

COMMUNICATION

Évolutions dans la prise en charge de l'HTA et des facteurs de risque cardio-vasculaire en France entre 2007 et 2017

MOTS-CLÉS : HYPERTENSION ARTÉRIELLE. FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRES. ETUDE FLAHS

Trends in the use of cardiovascular prevention treatments in France between 2007 and 2017

KEY WORDS : HIGH BLOOD PRESSURE. CARDIOVASCULAR RISK FACTORS. FLAHS STUDY

Xavier GIRERD ^{1,2}, Olivier HANON ^{2,3}, Bernard VAÏSSE ^{2,4}

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec le contenu de cet article

RÉSUMÉ

La prise en charge de l'HTA et des facteurs de risque cardio-vasculaire constitue l'activité prédominante des professionnels de santé en France en particulier en soins primaires. Pour estimer la prise en charge de l'HTA et des facteurs de risque les données obtenues par les enquêtes FLAHS (French League Against Hypertension Survey) ont été analysées. Dans les trois enquêtes réalisées en 2007, 2012 et 2017, l'indicateur retenu dans la population âgée de 35 ans et plus a été le pourcentage de la prescription de médicaments antihypertenseurs,

1. Sorbonne Université, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Hôpital de La Pitié-Salpêtrière Unité de Prévention Cardio-Vasculaire, 83 Bld de l'Hôpital 75651 Paris cedex 13.
2. Comité français de lutte contre l'hypertension artérielle (CFLHTA), 5 rue des colonnes du trône 75012 Paris.
3. Université Paris Descartes, EA 4468, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Hôpital Broca service de gériatrie, 54-56 rue Pascal, 75013 Paris — France ;
4. Service de Cardiologie Unité Hypertension, Hôpital de la Timone, 264, rue Saint Pierre 13385 Marseille Cedex 5.

Tirés-à-part : Professeur Xavier GIRERD, même adresse
Article reçu le 9 octobre 2018, accepté le 22 octobre 2018

de médicaments hypolipémiants, de médicaments antidiabétiques et d'un tabagisme actif. En 2007, la prévalence des sujets âgés de 35 ans et plus traités pour une HTA était de 32 % [IC 95, 30-34], ceux traités pour une dyslipidémie était de 22 % [IC 95, 21-23], ceux traités pour un diabète était de 8 % [IC 95, 7-9], ceux ayant un tabagisme actif de 19 % [IC 95, 18-20]. En 2017, les prévalences étaient respectivement de : 28 % [IC 95, 27-29], 17 % [IC 95, 16-18], 9 % [IC 95, 8-10] et 16 % [IC 95, 15-17]. Ces changements dont les causes sont multiples ont le potentiel de modifier défavorablement les indices de santé prédicteurs des maladies cardio-vasculaires dans la prochaine décennie en France.

SUMMARY

The management of hypertension and cardiovascular risk factors is the predominant activity of healthcare professionals in France, particularly in primary care. To estimate the management of hypertension and risk factors, the data obtained from the French League Against Hypertension Survey (FLAHS) carried out in 2007, 2012 and 2017 were analyzed. The indicator chosen in the population aged 35 years and over was the percentage of prescription of antihypertensive drugs, lipid-lowering drugs and antidiabetic drugs, and an active smoking. In 2007, the prevalence of subjects aged 35 and over treated for hypertension was 32 % [95, 30-34], those treated for dyslipidemia were 22 % [95, 21-23], those treated for diabetes was 8 % [95 % CI, 7-9], those with active smoking was 19 % [95, 18-20]. In 2017, the percentages were respectively: 28 % [95 % CI, 27-29], 17 % [95 % CI, 16-18], 9 % [95 % CI], 8-10] and 16 % [95 % CI]. 17]. These changes, whose causes are multiple, have the potential to unfavorably influence the risk factors related to the incidence of cardiovascular diseases in the next decade in France.

INTRODUCTION

La prise en charge de l'HTA et des facteurs de risque cardio-vasculaire constitue l'activité prédominante des professionnels de santé en France en particulier en soins primaires. Selon les données de l'assurance maladie, les séances médicales effectuées pour le motif d'une HTA représente 11 % de l'ensemble des séances médicales en France avec 94 % effectuées par les généralistes, le reste étant essentiellement réalisé par des cardiologues. Dans leur activité globale, la prise en charge de l'HTA représente 15 % des séances de généralistes et 30 % des séances de cardiologues [1].

