

OBSERVATION DE LA CONSOMMATION DES ANTIHYPERTENSEURS EN COTE D'IVOIRE A PARTIR DE LA BASE DE DONNEES DE LA MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES

BAMBA-KAMAGATÉ D¹, TRAORÉ F¹, DIÉ KACOU H³, KAMAGATÉ M², SOYA I

- 1- Assistant chef de clinique
- 2- Maître assistant
- 3-Maître de conférence agrégé

CORRESPONDANCE : BAMBA-KAMAGATÉ Djénamba
Service de Cardiologie Médicale, Institut de Cardiologie d'Abidjan.
04 PB 51 Abidjan 04 (République de Côte d'Ivoire)
E-mail : bambadjeni@yahoo.FR

RÉSUMÉ

Contexte : La prescription et la dispensation des antihypertenseurs en Côte d'Ivoire exigent du bénéficiaire l'obtention d'une carte dite TPC auprès de la mutuelle d'assurance maladie des fonctionnaires et agents de l'état. L'Institut de Cardiologie constitue le principal prescripteur d'antihypertenseur (90% des prescriptions) de la mutuelle.

L'objectif était de décrire le profil de prescription des antihypertenseurs de cet institut à partir de la base de données de la mutuelle.

Matériel et Méthodes : Les données de prescription du premier trimestre de 2005 et 2006 ont été extraites de la base de données de cette mutuelle. Elles concernaient les classes thérapeutiques, les prix moyens, les unités vendues et les montants des dépenses. Ces données ont été comparées entre elles grâce au test de Chi 2.

Résultats : Les 4 premières classes thérapeutiques les plus vendues en 2005 et en 2006 étaient les inhibiteurs calciques (2095 boîtes en 2005 contre 4249 en 2006), l'association diurétique-IEC (1713 boîtes contre 3848), les IEC (1302 boîtes contre 2735) et les diurétiques (1207 boîtes contre 1656). La différence des prix moyens était faible non significative. Les dépenses concernant ces 4 molécules ont été multipliées par 2 à 3,1 en 2006. La prescription des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II, une nouvelle classe thérapeutique était en progression.

Conclusion : La base de données de l'assurance ivoirienne pourrait être un bon observatoire de la prescription et de la dispensation des antihypertenseurs dans le but de maîtriser les dépenses de santé.

Mots-clé : Antihypertenseurs –Inhibiteurs calciques- Diurétiques- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion- Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II.

ABSTRACT

Background: The prescription and the dispensation of antihypertensive drugs require a Chronic pathology treatment card (ou TPC card) near its company of health insurance (Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'état). The Abidjan Institute of Cardiology constitutes the main prescriber of antihypertensive drugs (90% of the prescription) of this insurance in Côte d'Ivoire.

Objective : was to describe the profile of consumption of antihypertensive drugs of this institute from the database of the insurance company.

Methods: Prescription data of first quarter of 2005 and 2006 were extracted from the database of this mutual insurance company. Data concerned therapeutic classes mean costs, sold units and expenditure. Chi 2 was used to compare results.

Results: The first four therapeutic classes the most consume in 2005 and 2006 were the calcium-channel blockers (2094 box in 2005 versus 4249 box in 2006), diuretic-ACE inhibitors (1712 box versus 1656) and ACE inhibitors (1302 box versus 2735) and diuretics (1207 box versus 1656). The difference of the mean costs was nonsignificant. The expenditure of these four drugs was multiplied by 2 to 3,1 in 2006. The consumption of angiotensin II receptor antagonists, new class was increased.

Conclusion: The database of the insurance could be a good instrument to monitor consumption of antihypertensive drugs by controlling the health expenditure.

Key words: Antihypertensive drugs – calcium channel blockers- ACE Inhibitors- angiotensin II receptor antagonists.

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle constitue de loin le premier motif de consultation avec 61,75% des patients consultant à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA)⁶. Elle affecte les couches socioprofessionnelles les plus défavorisées. L'hypertension artérielle se caractérise par sa sévérité chez la plupart des patients (74,4%) et par la présence de complications viscérales chez plus de la moitié des patients à leur première consultation à l'ICA⁶.

