

VI - LES CRITERES DU CHOIX DES MEDICAMENTS DE L'H.T.A.

UNE ETUDE PAR UN RESEAU NATIONAL D'OBSERVATION DE
LA SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE
LES PREMIERS CRITERES : LA NORMALISATION DES CHIFFRES
TENSIONNELS ET LES COUTS JOURNALIERS DES TRAITEMENTS.

De nombreux articles sont actuellement consacrés au traitement de l'hypertension artérielle. Ce n'est pas un hasard. Il s'agit pour les uns de faire connaître et de promouvoir de nouvelles classes thérapeutiques apparues sur le marché du médicament depuis 1984, pour les autres il s'agit de préciser des éléments logiques du choix entre les traitements disponibles.

Or, en 1984, la Société Française de Médecine Générale a commencé une étude approfondie des résultats obtenus sur un plan national par la médecine générale française dans le traitement de l'hypertension artérielle. Cette étude dont une première étape s'est achevée en 1986, porte sur un très grand nombre de données.

Elle a été faite à partir de 82 cabinets de médecine générale, régulièrement répartis dans notre pays et porte sur 1368 patients hypertendus, choisis par tirage au sort parmi ceux qui avaient un traitement stable établi depuis au moins un an.

L'échantillon est représentatif de la situation au plan national et servira de base de référence pour l'évaluation périodique des résultats atteints dans la population française par les médicaments mis à la disposition des praticiens.

D'ores et déjà, les résultats connus permettent de rationaliser la régulation des choix entre les diverses classes thérapeutiques à visée antihypertensive.

Les critères du choix que nous présentons aujourd'hui sont les résultats sur les chiffres tensionnels et les coûts du traitement journalier selon la combinaison de classes thérapeutiques qui est prescrite.

.../...

VI-1- La normalisation des tensions artérielles

Les 1368 patients ont été distribués en trois groupes selon le résultat du traitement de leur HTA par un traitement stable depuis un an au moins.

Nous avons montré (note) que, toutes choses égales par ailleurs, la fréquence des patients entièrement normalisés, du point de vue diastolique et systolique, est le premier critère à prendre en considération dans l'évaluation comparée des résultats entre médicaments antihypertenseurs.

Nous avons montré aussi que si l'on répartit par type de traitement les effectifs des patients dont l'HTA reste non normalisée, entre patients améliorés, d'une part, et inchangés-aggravés, d'autre part, il n'y a pas de différence significative entre les sept modalités thérapeutiques étudiées et les effectifs respectifs.

D'autre part, on constatait que les médicaments disponibles en 1984, en 60 spécialités, se répartissaient en trois modalités de classe thérapeutique : les beta blo-queurs, les diurétiques et les antihypertenseurs centraux, les ganglioplégiques, les vasodilatateurs. Les trois derniers ont été réunis en un seul groupe pour des raisons de corrélation de prescription avec l'âge des patients dans les deux sexes et d'équilibre entre les effectifs.

Ainsi, nos 1368 patients de l'échantillon national se répartissent en seulement sept modalités de combinaison finale selon les classes thérapeutiques et, dans chacune d'entre elles, selon le pourcentage des patients qui atteignent la normalisation complète de leur tension artérielle sous l'effet du traitement.

.../...

Le tableau ci-après, donne, pour chaque modalité thérapeutique, l'effectif des patients traités par les spécialités correspondantes et le pourcentage de cet effectif dont les tensions artérielles sont entièrement normalisées, améliorées ou, au contraire, inchangées, voire aggravées (entre effectif des normalisés et l'ensemble de non normalisés, la différence de répartition entre les modalités thérapeutiques est significative au risque $p < 0,02$). Il s'agit, rappelons-le, des résultats observés à une échelle nationale pour les médicaments d'usage généraliste en 1984.

On compte que, globalement, ces patients hypertendus dont la seule caractéristique était d'être traités en médecine générale, et d'avoir un traitement stabilisé depuis un an au moins, voyaient leur HTA entièrement normalisée chez 68,6 % d'entre eux, seulement améliorés chez 19,3 % et inchangées ou aggravées chez 12,10 % d'entre eux seulement.