L'augmentation de 38 % entre 2000 et 2006 du montant remboursé annuellement pour la prise en charge du diabète et du traitement du risque vasculaire (HTA, dyslipidémie), qui représentait un montant total pour l'Assurance maladie de 4,4 milliards d'euros en 2006, a conduit à inscrire ces pathologies dans une démarche de « maîtrise médicalisée » conjuguant l'amélioration du service rendu à l'efficacité économique [2]

La publication en juillet 2017 par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (Cnamts) de la « cartographie médicalisée » sur la période 2012 à 2015 indique que le coût lié à la prise en charge des traitements du risque vasculaire était en baisse [3]. La raison donnée était la baisse des effectifs combinée à la baisse

de la dépense par patient du fait de la tombée de brevets et de la diffusion des génériques pour les antihypertenseurs et les statines. Dans ce même rapport, une projection des dépenses pour l'année 2020 confirmait la poursuite de la baisse des dépenses pour les traitements du risque vasculaire et ce malgré une augmentation attendue du nombre de sujets lié au vieillissement de la population et à l'observation entre 2012 et 2015 de plus de 332 000 personnes supplémentaires présentant une maladie cardiovasculaire.

Ainsi, les pathologies cardiovasculaires qui ont en France un taux de croissance annuel moyen observé sur la période de l'ordre de 3 % par an pourrait voir leur incidence se modifier dans les années à venir du fait de diminution des sujets bénéficiant d'un traitement du risque vasculaire (hypertension, dyslipidémie).

Pour évaluer les changements dans la prise en charge de l'HTA et des facteurs de risque en France, et se comparer aux données de la Cnamts, les données obtenues par les enquêtes FLAHS (French League Against Hypertension Survey) de 2007, 2012 et 2017 ont été analysées.

Méthode

Les enquêtes FLAHS sont menées depuis 2002 par le comité français de lutte contre l'hypertension artérielle (CFLHTA), sur un échantillon de 20 000 foyers, représentatifs de la population des ménages ordinaires Français, et issu de la base de sondage permanente de KANTAR HEALTH Métascope (ex TNS SOFRES) avec exclusion des sujets vivants en institutions ou sans domicile fixe. Le panel a été constitué selon la méthode des quotas au niveau foyer, après une double stratification région/habitat. Au sein de ces foyers (famille vivant sous un même toit ou vivant seule), les personnes sont interrogées grâce à un questionnaire auto-administré, adressé par voie postale. Les questionnaires retournés ont été soumis à une relecture individuelle puis à une double saisie, de façon à écarter les questionnaires inexploitable. Un redressement des données a été effectué sur les critères de représentativité : sexe, âge, région, habitat, profession du chef de famille, nombre de personnes au foyer.

Le questionnaire élaboré par le comité scientifique du CFLHTA, permettait entre autre, de colliger les données biométriques (obésité si $BMI \geq 30$), les antécédents médicaux, un tabagisme actif, la prise actuelle de médicaments antihypertenseurs, de médicaments hypolipémiants, de médicaments antidiabétiques. Concernant les médicaments antihypertenseurs, le questionnaire comportait une liste exhaustive et actualisée comportant le nom de tous les médicaments (nom de marque ou générique) ayant une indication pour le traitement de l'HTA. Chaque participant avait comme instruction de reporter le numéro de code du ou des médicaments pris pour soigner l'HTA, le jour du remplissage du questionnaire.

Les analyses ont été réalisées sur les enquêtes FLAHS 2007 (3229 individus), FLAHS 2012 (3462 individus) et sur l'enquête FLAHS 2017 (4783 individus) [4, 5]. Pour ces années les enquêtes FLAHS ont été réalisées chez les sujets âgés de 35 ans et plus vivant en France métropolitaine.

Résultats

La table 1 détaille les données de prévalence des traitements de l’HTA et des facteurs de risque cardiovasculaire pour les 3 années de réalisation des études FLAHS.

