



Hypertension artérielle : précisions à propos de l'émission «Mise au point»

Rev Med Suisse 2006 ; 2 : 550-1

B. Waeber

Pr Bernard Waeber
Division de physiopathologie clinique
CHUV, 1011 Lausanne

Le 15 janvier 2006, j'ai eu l'occasion de participer à une émission de «Mise au Point», une émission très prisée de la Télévision suisse romande. Malheureusement les journalistes en charge du montage ont manifestement choisi de privilégier l'opinion que les médecins, sous l'influence des laboratoires, diagnostiquent et traitent de plus en plus de malades hypertendus en fixant les normes de la pression artérielle de plus en plus bas. Il n'y a malheureusement pas eu de débat. Comme résultat, j'ai eu de nombreux appels de collègues dépités qui m'ont signalé le désarroi de leurs malades. N'ayant pas eu de droit de réponse dans «Mise au Point», j'ai mis à disposition des malades hypertendus un petit texte explicatif sur le site internet de l'émission (<http://www.tsr.ch/tsr/index.html?siteSect=343903&sid=4483803>).

Ce texte est retranscrit ci-après in extenso. L'enjeu de la prévention des maladies cardiovasculaires est trop important pour rester sans réaction.

Permettez-moi de revenir sur l'émission de «Mise au Point» du 15 janvier dernier. J'ai été amené à intervenir dans la rubrique portant sur le traitement des fac-

teurs de risque cardiovasculaires et suis très choqué de la légèreté avec laquelle ce sujet a été traité. L'émission a déstabilisé à coup sûr de nombreux malades hypertendus, comme j'ai pu m'en rendre compte à ma consultation dès le lendemain de sa programmation.

J'ai été sollicité par votre collaboratrice pour expliquer pourquoi les critères de diagnostic de l'hypertension artérielle deviennent de plus en plus stricts, en d'autres termes, pourquoi des valeurs de pression artérielle considérées comme normales il y a dix ans apparaissent aujourd'hui comme anormalement élevées et peuvent nécessiter éventuellement un traitement. A aucun moment de mon intervention ce point n'a été abordé, alors même que je l'ai bien expliqué lors de l'interview qui a été réalisée par vos journalistes au CHUV à Lausanne. Je tiens dès lors à préciser quelques points.

L'hypertension artérielle augmente considérablement le risque de développer une complication cardiovasculaire, notamment l'accident cérébro-vasculaire (attaque cérébrale), l'infarctus du myocarde et l'insuffisance cardiaque. Il existe d'autres facteurs de risque cardiovasculaires, les plus importants étant le diabète sucré, l'excès de cholestérol dans le sang et le tabagisme. Chose importante, la coexistence de plusieurs facteurs de risque accroît de manière très importante la probabilité de présenter un jour ou l'autre une complication. Personne ne peut mettre en doute ce constat. Personne ne peut non plus mettre en doute que les maladies cardiovasculaires représentent la cause de décès principale dans le monde (en ne tenant pas compte de la malnutrition et des maladies infectieuses transmissibles dans les pays en voie de développement). Dans notre pays, ce sont les maladies cardiovasculaires qui tuent le plus. Les statistiques le démontrent.

Le traitement des facteurs de risque cardiovasculaires permet de prévenir dans une large mesure le développement de

complications cardiovasculaires. Beaucoup d'efforts ont été dirigés ces dernières décennies pour diagnostiquer et traiter des maladies comme l'hypertension artérielle, le diabète sucré et l'excès de cholestérol dans le sang, avec comme résultat une diminution des complications cardiovasculaires et un vieillissement de la population, avec des hommes et des femmes demeurant «en pleine forme» de plus en plus longtemps.

Est-il possible d'améliorer encore la situation ? J'aimerais prendre l'exemple de l'hypertension artérielle puisque mon intervention lors de l'émission devait porter sur cette affection. Et pour parler de l'hypertension artérielle j'aimerais vous emmener sur une autoroute. Supposons que la vitesse y soit limitée à 180 km à l'heure. Je vais certainement rouler plus rapidement que si la vitesse était limitée à 120 km à l'heure. Il est évident que mon risque de mourir sur la route sera beaucoup plus grand avec la limite à 180 qu'avec celle à 120 km à l'heure. Pourtant je dois bien admettre qu'il n'est pas exclu que je meure en tombant d'un tabouret en ayant roulé toute ma vie sans accident à plus de 180 km à l'heure. Ainsi en est-il au niveau de l'individu. Considérons maintenant les mêmes limites de vitesse du point de vue de la société. Pour elle il y a un énorme gain à établir la limite à 120 plutôt qu'à 180 km à l'heure : beaucoup moins de décès, beaucoup moins de séquelles graves dues aux accidents de la circulation.

