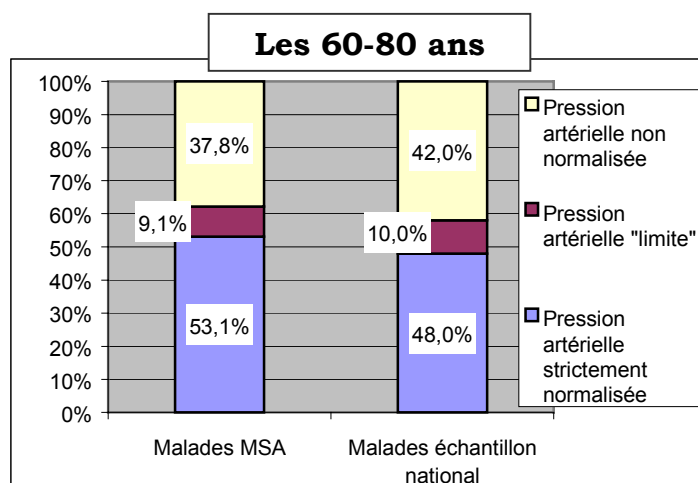
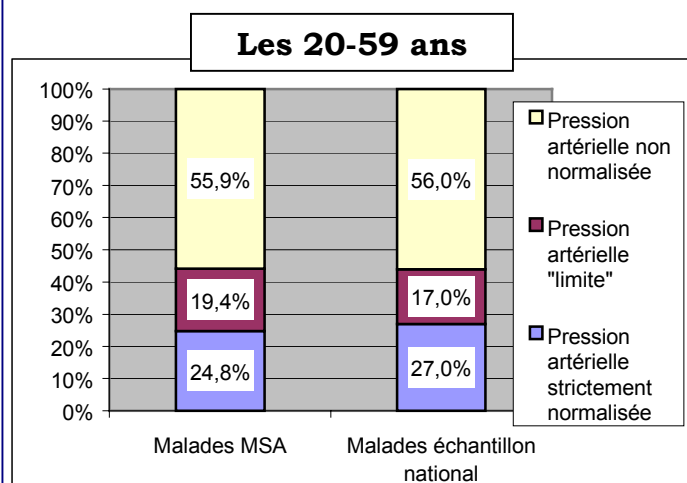


La part de malades ayant des chiffres tensionnels normalisés est plus importante chez les plus de 60 ans. Les critères de normalisation sont en effet moins exigeants chez ces malades.

De surcroît, les malades MSA de cette tranche d'âge sont « mieux contrôlés » que ceux de l'échantillon national (62,2 % des malades MSA âgés de 60 à 80 ans ont une pression artérielle normalisée contre 58 % des malades de l'échantillon national).

Figure 8 : Répartition des malades âgés de 20 à 59 ans selon le contrôle tensionnel (effectif redressé MSA n= 4 500, effectif redressé échantillon national n= 50 383)

Figure 9 : Répartition des malades âgés de 60 à 80 ans selon le contrôle tensionnel (effectif redressé MSA n= 4 500, effectif redressé échantillon national n= 50 383)



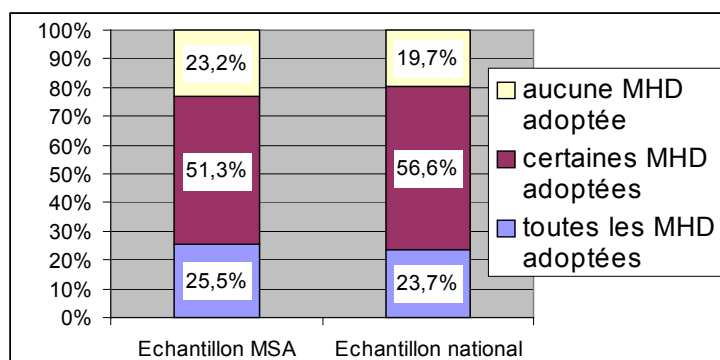
LES MESURES HYGIENO-DIETETIQUES

L'ANAES préconise quatre types de mesures hygiéno-diététiques dont l'efficacité a été prouvée dans la normalisation des chiffres tensionnels :

- la réduction des apports sodés,
- la réduction de la consommation d'alcool,
- la réduction du poids,
- l'augmentation de l'activité physique.

Parmi les malades MSA, 25,5 % ont adopté toutes les mesures hygiéno-diététiques. Ils sont presque aussi nombreux à n'en avoir adopté aucune (23,2 % des malades MSA).

Figure 10 : Répartition des malades selon la prise en compte des mesures hygiéno-diététiques (effectif redressé MSA n= 4 500, effectif redressé national n= 50 383)



En conclusion

L'enquête initiale sur la prise en charge de l'hypertension artérielle en France aura montré que des progrès peuvent être encore réalisés : **au niveau national un malade sur deux seulement est normalisé sur le plan tensionnel.**

Concernant les malades MSA, les résultats diffèrent peu de ceux de l'échantillon national [la part de malades considérés comme ayant des chiffres tensionnels normalisés est cependant légèrement plus importante que celle observée pour l'échantillon national].

L'hypertension artérielle s'accompagnant pour 71 % des malades d'au moins une autre pathologie, il était intéressant d'observer les comportements des médecins en terme de choix du traitement médicamenteux. L'enquête fait ainsi apparaître un tableau contrasté : **tandis que plus d'un malade MSA sur trois bénéficie d'un « choix préférentiel », près d'un malade MSA sur six a un traitement antihypertensif qui apparaît contre-indiqué compte tenu de la pathologie associée.**

L'enquête initiale aura donc confirmé la nécessité :

- d'améliorer la prescription médicamenteuse,
- de responsabiliser les malades sur l'importance des mesures hygiéno-diététiques qui sont, pour l'heure mal respectées.

La suite de l'étude permettra quant à elle de mesurer les effets de la diffusion des recommandations de bonnes pratiques réalisée auprès des médecins traitants.