La prise en charge et le suivi médical de l'hypertension artérielle nécessitent la mobilisation d'importants moyens financiers d'autant plus qu'il s'agit de maladie chronique ubiquitaire, évolutive avec une forte mortalité. La prévalence mondiale était de 15%⁷. L'hypertension artérielle constitue un grave problème de santé publique en Côte d'Ivoire¹. En 1974, le coût annuel de la surveillance et de la prise en charge médicamenteuse de l'hypertension artérielle a été estimé à 127 000 FCFA². En 2006 La dépense mensuelle était de 23 913,5 FCFA soit 62,2% du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) ivoirien¹³. Ce coût est élevé pour la majorité de nos patients ayant un niveau socio-économique faible et pose d'énormes problèmes de prise en charge de la maladie dans notre pays¹³. En effet, le coût du traitement antihypertenseur est l'un des principaux facteurs limitant dans la prise en charge de l'hypertension artérielle dans les pays en développement.

La Côte d'Ivoire dans le cadre de la politique de réduction du coût des antihypertenseurs a mis en place un système de prise en charge des médicaments grâce à la Mutuelle Générale Fonctionnaires et agents l'Etat (MUGEFICI). La base de données cette mutuelle constituée à partir des souches des bons de mutuelle est une source importante d'information concernant les antihypertenseurs dont l'ICA constitue le principal prescripteur d'antihypertenseur. L'objectif de cette étude était d'évaluer le profil de consommation des antihypertenseurs à partir de la base de données de la mutuelle.

MATERIEL ET METHODES

MATÉRIEL

Nous avons travaillé à partir de la base de données de la MUGEFICI. En 2004, cette base de données contenait des informations concernant la prescription. La dispensation et la consommation se rapportent à plus de plus de 520 000 bénéficiaires dont 160 000 adhérents et 360 000 ayants droits, à 80 organismes cotisants et 10 milliards de FCFA de cotisations, à plus d'un million de bons de

fourniture de soins pour 9 milliards de FCFA de prestations prescrites par plus de 4 500 partenaires médicaux.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et comparative. Nous avons recueilli les données de consommation des antihypertenseurs du premier trimestre des années 2005 et 2006 extraites de la base de données de l'assurance des fonctionnaires ivoiriens à partir du code affection des médicaments antihypertenseurs (MA1 et MA2) et après vérification de l'existence d'une carte TPC. Ces codes ont été créés à partir de la Classification Internationale des Maladies 10 (CIM 10) et permettent la recherche des groupes pharmaco-thérapeutiques. Les données concernaient les classes thérapeutiques, les prix moyens, les unités vendues, les montants des dépenses. Ces données ont été comparées entre elles. Nous avons utilisé un test de Khi2.

RESULTATS

CONSOMMATION

Nous avons recensé 13 classes thérapeutiques et 36 DCI qui correspondaient à 48 spécialités pendant les deux trimestres. Cependant le nombre de médicaments était passé de 70 à 75 soit une progression de + 7,1%. En ce qui concerne les classes thérapeutiques, Il s'agissait de diurétiques et d'associations fixes (Tableau III) de croissance de 37%) et IEC (taux de croissance de 110%) (tableau n°I).

Les prescriptions des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) étaient en nette croissance. Nous notons également une augmentation de la part de l'association IEC-Diurétiques et IEC en 2006 avec respectivement 22,7% et 16,1% contre une baisse de consommation des diurétiques (14,6% à 9,8%).

Parmi les IEC, le captopril représentait plus de 70% des unités de vente avec un taux de croissance de 119%. L'aténolol représentait la quasi-totalité des bêtabloquants avec une croissance de 144%. Le taux de croissance de la consommation du furosémide (entre 74 et 94% des diurétiques) n'est que de 8%. L'Alpha-méthylidopa, la rilménidine et le vasartan représentaient respectivement les chefs de file des antihypertenseurs centraux et des alphabloquants et des ARA II (Tableau n° III).

Dans les inhibiteurs des canaux calciques, nous avons noté deux DCI importantes : Amlodipine représentait près de la moitié de la consommation des inhibiteurs des canaux calciques et la nifédipine un tiers de la consommation des inhibiteurs des canaux calciques (Tableau n°III).