En 2007, la prévalence des sujets âgés de 35 ans et plus traités pour une HTA était de 32 % [IC 95, 30-34], ceux traités pour une dyslipidémie était de 22 % [IC 95, 21-23], ceux traités pour un diabète était de 8 % [IC 95, 7-9], ceux ayant un tabagisme actif de 19 % [IC 95, 18-20]. En 2017, les prévalences étaient respectivement de : 28 % [IC 95, 27-29], 17 % [IC 95, 16-18], 9 % [IC 95, 8-10] et 16 % [IC 95, 15-17].

En se basant sur les chiffres de population des recensements réalisés en France métropolitaine, le nombre des sujets traités pour une hypertension et/ou une dyslipidémie et/ou un diabète peut être estimé à 13,6 millions [IC 95, 12,8-14,6] en 2017. La comparaison entre 2012 et 2017 indique que le nombre des patients traités par un hypolipémiant a diminué de 8,1 à 6,4 millions et que celui des hypertendus traités a aussi diminué passant de 11,6 à 10,8 millions. Celui des diabétiques traités a en revanche augmenté de 2,8 à 3,3 millions.

La figure 1 détaille les prescriptions des familles d’antihypertenseurs entre 2007 et 2017. Elle indique que, entre 2007 et 2012 en France, la prescription des bêta-bloquants et des antagonistes calciques a diminué alors que celle des antagonistes de l’angiotensine 2 (ARA2) et des diurétiques a augmenté. Sur la période 2012 –2017, la prescription des ARA2 et des diurétiques a diminué alors que celle des IEC et ces antagonistes calciques a augmenté.

TABLE 1. — Prévalence du traitement de l’HTA et des facteurs de risque cardio-vasculaire dans la population des sujets âgés de 35 ans et plus en France métropolitaine selon les enquêtes FLAHS.

	2007		2012		2017	
HTA traitée	32 % 33,6 %	30,4 %	30 % 31,5 %	28,5 %	28 % 29,3 %	26,7 %
Dyslipidémie traitée	22 % 23,4 %	20,6 %	22 % 23,4 %	20,6 %	17 % 18,1 %	15,9 %
Diabète traité	8 % 8,9 %	7,1 %	8 % 8,9 %	7,1 %	9 % 9,8 %	8,2 %
Tabac actif	19 % 20,4 %	17,6 %	20 % 20,8 %	18,2 %	16 % 17,2 %	15,2 %
Obésité	17 % 18,3 %	15,7 %	18 % 19,0 %	16,4 %	18 % 19,5 %	17,3 %

(% et borne supérieure et inférieure de l’intervalle de confiance à 95 %)

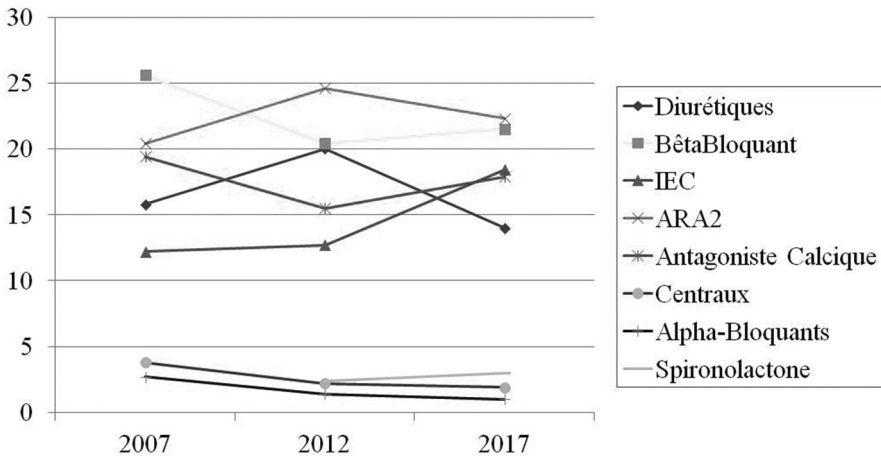


FIG. 1. — Répartition des familles pharmacologiques rapporté au total des médicaments antihypertenseurs colligé dans chaque enquête FLAHS (2007, 2012 et 2017).