Si l'on se place du seul point de vue de la normalisation des chiffres tensionnels, c'est donc dans les deux dernières catégories de patients -les non normalisés- que la question d'un intérêt à changer de modalité thérapeutique se pose si on désire pouvoir en évaluer les effets.

L'examen plus fin du même tableau permet aussi de constater deux faits intéressants :

- tout d'abord, l'effectif de patients entièrement normalisés est particulièrement élevé parmi ceux qui reçoivent les beta bloqueurs, en monothérapie ou bithérapie par association avec un diurétique. On atteint en effet une fourchette de 72,7 à 74,8% de patients aux tensions normales sous traitement stabilisé. Ensuite, on est frappé par l'existence d'un effectif constant de patients aux tensions inchangées ou aggravées, quelle que soit la modalité thérapeutique utilisée.

TABLEAU 9

Nombre de patients	Les combinaisons de classes thérapeutiques	HTA: NORMALISATION des 2 chiffres tensionnels n : 938	HTA: AMELIORATION n : 262	HTA: INCHANGEE ou AGGRAVEE n : 168
289	Beta-bloqueurs (monothérapie)	74,7 %	14,7 %	10,6 %
239	Beta-bloqueurs + Diurétiques (bithérapie)	72,4 %	17,5 %	10,1 %
243	Diurétiques (monothérapie)	71,1 %	18,5 %	10,3 %
55	Beta-bloqueurs + Anti-HTA centraux (Et/Ou vasodilatateur ganglioplégique)	70,9 %	16,4 %	12,7 %
125	Beta-bloqueurs + Diurétiques + Anti-HTA centraux vasodilatateur ganglioplégique	64,8 %	20,8 %	14,4 %
303	Diurétiques + Anti-HTA centraux vasodilatateur ganglioplégique	62,7 %	24 %	13,3 %
113	Anti HTA centraux vasodilatateur ganglioplég. (1 minipress)	57,5 %	23,9 %	18,6 %
1368	MOYENNES GENERALES	68,6 %	19,1 %	12,3 %

S p < 0,02

LES RESULTATS ATTEINTS SUR L'HTA EN POURCENTAGES DES EFFETIFS TRAITES EN 1984. CRITERES : NORMALISATION TOTALE - AMELIORATION NON CHANGEMENT - AGGRAVATION.

Le taux qui est de 10 % de l'effectif dans l'usage des beta bloqueurs et diurétiques en monothérapie, augmente lorsqu'on voit apparaître la catégorie des antihypertenseurs centraux, des ganglioplégiques et des vasodilatateurs. La fourchette des inchangés ou aggravés se situe alors de 13 à 19 % des patients traités.

En conclusion, l'examen attentif des résultats obtenus en France, en 1984, du point de vue des chiffres tensionnels dans les clientèles de médecine générale, montre les progrès très importants obtenus par l'usage des beta bloqueurs en monothérapie ou associés aux diurétiques dans le traitement de l'HTA et permet de définir une catégorie précise de patients où de nouvelles classes thérapeutiques peuvent être évaluées par chaque praticien pour son propre compte et collectivement : ce sont ceux qui répondent mal aux beta bloqueurs et diurétiques. Selon les besoins de la cause, on pourra faire porter l'évaluation sur la catégorie des seules hypertensions inchangées ou aggravées ou bien on y joindra toutes celles qui, tout en étant améliorées, n'ont pas obtenu la normalisation complète que l'on recherche.

Mais il est un autre critère, celui du coût journalier moyen, qui doit aussi être envisagé.

VI-2- Les coûts journaliers des traitements

On connaît donc les résultats cliniques obtenus par l'emploi des 60 spécialités pharmaceutiques disponibles en 1984. Les choix de chaque médecin, en fonction de chaque malade, étaient antérieurs d'un an au moins à la naissance de l'étude et c'est "a posteriori" que les nombreuses corrélations ont été établies qui cherchent à éclairer ces choix.