Tableau n°I : Classes thérapeutiques consommées au cours des trimestres de 2005 et 2006

Classes Thérapeutiques	2005		2006		Taux de croissance	p
	UV	%	UV	%		
Inhibiteurs calciques	2095	25,3	4249	25,0	108%	< 0,0001
IEC-Diurétiques	1713	20,7	3848	22,7	125	< 0,0001
IEC	1302	15,7	2735	16,1	110%	< 0,0001
Diurétiques	1207	14,6	1656	9,8	37%	< 0,001
Betabloquants	463	5,6	1137	6,7	145%	< 0,0001
Diurétiques-Diurétiques	418	5,0	933	5,5	123	< 0,0001
ARA II	387	4,7	842	5,0	118%	< 0,0001
AHTA d'action centrale	350	4,2	461	2,7	32%	< 0,0001
Diurétiques-Bêtabloquants	197	2,4	781	4,6	296%	< 0,0001
Alpha-Bloquants	82	1,0	195	1,1	138%	< 0,0001
Diuretique-Reserpine	61	0,7	136	0,8	123%	< 0,001
Beta-alpha bloq	6	0,1	11	0,1	83%	< 0,01
Total	8281	100	16984	100	?	

Dans les associations fixes, nous avons hydrochlorothiazide-captopril comme chef de file des Diurétiques-inhibiteurs de l'enzyme de conversion (>56%). Dans les associations diurétiques-diurétiques c'est hydrochlorothiazide-Amiloride (60%). On retrouve également l'hydrochlorothiazide avec l'aténolol (55%) et avec le vasartan (100%). Les taux de croissance avoisinaient les 120% (Tableau n°III).

PHARMACOÉCONOMIE

Prix moyens

Concernant les prix moyens, les classes thérapeutiques les plus coûteuses étaient: les ARA II (22 354 f CFA en 2005) avec un taux de croissance 0,02% en 2006, suivis des associations IEC-diurétiques (15638 f CFA en 2005) avec une baisse de 0,02%, les IEC coûtait en moyenne 12 278 f CFA en 2005 avec un taux de baisse de -2,47% et les inhibiteurs calciques 10 448 f CFA en 2005 avec une réduction de 1,19%. La différence des prix

Tableau n°II : Prix moyen des antihypertenseurs en F CFA (1 Euro = 655,957 F CFA)

Famille	2005	2006	Taux de croissance (%)	P
IEC	12 278	11 975	2,47	NS
Bêta-bloquants	6 247	6 920	10,78	< 0,0001
Inhibiteurs calciques	10 448	10 324	- 1,19	NS
Diurétiques	3 487	4 771	36,83	< 0,0001
Antihypertenseurs d'action centrale	3 532	4 041	14,42	< 0,0001
Alpha-Bloquants	8 874	8 880	0,07	NS
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II	22 354	22 359	0,02	NS
Associations EC-Diurétiques	15 638	15 606	- 0,02	NS
Diurétiques-Diurétiques	4 718	4 714	- 0,08	NS
Diurétiques-Bêtabloquants	5 264	5 321	1,08	NS
Beta-alpha bloq	6 025	5 663	- 6,01	< 0,001
Diuretique-Reserpine	1 443	1 444	0,07	NS

moyens de ces classes à ces deux semestres était faible et non significative (tableau n°II).

Les classes qui coûtaient moins de 5 000 f CFA étaient les diurétiques-diurétiques, les antihypertenseurs centraux et les diurétiques. Les taux de variation étaient significatifs (Tableau n°II).

Dépenses

Les dépenses trimestrielles des quatre molécules les plus prescrites ont été multipliées par 2 à 3,1 en 2006. Les dépenses ont été estimées à 77 millions en 2005 et 205 millions en 2006 soit une progression de 166% (Tableau n°III).