Discussion

En France entre 2007 et 2017, les usages des traitements pour la prévention des maladies cardio-vasculaires (hypertension, dyslipidémie et diabète) et le nombre des sujets fumeurs actifs se sont modifiés. Si la baisse du pourcentage des hypertendus traités semble avoir débuté avant 2012, la baisse devient statistiquement significative entre les années 2007 et 2017. Pour les traitements de la dyslipidémie la baisse est importante et significative entre 2012 et 2017 seulement. En revanche, pour le traitement du diabète on observe une augmentation entre 2012 et 2017 sans atteindre toutefois le seuil de la significativité statistique. Le pourcentage de fumeurs diminue, indication très positive pour la prévention des maladies cardiovasculaires et des cancers.

La baisse de l'usage des traitements antihypertenseurs en France depuis 2012 est un résultat retrouvé de façon très concordante dans les trois bases de données disponibles : les enquêtes FLAHS qui sont réalisées par un institut de sondage (KANTAR HEALTH) [4], les données de la base administrative de délivrance des médicaments de la Cnamts (Sniiram : système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie) [3] les données de l'enquête de population réalisée par Santé Publique France (ESTEBAN) [6]. Toutefois ce sont les enquêtes FLAHS qui en montrant une évolution sur une période de 10 ans avec une dernière date d'enquête en 2017 qui permettent d'obtenir les données les plus actualisées car ESTEBAN et la Cnamts n'ont réalisé des analyses que jusqu'à l'année 2015. Bien que les données obtenues par les enquêtes FLAHS soient déclaratives, la méthodologie de vérification des auto-questionnaires est restée identique aux trois périodes et le listing des médica-

ments antihypertenseur a été mis à jour pour chaque enquête, avec les DCI et les noms de marque, afin de permettre l'exhaustivité du reporting des noms des médicaments suivis par les déclarants. Ainsi, le biais de déclaration associé à ce type d'enquête est resté comparable entre les périodes.

La raison de la baisse de l'usage des antihypertenseurs en France n'est pas connue et cette donnée vient en contradiction avec la réalité épidémiologique liée au vieillissement de la population. En effet, l'HTA et les maladies cardiovasculaires qui concernent majoritairement des sujets âgés de plus de 55 ans ont un taux théorique de croissance annuel moyen de l'ordre de 3 % par an imputable au seul vieillissement. Ainsi, la Cnamts observe qu'entre 2012 et 2015 plus de 332 000 personnes supplémentaires ont été pris en charge pour une maladie cardiovasculaire et que 254 000 l'ont été pour un diabète [3].

En 2006 le coût total des dépenses pour le remboursement des antihypertenseurs était de 2,3 milliards d'euros et a été de 1,2 milliards d'euros en 2017 soit une diminution de +47 % [9]. La démarche de « maîtrise médicalisée » mise en place par l'assurance maladie au cours de la décennie a sans doute contribué à cette baisse mais c'est le passage de l'ensemble de la classe des antagonistes calciques et des ARA2 au statut de médicament générique depuis la fin de l'année 2015 qui a le plus contribué à la baisse du coût du remboursement des médicaments antihypertenseurs. Enfin, l'arrêt de la promotion des médicaments antihypertenseurs et de l'information sur l'HTA par l'industrie pharmaceutique en France depuis 2012, a aussi participé à la diminution de la prescription des médicaments antihypertenseurs. Malheureusement, aucune enquête ne permet de faire la distinction entre les hypertendus traités qui ne devraient pas l'être, et les non-traités qui devraient l'être.

L'observation d'une diminution de la prescription des statines au cours de la dernière décennie n'est pas non plus un résultat décrit dans les pays Européens ou Nord-Américain où une augmentation de la prévalence des prescriptions de statines est décrite en prévention primaire ou secondaire [10]. L'observation que la baisse de l'usage des antihypertenseurs est concomitante de la baisse des hypolipémiants peut suggérer une relation entre ces deux phénomènes. Ainsi, la décrédibilisation des statines par les media grand public est une cause reconnue dans la diminution de leur prescription [7]. Le déremboursement de l'olmesartan en 2016 s'est accompagné de messages officiels à destination du grand public sur des effets secondaires liés au traitement conduisant à l'arrêt de ce traitement chez plus d'un million de patients sans encouragement au remplacement nécessaire des traitements antihypertenseurs stoppés [8].