Ainsi, il est possible, aujourd'hui, d'évaluer périodiquement les effets sur le terrain des nouvelles classes thérapeutiques apparues par la suite. C'est le cas des inhibiteurs de l'enzyme de conversion du système rénine angiotensine (I E C) et des inhibiteurs calciques (I Ca) dont l'usage est maintenant acquis en médecine générale.

Nous avons montré, en effet, qu'avant l'apparition des enzymes de conversion et des inhibiteurs calciques, 68,6 % des HTA étaient entièrement normalisées par les médicaments usuels, 19,3 % étant améliorées seulement, 3,5 % restant inchangées et 8,5 % s'aggravant malgré le traitement.

C'est donc parmi les 31,4 % de HTA non normalisées par les traitements antérieurs que chaque praticien peut se faire une idée personnelle sur un éventuel apport chez tel ou tel de ses patients par l'usage de nouvelles classes thérapeutiques.

Bien entendu, il sera aussi utile, dans un laps de temps suffisant, de contrôler collectivement l'état des résultats cliniques au plan national sur la base des grilles dont la Société Française de Médecine Générale

.../...

dispose maintenant et qui peuvent servir de référence (note). Mais, dès à présent, l'influence des nouvelles classes thérapeutiques peut être estimée du point de vue du coût des traitements journaliers.

La variation des coûts : la méthode d'estimation .

A l'aide des " tableaux de transparence " édités par le Ministère de la Santé, il est possible de calculer un coût journalier moyen par classe thérapeutique, qui tient compte de toutes les spécialités présentes dans la classe concernée et de leur coût au 15.10.1986.

On trouve ci-après ces coûts journaliers moyens pour chaque classe thérapeutique en usage en 1984 et leurs combinaisons et, aussi, pour les deux classes nouvelles dont l'usage s'est répandu par la suite, à savoir les I C E et les I Ca.

Les Monothérapies

B.Bloc = 2,44 F
 Diurét. = 1,26 F
 Autres = 3,44 F
 (vasodilatateurs)
 (ganglioplegiques)
 (anti HTA centraux)
 I E C = 6,5 F
 (inhibiteurs
 enzyme de conversion)
 I Ca = 4,34 F
 (inhibiteurs
 calciques)

Les Bi et Polythérapies

B.Bloc + Diur. = 3,70 F
 B.Bloc + autres = 5,88 F
 Diur. + autres = 4,70 F
 B.Bloc. + Diur.+
 autres = 7,14 F

Prix moyen du traitement journalier :

en F.F. - tarif au 15.10.1986

(calculé d'après les " tableaux de transparence ".

Nous avons montré que, pour ce qui est des classes thérapeutiques d'usage généraliste en 1984, il a été possible de les répartir en 7 modalités combinatoires dont nous avons montré qu'elles couvraient l'ensemble des médicaments utilisés sur le terrain au moment de l'étude.

Dès lors, on peut calculer d'abord un coût journalier moyen pour chacune des 7 modalités combinatoires utilisées en 1984. Ensuite, nous avons calculé les coûts journaliers moyens lorsqu'une des deux classes thérapeutiques nouvelles se substitue à l'une de celles antérieurement prescrites. Il en résulte un facteur de multiplication des coûts journaliers moyens qui représentent, il faut le rappeler, une simple estimation de tendance et non pas un coût réel défini par l'emploi de telle ou telle spécialité de sa classe.

Les sept combinaisons thérapeutiques en usage en 1984	En cas de substitution par	Multiplication du coût journalier moyen par
Beta-Bloqueurs (monothérapie)	I E C I Ca	2,52 1,77
Diurétiques (monothérapie)	I E C I Ca	4,88 3,44
Anti-HTA Centraux Vasodilatateurs Ganglioplégiques	I E C I Ca	1,87 1,26
Beta-Bloqueurs + Diurétiques	B B + I E C B B + I Ca	2,35 1,83
Beta-Bloqueurs + Anti-HTA Central Vasodilatateur gangliopl.	B B + I E C B B + I Ca	1,46 1,15
Diurétique + Anti-HTA Central Vasodilatateur gangliopl.	D + I E C D + I Ca	1,58 1,19
Beta-Bloqueur + Diurétique + Anti-HTA Central Vasodilatateur gangliopl.	B B + D + I E C B B + D + I Ca	1,38 1,12

L'augmentation des coûts journaliers moyens du traitement en cas de substitution d'une classe thérapeutique déjà en usage en 1984 par une classe thérapeutique nouvelle.