Quel que soit le trimestre, les trois premières classes thérapeutiques étaient les inhibiteurs des canaux calciques (38,9% versus 29,%), les IEC (22,6% versus 17,5%) et les IEC-diurétiques (14,8% versus 17% des dépenses). En

quatrième position les ARA II en 2005 (11,3%). Ils ont été remplacés en 2006 par les Diurétiques-diurétiques (15,6% du coût global des antihypertenseurs). Les taux de croissance de ces classes thérapeutiques avoisinaient les 110%. Cette croissance était significative pour les dépenses des ARA II et des diurétiques- réserpine. Les associations fixes représentaient 18,7% en 2005 et 34,6% en 2006. La consommation des 4 DCI (Aténolol, nifédipine, captopril, amlodipine) représentaient 70,4% des dépenses en 2005 contre 56,1% des dépenses en 2006. Ces DCI représentaient les différents chefs de file des différentes classes. Le taux de croissance de l'aténolol était de 139%, celui de la nifédipine de 123%, du captopril de 120%

et de l'amlodipine de 125%. Ces hausses étaient significatives. Les quatre spécialités les plus consommées étaient par ordre décroissant de dépense l'Amlor* (17,44 millions versus 39,47 millions), l'Ecazide* (7,73 millions versus 17,46

Tableau III : dépense des antihypertenseurs des deux trimestres de 2005 et 2006

Famille	DCI	2005		2006		Taux de croissance	P
		Dépense	%	Dépense	%		
IEC	Captopril	11286458	65,4	24868932	69,6	120%	< 0,0001
	Enalapril	573978	3,3	1280520	3,6	123%	< 0,0001
	Ramipril	2825607	16,4	4184404	11,7	48%	< 0,0001
	Quinapril	137405	0,8	316716	0,9	130%	< 0,0001
	Péridopril	2440893	14,1	5076039	14,2	108%	< 0,0001
Total		17264341	100	35726611	100	107%	
Bêta-bloquants	Aténolol	2802146	90,6	6710475	84,0	139%	< 0,0001
	Bisoprolol	9103	0,3	21100	0,3	132%	< 0,0001
	Acébutolol	216125	7,0	1105910	13,8	412%	< 0,0001
	Sotalol	66881	2,2	155818	1,9	133%	< 0,0001
Total		3094255	100	7993303	100	158%	
Inhibiteurs calciques	Amlodipine	17716079	59,6	39917841	66,5	125%	< 0,0001
	Lercanidipine	1068760	3,6	2194918	3,7	105%	< 0,0001
	Nicardipine	2738357	9,2	261142	0,4	-90%	< 0,0001
	Nifedipine	5009836	16,8	11181618	18,6	123%	< 0,0001
	Tilthiazem	2028998	6,8	4668489	7,8	130%	< 0,0001
	Isradipine	1174583	3,9	1803972	3,0	54%	< 0,0001
Total		29736613	100	60027980	100	102%	
Diurétiques	Furosemide	321666	36,6	3078841	47,5	857%	< 0,0001
	Indapamide	556920	63,4	3402366	52,5	511%	< 0,0001
Total		878586	100	6481207	100	638%	
Antihypertenseurs d'action centrale	Alpha-methyl-dopa	1274825	99,2	1918840	99,6	51%	< 0,0001
	Clonidine	10163	0,8	7370	0,4	-27%	< 0,0001
Total		1284988	100	1926210	100	50%	
Alpha-Bloquants	Prazosine	1993	0,2	3985	0,1	100%	< 0,0001
	Rilmenidine	1114722	99,8	2672350	99,9	140%	< 0,0001
Total		1116715	100	2676335	100	140%	
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II	Valsartan	4403299	50,9	9309696	49,5	111%	
	valsartan, HCT	4241349	49,1	9516680	50,5	124%	
Total		8644648	100	18826376	100	118%	< 0,0001
Associations EC-Diurétiques	HCT-captopril	7731681	68,4	17464401	50,1	126%	< 0,0001
	HCT-ramipril	466280	4,1	10343808	29,7	2118%	< 0,0001
	HCT-quinapril	372321	3,3	865600	2,5	132%	< 0,0001
	HCT-enalapril	396506	3,5	951660	2,7	140%	< 0,0001
	Perindopril-indapamide	2339015	20,7	5258746	15,1	125%	< 0,0001
Total		11305804	100	34884215	100	209%	
Diurétiques-Diurétiques	HCT-Amiloride	1353777	67,4	30584852	95,5	2159%	< 0,0001
	spironolactone, altizide	655655	32,6	1432260	4,5	118%	< 0,0001
Total		2009432	100	32017215	100	1493%	
Diurétiques-Bêtabloquants	hydrochlorothiazide Amiloride, timolol	415639	46,2	971552	24,8	134%	< 0,0001
	Atenolol, HCT	451042	50,1	962989	24,6	114%	< 0,0001
	Chlortalidone, oxprenol	33230	3,7	65680	1,7	98%	< 0,0001
	aténolol, chlortalidone	0	0,0	191780	4,9	#DIV/0!	< 0,0001
Total		899911	100	3918021	56	335%	
Beta-alpha bloq	Labetolol	33138		62293		88%	< 0,0001
Diuretique-Reserpine	bendrofluméthiazide, réserpine	88384		196384		122%	< 0,0001