L'analyse montrant la répartition des familles pharmacologiques d'antihypertenseurs entre l'année 2007 et l'année 2017 montre que l'usage des bêta-bloquant et des antagonistes calciques a diminué entre 2007 et 2012 mais que celui des ARA2 et des diurétiques a augmenté sur cette période. Entre 2012 et 2017, une augmentation de l'usage des IEC et des antagonistes calciques est observée et une diminution des ARA2 et des diurétiques. Ainsi en 2017, la répartition dans l'usage des antihyper-

tenseurs est de 22,3 % pour les ARA2, de 21,5 % pour les bêta-bloquants, de 18,4 % pour les IEC, de 17,9 % pour les antagonistes calciques, de 14 % pour les diurétiques seuls ou associés et de 4 % pour les autres classes.

Pour chaque pays, l'usage des classes d'antihypertenseur est sous l'influence des recommandations professionnelles, de la promotion commerciale réalisée par l'industrie pharmaceutique, mais aussi des actions entreprises par les institutions gestionnaires des remboursements des soins de santé. En France, dans le cadre de la démarche de « maîtrise médicalisée », l'institution du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) par l'assurance maladie permet de percevoir une rémunération s'ajoutant à la rémunération à l'acte. Depuis 2009 la France a encouragé les médecins généralistes à modifier leurs prescriptions avec une diminution des ARA2 au bénéfice des IEC. Selon un rapport de la CNAM, le taux de recours aux IEC plutôt qu'aux sartans sur l'ensemble des prescriptions d'IEC et de sartans (exprimées en nombre de boîtes) a augmenté de 4,6 % depuis 2011 et de +1.5 % en 2016 [11]. L'objectif sur l'usage préférentiel des IEC dans le programme CAPI mis en place en 2016 a disparu et a possiblement aussi contribué à la diminution des prescriptions d'antihypertenseurs.

L'observation d'une diminution significative du pourcentage de fumeurs actifs chez les 35 ans et plus entre 2012 et 2017 est sans doute la conséquence des actions entreprises par les pouvoirs publics au cours de la dernière décennie. Cette importante diminution de 4 % en valeur absolue pourrait avoir un impact favorable sur la prévention des complications cardiovasculaires de la population générale.

CONCLUSION

En France entre 2007 et 2017, les usages des traitements pour la prévention des maladies cardio-vasculaires (hypertension, dyslipidémie et diabète) et le nombre des sujets fumeurs actifs se sont modifiés. Cette dégradation de la prise en charge de l'HTA et des dyslipidémies pourrait modifier défavorablement les indices de santé en relation avec les maladies cardio-vasculaires dans la prochaine décennie en France.

RÉFÉRENCES

- [1] Laurence Frérot, Philippe Le Fur, Annick Le Pape, Catherine Sermet. L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique. Bull Inf Economie santé 1999 www.credes.fr
- [2] Rapport HAS 2013. Evaluation par classe des médicaments antihypertenseurs. www.has-sante.fr
- [3] Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018. Juillet 2017 www.ameli.fr

- [4] Girerd X, Hanon O, Pannier B et col. Trends in the use of antihypertensive drugs in France from 2002 to 2012 FLAHS surveys. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2013;62:2010-14
- [5] Girerd X, Hanon O, Vaïsse B. Use of the EvalObs® adherence scale in an unselected French population of treated subjects with antihypertensive, hypolipemians or oral antidiabetics medications: The FLAHS 2017 adherence survey. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2018;67:186-190
- [6] Perrine AL, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. *Bull Epidémiol Hebd*. 2018; (10):170-9.
- [7] Matthews A, Herrett E, Gasparrini A, Van Staa T, Goldacre B, Smeeth L, Bhaskaran K. Impact of statin related media coverage on use of statins: interrupted time series analysis with UK primary care data. *BMJ*. 2016 Jun 28;353:i3283.
- [8] Dufay A, Gallo A, Hanon O, Vaïsse B, Girerd X. The repercussion of stopping reimbursement of olméstartan on antihypertensive drugs prescription and blood pressure control of treated hypertensive patients in France. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2018;67:149-153.
- [9] Gu A, Kamat S, Argulian E. Trends and disparities in statin use and low-density lipoprotein cholesterol levels among US patients with diabetes, 1999-2014. *Diabetes Res Clin Pract*. 2018 May;139:1-10.
- [10] La rémunération sur objectifs de santé publique, bilan à 5 ans et présentation du nouveau dispositif. [En ligne] Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_bilan_ROSP_2016_du_21_avril_def.pdf