Dans le cadre de sa contribution à la régulation par la qualité et l'efficience, la HAS mène des travaux d'évaluation médico-économique.
Dans cette logique,
l
a HAS
a procédé à l'évaluation des différentes classe
s
d
'anti
hypertenseurs en s'appuyant notamment sur un modèle médico-économique
innovant.
L'évaluation menée par
la HAS
a révélé
d
es disparités de prix non
justifiées
entre les différents traitements au regard
d
e leurs bénéfices cliniques
.
A partir de cette expertise,
la HAS
aujourd'hui
fourni
t
aux décideurs
des éléments
pour
conduire
une harmonisation
du prix des différents traitements
.

L'hypertension artérielle (HTA)* est un facteur de risque d'accidents cardiovasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux. Elle concerne plus de 14 millions d'adultes en France avec 1,2 million de nouveaux cas par an. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'HTA aurait été responsable de 18% des décès dans les pays riches en 2004 et de 45% des décès d'origine cardiovasculaire. Il existe des traitements médicamenteux et non médicamenteux pour éviter ces événements. Le coût pour l'Assurance maladie des traitements

médicamenteux de l'HTA a été estimé à plus de 2 milliards d'euros par an en France.

A la demande du Ministère de la santé, la Haute Autorité de Santé (HAS) a été chargée d'exa
miner les stratégies thérapeutiques
médicamenteuses
les plus efficientes
d
ans la
prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA).
Dans la suite des évaluations menées depuis 200
8
comme la réévaluation des stents ou l'évaluation des statines,
l
a HAS
a
mené une
évaluation médico-économique
, comparant
l
es
5
principales
classes d'
anti
hypertenseurs
sur le critère de l'efficience, qui
met en regard des dimensions cliniques (efficacité,
tolérance et
persistance
**
) et
des dimensions
économiques (coûts du traitement
médicamenteux
et
de la
prise en charge des événements associés notamment
cérébro et
cardiovasculaires).

Les 5 classes médicamenteuses évaluées sont celles qui ont démontré leur efficacité en termes de mor bi-mortalité cérébro et cardiovasc ulaire :

· les diurétiques thiazidiques (DIUth),

· les bêtabloquants (BB),

· les inhibiteurs calciques (ICa),

· les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC),

· les antagonistes de l'angiotensine II (ARAII).

L'évaluation médico-économique des traitements médicamenteux de l'hypertension artérielle

La première étape de l'évaluation médico-économique menée par la HAS a consisté en une

analyse exhaustive des
données probantes
sur trois critères cliniques
:

· l'efficacité des traitements,

· la tolérance,

· la persistance au traitement.

Cette analyse des données publiées a été complétée pour le critère de persistance par une étude spécialement menée par la HAS sur des données françaises , issues des bases de données de remboursement de l'A ssurance maladie .

La seconde étape est l'élaboration d'un modèle économique, alimenté par ces données cliniques probantes et par une estimation des coûts de traitements (prix constatés en juillet 2012) et des coûts de prise en charge des événements cérébro et cardiovasculaires.

Deux types d'expertises (l'une reposant sur les professionnels de santé, l'autre sur des économistes de la santé) ont été mobilisés afin de garantir la rigueur et la validité du travail de synthèse et d'analyse des données.

Les bêtabloquants non efficients dans l'hypertension non compliquée

Les travaux de la HAS confirment que les bêtabloquants ne sont pas efficients en l'absence de complications cardiovasculaires.
Ces résultats sont en concordance avec les recommandations étrangères.

Des écarts de prix disproportionnés au regard des différences d'impact sur la santé des patients

La HAS considère que 4 classes de médicaments (DIUth, IEC, ICa, ARAII) ont à ce jour une place dans la stratégie thérapeutique d'instauration de traitement dans l'hypertension non compliquée .
Toutefois, l'analyse montre que c es classes ne sont pas équivalentes en termes d'efficience .

Les DIUth, IEC, ICa sont à considérer en priorité en instauration de traitement, car ils permettent de rendre maximal le bénéfice collectif net attendu du traitement de l'hypertension.

Concernant les ARA II, la HAS estime que l'écart de prix constaté en juillet 2012 entre cette classe
et les autres classes d'antihypertenseur
s
n'est pas justifié
, même
si les ARA
II apportent
un bénéfice clinique
en termes de tolérance et de persistance
. En effet,
la différence de coût constatée
est
disproportionnée au regard des
bénéfice
s
clinique
s
supplémentaires
apporté
s
par les ARAII.
Cette
conclusion
pourrait
évoluer
en cas de modification
substantielle
de
l'écart de
prix
entre les
ARA II
et les autres classes d'antihypertenseurs
ou d'actualisation des connaissances sur l'impact des traitements
antihypertenseur
s
sur la santé
.

Retrouver tous nos documents en cliquant ici

* Elle se définit comme une élévation de la pression artérielle (PA), en référence à des seuils de pression artérielle systolique (PAS) de 140 mmHg et diastolique (PAD) de 90 mmHg mesurées en cabinet médical et confirmées à plusieurs reprises sur une période de 3 à 6 mois.

** La persistance traduit la capacité du patient à suivre son traitement sur une période définie.