millions), le Lopril* 50 (6,49% millions versus 10,52 millions) et le Tritazide* (4,66 millions versus 10,34 millions). En 5^{ème} et 6^{ème} position venaient un sartan (Tareg*) et une association sartan-hydrochlorothiazide (Cotareg*).

DISCUSSION

Malgré les problèmes inhérents aux bases de données, celle de la mutuelle des fonctionnaires ivoiriens est disponible avec des données de prescription, de dispensation et de consommation fiables et exhaustives sur l'ensemble des fonctionnaires ivoiriens. En effet, elle permet de mesurer l'exposition et l'impact dans cette frange de la population.

Les recommandations internationales préconisent la prescription des antihypertenseurs majeurs^{10,11}. Dans notre série, les prescriptions reposaient sur les antihypertenseurs majeurs. Il s'agissait majoritairement, des inhibiteurs des canaux calciques, des associations fixes, des IEC et des diurétiques. Nous pouvons alors dire que le profil de prescription des antihypertenseurs en Côte d'Ivoire était conforme à l'état actuel des recommandations internationales de prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA).

De 2005 à 2006, nous avons noté une hausse des consommations de 105%. Cette forte hausse des unités prescrites pourrait être due à une augmentation de la prévalence de l'HTA, à une modification du tableau clinique des anciens patients requérant des polythérapies sans exclure un éventuel lien avec la situation sociopolitique et son corollaire de stress. En effet, les données ivoiriennes montrent une hausse de la prévalence de l'hypertension artérielle (de 12% à 21%)⁶. Le même constat a été fait en France à partir d'une étude menée par la sécurité sociale à l'issue de laquelle la prévalence de l'HTA était passé de 19,6% à 22,8%¹⁵.

Cette hausse peut également s'inscrire dans le contexte de recommandations de prise en charge plus intensive et plus précoce de l'HTA¹¹. Faire des choix d'efficacité implique parfois une agressivité thérapeutique.

Dans notre travail, en ce qui concerne les médicaments les plus prescrits, la première place revenait aux inhibiteurs des canaux calciques suivis des associations fixes, des IEC et des diurétiques dans un ordre variable d'une année à l'autre. Il y a eu une évolution dans la prescription puisque Ekou en 2004⁶, constatait la répartition suivante par ordre de fréquence décroissante : les inhibiteurs calciques (11%) suivis des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (9,6%) et des diurétiques (7,4%).

La prescription des associations fixes était en hausse. Au Burkina fasso une étude en 1989, notait que moins du tiers (23%) des patients bénéficiaient d'une association médicamenteuse⁵. Depuis lors, plusieurs enquêtes ont permis de noter des pourcentages plus élevés en Côte d'Ivoire⁶. En France, on observait une proportion importante de 67%¹². Cette différence pourrait être liée au fait que nous ne disposons que de données concernant les associations médicamenteuses fixes. En effet, certains patients ont pu bénéficier d'une association médicamenteuse avec des molécules séparées. Cette tendance à l'usage de drogues plus agressives comme le notait Samson¹⁴ pourrait être favorisé par la gravité des cas d'HTA (67% des cas dans l'enquête d'Ekou).

La plus grande part revenait à l'association IEC- Diurétiques (66% - 67% des cas). Or, il est admis que chez le noir africain, l'efficacité des IEC est meilleure lorsqu'ils sont associés aux diurétiques notamment à l'hydrochlorothiazide. Cette modification de prescription répond au besoin des prescripteurs de se conformer aux nouvelles recommandations de prise en charge de l'HTA.