Note : I E C : Inhibiteur de l'enzyme de conversion du système renine angiotensive.-

I Ca : Inhibiteur calcique.-

La variation des coûts estimés , les résultats :

On voit que dans tous les cas le coût moyen journalier augmente s'il y a substitution d'une classe thérapeutique usuelle en 1984 par une des deux nouvelles classes étudiées. Cette augmentation du coût estimé est la plus importante lorsque la classe thérapeutique remplacée est un betabloqueur ou un diurétique, tout spécialement en mono ou bithérapie. Le facteur de multiplication du coût moyen journalier évolue alors dans une fourchette comprise entre 1,77 et 4,88.

Le facteur de multiplication est nettement moindre lorsque la classe substituée appartenait au groupe des antihypertenseurs centraux, ganglioplégiques et vasodilatateurs. La fourchette de multiplication moyenne s'estime alors entre 1,12 et 1,58 seulement.

Conclusions :

Un consensus existe aujourd'hui dans le monde entier pour dire que l'innovation nécessite en médecine une régulation qui soit mieux assurée que par le passé du point de vue de ses effets

comme de celui de son coût.

La Société Française de Médecine Générale a publiquement pris position pour dire que cette régulation est une des fonctions éminentes de notre discipline.

L'étude, dont la publication est en cours, montre comment nous entendons maîtriser les évaluations nécessaires pour préciser les critères de la régulation.

Ainsi, nous pouvons dès à présent donner des fondements pour le choix des classes thérapeutiques dans le traitement de l'HTA en médecine générale.

1.- Nous avons montré que, parmi les patients hypertendus traités en mono ou bithérapie par un bêta-bloqueur ou/et un diurétique, 70,9 à 74,8 % des malades retrouvent une tension artérielle normale dès lors qu'ils appartiennent à un groupe traité en médecine générale et dont les traitements sont stabilisés depuis un an au moins.

C'est dans ce groupe aussi qu'une substitution par un enzyme de conversion ou un inhibiteur calcique entraîne une forte augmentation du coût journalier moyen qui se trouve multiplié par 1,77 à 4,88.

Considérant, d'une part, qu'une parfaite adhésion au traitement est ici un facteur déterminant dans la

réduction escomptée des accidents cardiovasculaires (qui sont le but même du traitement) nous pensons que la substitution ne peut s'envisager chez les patients normalisés que dans le cas d'effets secondaires notables relevant du traitement antérieur.

Une corrélation entre le coût et l'adhésion au traitement est ici d'autant plus prévisible qu'il s'agit souvent d'une population de retraités aux ressources modestes et qui ne bénéficient pas d'une prise en charge complète de leurs prestations médicales.

2.- La substitution éventuelle d'un traitement habituel antérieur par un enzyme de conversion ou un inhibiteur calcique, devient plus pertinente dans deux situations précises :

- lorsqu'un traitement antérieur n'a pas obtenu la normalisation tensionnelle et à condition que la nouvelle classe thérapeutique choisie aboutisse au résultat voulu malgré l'augmentation du coût qu'elle entraîne ;

- lorsqu'un traitement antérieurement prescrit ou envisagé comporte un antihypertenseur central, un ganglioplégique ou un vasodilatateur.

Nous avons montré que dans ce cas le nombre de patients entièrement normalisés ne se situe plus que dans une fourchette de 56,7 à 70,9 % des

effectifs et que le coût n'est plus multiplié que par 1,12 à 1,58 en cas de substitution par un enzyme de conversion ou un inhibiteur calcique. Là aussi, il convient d'évaluer le bénéfice réel constaté après une éventuelle substitution d'autant qu'il s'agit souvent d'une population située dans les tranches d'âge élevées.