Il en va exactement de même pour l'hypertension artérielle (de même que pour le diabète sucré et l'excès de cholestérol dans le sang). Je peux mourir à cent ans en ayant eu une pression artérielle trop élevée, mais mon risque de mourir bien plus tôt d'un accident cardiovasculaire est nettement plus grand que si ma pression artérielle est normale. Toutes les études l'ont montré : le risque augmente en proportion avec le niveau de la pression artérielle. L'enjeu est au-



aujourd'hui de décider où mettre la barre de la normalité. Pendant longtemps était définie comme normale une pression artérielle inférieure à 160/95 mmHg. De grandes études ont été réalisées ces dernières années et les experts en ont tiré comme conclusion qu'il est préférable d'avoir une pression artérielle inférieure à 140/90 mmHg (et même plus bas dans certains cas, notamment chez le malade diabétique). Une telle valeur permet de diminuer le risque cardiovasculaire au niveau de l'individu, elle permet aussi à la société d'en tirer bénéfice, malgré le coût engendré par le traitement.

Les recommandations de diagnostic et de traitement des maladies sont mises à disposition des médecins et des malades par des groupes d'experts. Ces derniers basent leur jugement chaque fois que possible sur les résultats d'essais cliniques contrôlés qui répondent à des questions précises. On parle de médecine fondée sur les preuves. Il se trouve que je fais partie du groupe de travail qui a élaboré les recommandations conjointes de l'European Society of Hypertension et de l'European Society of Cardiology (publiées dans le *Journal of Hypertension* 2003;21:1011-53). Lors de l'émission il a été déclaré que les experts étaient mani-

pulés par l'industrie. Je ne veux parler ici que de ce que je connais. Aucun représentant de l'industrie ne faisait partie de notre groupe de travail, j'ai pu donner mon avis librement, tous les experts ont travaillé bénévolement.

J'essaie de me mettre à la place d'un malade hypertendu ayant suivi l'émission. J'en ressortirais avec l'impression qu'il me suffit de manger sainement pour normaliser la pression artérielle et que les médecins sont à la solde des laboratoires parce qu'ils prescrivent des médicaments. Je veux être clair. Toutes les recommandations du monde soulignent l'importance des mesures non médicamenteuses. Un régime alimentaire sain n'est d'ailleurs qu'une mesure parmi d'autres, comme la diminution du poids en cas de surcharge pondérale et une activité physique régulière. Chaque médecin aborde ces aspects d'hygiène de vie avec ses malades. Chaque médecin praticien sait cependant que ces mesures sont souvent insuffisantes pour normaliser la pression artérielle. Elles sont toutefois utiles car elles augmentent l'efficacité des médicaments antihypertenseurs.

Parlons-en des médicaments antihypertenseurs. Plutôt que de tirer à boulets rouges sur les firmes pharmaceutiques

j'aimerais les remercier d'avoir permis aux chercheurs de développer de nouveaux médicaments. Il y a 25 ans j'avais à disposition deux classes de bons médicaments pour traiter mes malades hypertendus. J'en ai cinq aujourd'hui. Les malades et les médecins savent bien qu'il n'est pas si facile que ça de normaliser la pression artérielle et qu'au moins deux médicaments sont souvent nécessaires pour y arriver. Heureusement que le choix existe, ce qui permet au médecin de trouver la plupart du temps, quelquefois après plusieurs essais laborieux et pénibles pour le malade, un traitement à la fois efficace et bien toléré.

Aujourd'hui tout le monde accepte de traiter avec de multiples médicaments les malades qui ont présenté une complication cardiovasculaire. Ainsi en est-il après un infarctus du myocarde, une attaque cérébrale ou lorsqu'un malade est insuffisant cardiaque. Cela est amplement justifié. Pour ma part je pense que chaque individu et que la société dans son ensemble ont intérêt à reconnaître le vieil adage «Mieux vaut prévenir que guérir». Nous avons les moyens de le faire aujourd'hui. Cela a bien sûr un prix actuellement, mais représente une économie pour demain. ■