Dans notre étude, la prescription des Bêtabloquants était en légère hausse (5,6 à 6,7%). Le même constat a été fait par Soumerai¹⁶

Malgré l'apparition de nouvelles classes thérapeutiques, les diurétiques et les Bêtabloquants restent d'actualité dans le traitement de l'hypertension artérielle. Les nouvelles recommandations préconisent surtout l'utilisation des diurétiques thiazidiques¹¹ soit en monothérapie ou en association, le plus souvent en première intention. En effet l'hydrochlorothiazide et le furosémide étaient les diurétiques les plus prescrits dans les premiers trimestres de 2005 et de 2006.

A partir d'études menées chez des patients afro-américains et africains des Caraïbes, il apparaît que l'HTA chez ces patients, est plus sensible aux diurétiques et aux inhibiteurs calciques qu'aux Bêtabloquants, IEC et ARA II⁶, alors que la prescription des ARA II est en émergence avec une hausse des prescriptions de 118%. Selon une étude espagnole³ en 2000, la prescription des ARA II introduite en 1998 avait supplantée celle des bêtabloquants et occupait la quatrième place après les IEC, les diurétiques, les inhibiteurs des canaux calciques. Le même constat a été fait par des auteurs français qui notaient une augmentation du recours aux ARA II (19,8% en 2000 contre 36,7% en 2006)¹⁵. Pour ces derniers, la place prise par les ARA II dans l'arsenal thérapeutique s'explique par le fait que les médecins craignent les effets secondaires respiratoires, réputés plus fréquents avec les IEC dont le profil d'action est comparable. Cette discordance entre la pratique et les recommandations est plus marquée chez les patients ayant une assurance-maladie⁹. A cela s'ajoute l'impact des visiteurs médicaux sur le comportement des prescripteurs.

Tandis que de 2005 à 2006, le taux de croissance en unité de vente était de 105%, celui en dépense était de 166%. Malgré l'introduction de produits génériques, les dépenses médicamenteuses ont triplé. Cela peut expliquer le fait que les prescripteurs privilégient les spécialités au détriment des génériques de faible coût. Cela est également lié à l'absence d'une politique efficace de baisse des prix des médicaments. Cette étude a montré qu'aux deux trimestres, les prix moyens étaient stables ou ont

connu une variation non significative pour influencer la baisse des dépenses sauf pour les molécules anciennes. En revanche, en France, l'introduction de produits génériques était responsable d'une diminution du coût moyen annuel du traitement médicamenteux de l'HTA¹⁵. De plus, les produits les plus récents occupent une place prépondérante au détriment de molécules plus anciennes et des médicaments génériques¹⁶. En effet, les nouvelles molécules telles que les ARA II et les IEC sont de plus en plus prescrites avec des taux de croissance des dépenses respectifs de 118% et de 107%. Dans l'enquête « HTA-MG¹² » les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA) étaient en tête des prescriptions médicamenteuses. Des auteurs espagnols⁸ trouvaient en 2000 que les ARA II occupaient la deuxième place en terme de dépense après les IEC.

Les anciennes molécules telles que les Alpha bloquants et les antihypertenseurs centraux sont aujourd'hui tombées en désuétude même si elles avaient le mérite de générer moins de dépenses. Par ailleurs, conformément aux recommandations pour la prise en charge de l'HTA, le traitement diurétique ou Bêtabloquant est peu coûteux. Certes, les considérations de coût doivent être prises en compte mais ne doivent pas l'emporter sur les considérations d'efficacité. A efficacité égale il faut privilégier les molécules les moins coûteuses compte tenu de notre contexte d'exercice. C'est une contrainte à intégrer à notre démarche de prescription. Pour toutes ces raisons, la maîtrise des dépenses, devrait conduire à la demande de justificatifs de la prescription de molécules coûteuses. C'est pourquoi, le maintien et un meilleur contrôle de l'utilisation de la carte TPC devrait pouvoir répondre à cet objectif de maîtrise des dépenses.