En règle générale, nous avons montré qu'il existe un taux d'échec dans tous les lots de patients atteints d'HTA, quel que soit le traitement qui leur est proposé.

Ce groupe qui, dans notre étude, comporte 164 patients sur 1368 HTA traitées, doit faire l'objet d'études fines destinées à établir s'il s'agit là :

- de doses insuffisantes de médicaments prescrits,
- d'une adhésion insuffisante au traitement de la part du malade,
- de la non prise en compte du facteur de surcharge pondérale dont nous avons montré qu'il augmente significativement l'effectif des patients non normalisés, alors que le taux des échecs n'est pas corrélé au sexe et, ce qui nous a surpris, pas corrélé non plus à l'âge,

ou encore, s'il s'agit de formes particulières ou dépassées de tensions artérielles.

Enfin, l'étude de la littérature mondiale (MEDLARS) ne nous a pas permis de trouver de publications concernant l'évaluation clinique et économique de médicaments, non pas du point de vue de molécules ou spécialités particulières, mais par la comparaison de classes thérapeutiques toutes entières prescrites isolément ou combinées en association dans une indication unique.

Nous considérons ce travail comme une première et pensons que ce type d'évaluation du médicament connaîtra des développements.

Dr. O. ROSOWSKY

Dr. Andrée DEMONT

BIBLIOGRAPHIE

- BOISSEL J.P.
Introduction à la Meta Analyse des Essais Cliniques
3è Colloque INSERM DIR. Pharmacie Développement et
Evaluation des Médicaments 1987, p. 324
- CHAMPEY Y
Bonnes Pratiques Cliniques
Les responsabilités du promoteur
3è Colloque INSERM. DIR Pharmacie, Développement et
Evaluation des Médicaments 1987 p. 255-262
- DAWBER T.R
The Framingham Study - The epidemiology of atheroscle-
rotic disease
Harvard University Presse Cambridge -MA and Londres
GB 1980
- ENQUETE MORBIDITE Prescriptions pharmaceutiques - l'hypertension
artérielle.
Etudes et enquêtes. Echelon national du Service Médical
de la CNAMTS n° 1, 1986
- FAGNANI F
Innovations thérapeutiques et choix de Santé Publique
Un modèle d'évaluation du traitement de l'hypertension
artérielle modérée.
Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales.
Juil. Sept. 82, p. 203-223
- FROMENT A et MILON H
Hypertension artérielle : envisager le problème à
l'échelle de la population.
Arch. Mac Coeur 1977 70 N spécial p. 37
- GLASS G.V.
Primary, Secondary and Meta Analysis of Research
EDUC. RES. 5, 1976
- GORDON T - MOORE F.E - SHURTLEF D - DAWBER T.P
Some methodologic problems in the long term study of
cardiovascular disease observations on the Framingham
Study. Journal of Chron. Dis. Sept 1959 p.186-206

BIBLIOGRAPHIE (suite)

HELGELAND A

Treatment of mild hypertension : a five year controlled drug trial
The Oslo Study Am. J. Med. 1980 69/725-732

JUILLET Y. - ABADIE E.

A quoi sert un essai clinique - Point de vue de l'industrie pharmaceutique
3è Colloque INSERM DIR. Pharmacie Développement et Evaluation des Médicaments 1987 p. 291-300

MARCEL G A

Essais cliniques : Problème de Stratégie générale.
3è Colloque INSERM. DIR Pharmacie Développement et Evaluation des Médicaments 1987 p. 277-279

MEDICAL RESEARCH COUNCIL Working party

Trial of treatment of mild hypertension - Principal results
Br. Med. J. 1985 291-97-104

MIZRAHI Andrée - MIZRAHI Ari* - SANDLER Simone
Socio Economie de la Santé
Ed. Pergamon 1982

NEVILLE R G et all.

