MINISTERE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

LE DIRECTEUR GENERAL

REPUBLIQUE FRANCAISE

PARIS, le 27 OCT. 1998

JM/CD

98 654

Madame,

Il me serait agréable que vous puissiez regarder l'ensemble du dossier des recommandations concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle sévère tel qu'il a été bâti il y a quelques années. Je souhaiterais en particulier que vous relisiez les courriers que je vous avais adressés à l'époque, pour mieux comprendre les suggestions que je vous fais aujourd'hui.

Entre les deux recommandations successives du Haut Comité, les prises de conscience en France ont été les suivantes :

a - **la distribution continue des chiffres de pression artérielle**. Elle ne permet jamais de choisir très exactement une limite définissant une classe particulière d'hypertension artérielle. Le choix de limites est toujours arbitraire, fait par consensus, aboutissant à une dénomination toujours discutable. La meilleure preuve en est que les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé d'un côté et celles du comité américain de l'autre ne coïncident pas exactement. A la fin de leur réunion, les membres du groupe français préparant des recommandations pour l'hypertension artérielle ont d'ailleurs fait des choix qui ne sont superposables ni aux recommandations de l'O.M.S. ni aux recommandations américaines. Il faut donc bien comprendre l'aspect arbitraire d'une classification de l'hypertension artérielle en légère, modérée, sévère, par exemple ou en stade 1, stade 2, stade 3.

b - **la gravité de l'état cardio-vasculaire d'un patient** n'est pas liée uniquement à l'hypertension artérielle. Cela est connu depuis la fin des années 60. La prise de conscience a été beaucoup plus forte récemment : le risque cardio-vasculaire absolu définit mieux le pronostic du patient que le niveau de la pression artérielle. Pour cette raison, il apparaît maintenant injuste de ne pas considérer de la même façon un homme de 65 ans ayant une hypertension

Docteur Danielle MORAND
Direction de la sécurité sociale

8, avenue de Ségur - 75350 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00 - Télécopie : 01 40 56 40 56

artérielle de 164-96, fumeur et diabétique et une femme de 35 ans, non fumeuse, maigre, n'utilisant pas des oestro-progestatifs, ayant une pression artérielle de 184-108. Sur un intervalle de temps de 10 ans, il est certain que ce n'est pas le niveau tensionnel qui détermine de manière majeure le pronostic cardio-vasculaire entre ces deux cas. Ce mode de raisonnement mériterait d'être modulé puisque en terme d'espérance de vie, sur une plus longue période de temps, l'aggravation progressive de l'hypertension artérielle de cette femme de 35 ans peut parfaitement donner une espérance de vie plus courte que celle d'un homme de 65 ans !

Dans ce contexte d'évolution des modes de pensée, il apparaît maintenant difficile à partir des recommandations pour la pratique clinique de l'ANAES, de déterminer les critères de prise en charge à 100 %. **Une fois encore, une analyse technique d'une situation ne se traduit pas facilement en termes financiers.** Il faut se poser la question de la raison pour laquelle la prise en charge à 100 % aura lieu. S'il s'agit, comme je le crois, de la difficulté de faire face aux coûts du traitement lorsque ceux-ci deviennent élevés, il persiste encore une autre difficulté. On peut imaginer un patient ayant une pression artérielle de 170-104 et résistant à une trithérapie avec un coût journalier de traitement de l'ordre de 10 F. On peut imaginer un patient ayant une pression artérielle de 185-112, équilibré avec deux médicaments pour un coût journalier de traitement de l'ordre de 5 F.

Sur ce fond de réflexion, je pense que le H.C.M.S.S. a le choix entre deux attitudes :

a - comme cela est fait pour les patients atteints de diabète, dès l'instant qu'un traitement médicamenteux est mis en place, on admet que le diagnostic de la maladie est certain. Toutes les formes de la maladie ainsi traitée sont prises en charge à 100 % : c'est d'ailleurs un triste encouragement à prescrire inutilement des médicaments au lieu des régimes. En allant plus loin, on pourrait dire que toutes maladies chroniques nécessitant la prescription d'un médicament par jour devraient être prises à 100 %, quel que soit le domaine de la pathologie considérée. Il s'agit là d'une décision de société : la société décide de prendre en charge toutes les pathologies chroniques nécessitant une prescription médicamenteuse quotidienne. Aucun citoyen français ne peut être contre ce raisonnement. Ce mode de raisonnement doit néanmoins être modulé, en se posant la question suivante : "l'investissement financier qui sera fait ainsi pour prendre en charge à 100 % les pathologies chroniques, détournera-t-il les ressources disponibles pour la prise en charge d'autres maladies graves à court terme telles que le cancer métastasé ou la cirrhose du foie ?" Y-a-t-il compétition entre les ressources financières ? Ma réponse personnelle est "oui".