CONCLUSION

La prise en charge de l'HTA est un défi permanent. Notre travail a le mérite de décrire des aspects du profil de consommation des antihypertenseurs en Côte d'Ivoire partant de là de l'ICA. Les classes thérapeutiques les plus prescrites étaient par ordre de décroissance les inhibiteurs calciques, les IEC, les IEC-Diurétiques et les diurétiques. La consommation était en hausse de 105% dominée par les inhibiteurs calciques.

Dans notre contexte de sous développement avec des ressources limitées, la maîtrise des dépenses est impérative. En effet, il ressort de notre étude, une hausse des dépenses de santé des antihypertenseurs par la consommation des classes récentes au détriment des génériques. La prise en compte des aspects pharmaco-économiques devrait permettre

d'aboutir à un meilleur ratio prise en charge optimale-coût du traitement dans nos régions où la pauvreté est endémique.

RÉFÉRENCES

- Bertrand E, Coulibaly A O, Ticolat R. Statistiques 1988, 1989, 1990 de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan. *Cardiol Trop* 1991 ; 17(68) : 151-5.
- Bertrand ; E, RENAMBOT J, GNEHI A et al .Morbidity et mortalité cardiovasculaire d'un service de médecine interne à Abidjan en 1974. *Card Trop* 1979 ; 5 : 19-23
- Calvo-Vargas, Para CJ.z, Grover P .F, Fonceca. Change in the cost of antihypertensive medications in a developing country : a study in Mexico comparing 1990 and 1996. *Am J Hypertens* 1998 : 487-93
- Côte d'Ivoire. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Programme STEPS. Rapport de l'atelier de diffusion des résultats de l'enquête de prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles dans les régions sanitaires des Lagunes 1 et 2. 12-5-
- Drabo Y J, Dembele A, Ouandaogo BJ, Serme D. Du traitement de l'hypertension artérielle au centre hospitalier régional de FADA N'GOURMA à propos de 110 cas. *Méd Afr Noire* 1992 ; 39(1) : 36-41
- Ekou K A. Contribution à l'étude de l'hypertension artérielle en consultation à l'institut de cardiologie d'Abidjan. Thèse méd. Abidjan 2006; 4256.
- Ghobrial H, Bertrand M, Amouyel P, Leutenegger E, Vuittenez F. observatoire représentatif des usages dans l'HTA. *Arch Mal Coeur et Vaiss.* 2001 ; 94, N° 10.
- García del Pozo J, Sevillano E R, De Abajo F J, Campos R M. Use of Antihypertensive Drugs in Spain (1995-2001). *Rev Esp Cardiol.* 2004; 57(3):241-9
- Guo J, Liu G, Dale B, Fu A. How well have practices followed guidelines in prescribing antihypertensive drugs: the role of health insurance. *Value in Health* 6(1): 18-28
- Haute Autorité de Santé (HAS): Les recommandations HAS-2005 sur la prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle. *HTA-INFO*, novembre 2005; 18:27.
- Joint National Committee (JNC). The seventh report of the joint National Committee on prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* 2003; 289: 2560-72
- Le Menac'h A, Grandin L, LeFrancois R, Flahault A. « Sentinelles » INSERM France. Facteurs de risque cardio-vasculaire associés à l'hypertension artérielle et sa prise en charge en médecine générale Etude HTA-MG. Rapport du 31/12/2003 :34
- N'Guetta R, Adoh M, Adoubi A et Al. Coût direct de la prise en charge ambulatoire de l'hypertension artérielle à Abidjan. *Afr Biomed* 2006; 11: 49-56.
- Sabban C, Courtois J. Comparaisons européennes sur huit classes de médicaments. *Points de repère* 2007 ; 12.
- Samson S, Ricordeau P, Pepin S, Tilly B, Weill A, Allemand H. Hypertension artérielle et facteurs de risques associés: évolution des traitements entre 2000 et 2006. *Points de repère* 2007 ; 10.
- Soumerai S, Mc Laughlin T, Spiegelman D, Hertzmark E, Thibault G, Goldman L. Adverse outcomes of underuse of beta-blockers in elderly survivors of acute myocardial infarction. *JAMA* 1997; 277: 115-21.