Audit on hypertension management in general practice
Family Practice 1984 sept. 1 (3) 168-72

NEWELL B

Hypertension in general practice. A survey of adequacy of central, investigation and follow-up
Austr. Fam. Physician 1985 Jul 14 (7) 611-4

ROSOWSKY O - SALFATI G - MINSKY KRAVETZ B

Rapport sur la fonction normative en médecine générale française vis à vis d'une population d'hypertendus
Evaluation par un réseau national d'observation chez 1368 malades traités régulièrement dans 82 cabinets de médecine générale

I - Introduction

II - Méthodologie : un réseau national multicentrique d'évaluation clinique en médecine générale

III - La normalisation des tensions artérielles atteinte dans 82 clientèles de médecine générale française par les traitements antihypertenseurs, tels qu'ils étaient en usage au 1er trimestre 1984
Evolution des chiffres tensionnels avant et après une stabilisation du choix thérapeutique depuis un an et plus

Doc. de Rech. en M.Gle n° 23 p. 3 à 70

BIBLIOGRAPHIE (suite)

ROSOWSKY O - ABRAMOWITCH J.M - AKOUN-CORNET J - de COULIBOEUF J-DIGE-HESS M - GOEDERT J - LAMOTTE D - NICOLLE M - POIVET D - VERY G.

Recherches épistémologiques sur les conditions spécifiques de la recherche en médecine praticienne. Corpus : trois recherches en cours dans deux sociétés savantes de praticiens. Rapport S F M G - I N S E R M 1979, Ed SFMG 243 p.

VINCENT B - ROSOWSKY O - THOMAS D - ALBERT B - MERY G - VINCENT A - LEMORT J.P

Les malades hypertendus dans 13 cabinets de médecine générale française - Fréquence et modalités de prise en charge - Introduction à une étude épidémiologique de la maladie hypertensive en médecine générale française.
Doc de Rech. en M. Gle n° 19 - Janv/Fév. 1986 p. 5 à 90
Ed. SFMG

WORCEL M - BONVALET J.P - LANGER S - MENARD J - SASSARD J -
Hypertension artérielle/ New Treuds in arterial hypertension
Colloque INSERM 1980
Elsevier Biomédical Press

ZARAFIAN E -

A quoi sert un essai clinique ? Point de vue du clinicien
3è Colloque INSERM DIR Pharmacie p. 283-290.

VI - LES CRITERES DE CHOIX DES MEDICAMENTS DE L'H.T.A.

UNE ETUDE PAR UN RESEAU NATIONAL D'OBSERVATION CREE
PAR LA SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE.

LES PREMIERS CRITERES : La normalisation des chiffres
tensionnels et les coûts journaliers de traitements.

RESUME.

Un échantillon de 1368 patients atteints d'hypertension artérielle a été choisi, aléatoirement, sur le territoire national parmi 82 clientèles de médecine générale. Le critère de choix était un traitement stabilisé depuis un an au moins, tel qu'il avait été librement institué par le médecin traitant selon ses habitudes de prescription, parmi tous ceux disponibles avant 1984, point de départ du recueil des données.

On recherche les résultats de ces traitements du point de vue de la normalité des chiffres tensionnels.

On constate l'usage de sept combinaisons possibles de classes thérapeutiques à partir de trois catégories de classes : les bêtabloqueurs, les diurétiques et les autres (regroupement des antihypertenseurs centraux, vasodilatateurs, ganglioplégiques). Les choix se révèlent corrélés à l'âge des patients et aussi aux résultats obtenus du point de vue de la normalisation des chiffres tensionnels. Les normalisations tensionnelles les plus fréquentes sont observées dans la classe des bêtabloqueurs, puis dans celle des diurétiques, employés isolément ou associés.

Cependant, dans toutes les combinaisons de classes thérapeutiques possibles, il persiste un effectif de patients non normalisés. Cet effectif est de 25 à 30 % des patients recevant des bêtabloqueurs ou/et des diurétiques et atteint 42,5 % chez ceux qui sont traités par antihypertenseurs centraux, ou vasodilatateurs ou ganglioplégiques utilisés seuls.