b - Si ce choix était fait aujourd'hui - indépendamment de l'augmentation brutale des dépenses - il ne faudrait pas échanger la gratuité totale de la prise en charge des soins sans contrepartie de qualité de la part des professionnels. En matière d'hypertension artérielle, cela signifie que la prise en charge à 100 % devrait reposer sur des critères beaucoup plus poussés de documentation du cas du malade. Il faudrait avoir la preuve que les chiffres tensionnels ont été mesurés correctement tel que décrits dans les recommandations de l'ANAES. Cela signifie bien sûr l'utilisation de machines de mesure de la pression artérielle produisant 3 chiffres imprimés, nécessaires pour chaque consultation (les 2 derniers chiffres définissent le niveau tensionnel). Il faut pour cela que les appareils aient été certifiés. Il faudrait aussi vérifier que tous les examens complémentaires souhaités ont été réellement pratiqués. La question alors posée est de savoir qui serait pénalisé si les médecins ne faisaient pas les examens recommandés ? De manière très curieuse, en effet, les comportements insuffisants du médecin

empêcheraient alors les patients d'avoir une prise en charge à 100 %. Ce point de l'échange de la gratuité contre la qualité me semble crucial. C'est ce mode de raisonnement qui est appliqué pour le dépistage des cancers.

Laissez-moi vous proposer une première piste.

Si l'on veut changer progressivement par rapport à la notion antérieure d'hypertension artérielle sévère, je vous proposerais volontiers la solution suivante.

Dans la figure 1 des recommandations de l'ANAES, il existe une catégorie d'hypertension artérielle nécessitant relativement vite un traitement médicamenteux. C'est l'hypertension artérielle supérieure ou égale à 180mm de mercure et/ou supérieure ou égale à 110mm de mercure. Ce type d'hypertension artérielle pourrait être pris en charge à 100 %. Il faut savoir néanmoins qu'une inégalité sera créée au bout de 1 an de traitement. On peut en effet imaginer avoir des patients pris en charge à 100 % et recevant une bithérapie et des patients dont le niveau tensionnel était plus bas initialement, recevant une trithérapie et non pris en charge à 100 %. L'avantage de ce mode de raisonnement est néanmoins qu'il ne fait plus discuter sur les multiples nuances cliniques ou biologiques qui étaient distinguées autrefois pour définir l'hypertension artérielle sévère. Ce concept d'hypertension artérielle sévère est d'ailleurs marqué par la gravité de l'HTA perçue entre 1960 et 1970 comme une maladie entraînant la mort dans un grand nombre de cas en moins de 2 à 5 ans. A partir de 1975, le problème n'était en fait plus le même (et même bien avant).

Il s'agit là d'une simplification du problème conforme aux recommandations de l'ANAES puisque la prise en charge à 100 % est prise sur le seul chiffre manométrique initial. Il s'agit déjà d'une extension de la prise en charge à 100 % par comparaison à la situation actuelle. Dans ce mode de raisonnement, il faudrait également inclure le contenu de la figure 2. Là, la réponse à la question posée est facile. La définition de l'hypertension artérielle résistant au traitement telle que l'a donnée le groupe d'experts français, est une pression artérielle supérieure ou égale à 160 et une une pression artérielle supérieure ou égale à 100mm de mercure, malgré une trithérapie dont un diurétique. C'est démontrable.

Voici maintenant une deuxième piste.

J'imagine rapidement le prix des traitements. On pourrait imaginer que le prix du traitement quotidien se situe entre 5 et 10 F par jour. En raisonnant ainsi, on voit apparaître une solution simple qui consisterait à dire qu'à partir du moment où le coût journalier du traitement dépasse 10 F par jour, il est pris en charge à 100 %, sur une liste de médicaments reconnus. Le calcul incluerait, pour les diurétiques, les beta-bloquants, les inhibiteurs calciques et le captopril, le prix des génériques. C'est une autre possibilité qui a ses avantages et ses inconvénients (encouragements à faire franchir le seuil de 10 F/jour). Cette solution mériterait néanmoins d'être réfléchie et d'être discutée et le seuil doit être soigneusement calculé (je prendrais comme seuil le prix de 1 Hyzaar/jour, pour être généreux et le prix de 1 Hyzaat et 1 Zocor par jour pour être plus rigoureux financièrement et plus fidèle au concept de gravité). On se demandera bien sûr toujours à qui profite cette suppression du ticket modérateur...

Je pense qu'une partie des réflexions contenues dans cette lettre à déjà dû être discutée par votre groupe de travail. Si vous estimez que ma lettre apporte des éléments nouveaux, il me semblerait souhaitable de faire auditer par le Haut Comité de la Sécurité Sociale le président actuel de la société française d'hypertension artérielle, accompagné de quelques uns des membres du groupe de réflexion de l'ANAES.

J'espère vous avoir été utile et vous prie de croire, Madame, à l'expression de toute ma considération.

Professeur Joël MÉNARD