C'est parmi ces échecs des thérapeutiques antérieures et après l'insuccès d'éventuels ajustements des doses et de la surcharge pondérale, que nous plaçons l'usage rationnel des nouvelles classes thérapeutiques apparues depuis 1984, à savoir les inhibiteurs de l'enzyme de conversion rénine-angiotensive (I.E.C.) et les inhibiteurs calciques (I.Ca), car chaque praticien dispose, par là, d'un critère lui permettant d'évaluer lui-même l'apport clinique de ces innovations thérapeutiques.

Le second critère de choix est économique. Un prix moyen journalier par classe thérapeutique ayant été calculé à partir des tableaux de transparence édités par le Ministère de la Santé ;

.../...

on a constaté que, dans tous les cas, la substitution d'une classe utilisée en 1984 par une des deux classes nouvelles, aboutit à une augmentation du coût journalier de traitement de l'HTA.

Lorsque la substitution concerne un bêtabloqueur ou un diurétique, le coût journalier moyen est multiplié par 1,77 à 4,88, tout spécialement lorsque le traitement substitué était une monothérapie.

Le facteur de multiplication est moindre lorsque la classe substituée appartient au groupe des antihypertenseurs centraux, aux vasodilatateurs ou ganglioplégiques.

La fourchette de multiplication du coût journalier de traitement qui découle de leur substitution par un médicament I.C.E. ou I.Ca n'est - ici - que de 1,12 à 1,58.

Nous croyons que ce nouvel abord - à la fois clinique et économique pour l'évaluation - non de molécules particulières à une marque mais des classes thérapeutiques entre elles, est une première qui devrait connaître d'intéressants développements.

VI - CRITERIA FOR CHOICE OF DRUGS FOR HYPERTENSION. A STUDY BY A NATIONAL MONITORING NETWORK SET UP BY THE SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE.

INITIAL CRITERIA: Normalization of blood pressure and daily cost of treatment.

SUMMARY

A sample comprising 1368 patients presenting hypertension was chosen from among the patients of 82 general practitioners in France. Patients were chosen from those available before 1984, the starting date for data collection, by applying the inclusion criterion of stabilization for at least one year of the treatment freely prescribed according to the discretion of the physician.

In the first instance, treatments were evaluated in terms of normalization of blood pressure.

Seven possible drug regimens were defined for drugs in three categories: β -blockers, diuretics, and others (central antihypertensives, vasodilators, and ganglioplegics). Drug selection was correlated with patient age and with normalization of blood pressure. The frequency of blood pressure normalization was highest for β -blockers, followed by diuretics, used alone or in combination.

However, in all drug regimens used, normalization was not noted in 25 to 30% of patients receiving β -blockers and/or diuretics, and in 42.5% of patients receiving monotherapy with central antihypertensives, vasodilators, or ganglioplegics.

Rational use of the new classes of drugs developed since 1984 (inhibitors of renin-angiotensin converting enzyme (C.E.I.) and calcium inhibitors (Ca.I)) should be viewed in the light of previous treatment failures and when dose adjustment and weight loss (in overweight patients) have proved ineffective, since each physician is in a position to compare the clinical efficacy of these new drugs with older treatments.

The second criterion for choice of drug(s) was cost. Mean daily costs were calculated for each class of drugs using tables published by the Ministry of Health. In all cases it was found that replacement of a drug class used in 1984 by one of the new classes of drugs resulted in an increase in the daily cost of treatment of hypertension.

When replacement involved a β -blocker or diuretic, the daily cost of treatment increased by a factor of 1.77 to 4.88, particularly when the replaced treatment was monotherapy. Lesser increases were recorded when the replaced drug was a central antihypertensive, vasodilator or ganglioplegic. Replacement by a C.E.I. or Ca.I. increased the daily cost of treatment by factors of 1.12 to 1.58.

We believe that this new approach, both clinical and economic, to the comparative evaluation of classes of drugs rather than of particular brand drugs constitutes a first which should lead to further interesting developments.