

LU POUR VOUS Tension artérielle: trop haute ou trop risquée?

Cette étude rétrospective est basée sur des dossiers électroniques anonymes (DEA) reliés aux statistiques des hôpitaux et aux taux de mortalité. Elle inclut 1 222 670 personnes de 30-79 ans (moyenne 51), suivies pendant 5 ans ou jusqu'au premier événement cardiovasculaire (CV) coronaire ou cérébral (= critère de jugement primaire), décès ou sortie du DEA. Elle compare quatre stratégies pour décider de l'éligibilité à un traitement antihypertenseur: 1) tous ceux

avec TA \geq 140/90; 2) critère «NICE 2011»: TA \geq 160/100 ou \geq 140-159/90-99 mm Hg et l'un des critères suivants: risque CV (QRISK2) à 10 ans \geq 20%, DM, IRC ou atteinte d'organe cible; 3) critère «NICE 2019», idem mais risque 10%; et 4) risque à 10 ans \geq 10%, quelle que soit la valeur de TA (par exemple 128/75). La meilleure stratégie devait permettre d'identifier uniquement ceux qui allaient développer une maladie CV liée à l'hypertension, sans en omettre ni en surtraiter!

Dans les analyses, 51,4% étaient éligibles pour un traitement dans au moins une stratégie, mais seuls 15,6% avaient les critères de traitement quel que soit le choix. Selon la stratégie, on a retrouvé le taux suivant d'éligibilité: 1) 39,4%; 2) 22,2%; 3) 26,8%; et 4) 29,3%. La variation était donc presque du simple au double entre la première et la deuxième! 32 183 événements CV ont été notés, et seule une partie s'était produite dans chaque stratégie: 1) 63,4%; 2) 47%; 3) 55,6%; et 4) 67,9%. Comparé à la stratégie 1 (TA \geq 140/90), la stratégie 4 (risque CV $>$ 10%) était supérieure, car moins de patients y étaient éligibles à un traitement (29,3 vs 39,4%) alors que plus d'événements CV (67,9 vs 63,4%) s'y étaient produits.

efficacités de cette approche. Mais l'interprétation des résultats est limitée au critère de jugement primaire, qui ne prend pas en compte les autres conséquences de l'HTA (par exemple, l'atteinte rénale ou des artères périphériques). De plus, il semble attendu que plus d'événements CV se produisent dans le groupe à haut risque, alors même que le risque versus bénéfice de traiter des patients à haut risque CV mais avec une TA normale reste à démontrer.

Dr Constantin Bondolfi

Département des policliniques,
Unisanté, Lausanne

Coordination: Dr Jean Perdrix,
Unisanté (jean.perdrix@unisante.ch)

Commentaire: cette étude explore la décision de traitement basé uniquement sur le risque comme pour l'hypercholestérolémie et suggère une plus grande

Herrett E, et al. Eligibility and subsequent burden of cardiovascular disease of four strategies for blood pressure-lowering treatment: a retrospective cohort study. *Lancet* 2019;394:663-71.



© istockphoto/ALMSTOCK

AVANCÉE THÉRAPEUTIQUE

COVID-19: ARTICULER AU MIEUX LE SAVOIR SCIENTIFIQUE ET LE POUVOIR POLITIQUE

JEAN-YVES NAU
jeanyves.nau@gmail.com

Les crises sanitaires aiguës ont cette vertu de nous éclairer sur ce qu'il peut en être de l'articulation entre le scientifique et le médical d'une part et, de l'autre, le politique et l'exécutif. La progression de l'épidémie de Covid-19 à laquelle le monde est aujourd'hui confrontée offre, de ce point de vue, d'innombrables exemples de ce qu'il peut en être de cette articulation entre le savoir scientifique, l'évaluation des menaces et la gestion de la situation dans une optique de réduction des risques.

À ce titre, le bon fonctionnement de cette articulation, souvent élaborée dans l'urgence, est un rouage essentiel à la bonne mise en œuvre, collective, des possibilités thérapeutiques disponibles.

On peut aussi, de ce point de vue, penser que la plupart des «scandales sanitaires» observés ces dernières décennies résultent de défaillances majeures (découvertes après-coup) dans cette indispensable alliance entre les différentes formes de savoir et celles de l'exercice du pouvoir. Ce fut notamment le cas, en France, avec les affaires du sang contaminé, du Mediator ou de la canicule de l'été 2003.

Rapportons, ici, quelques souvenirs sur une affaire sanitaire d'un autre ordre qui illustre pleinement notre propos. Nous étions en 1996 et le monde traversait, avec l'encéphalopathie spongiforme bovine (maladie de la «vache folle»), une crise sans précédent. On venait de découvrir qu'un agent transmissible non conventionnel, un prion pathologique, pouvait passer du bovin à l'être humain par voie alimentaire et provoquer une nouvelle forme

de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, affection neurodégénérative incurable. L'équation scientifique et médicale comportait alors un nombre considérable d'inconnues, les enjeux étaient multiples, les inquiétudes innombrables.

C'est précisément à cette époque que l'on vit se mettre en place en France, de manière pragmatique, grâce à la compétence d'un petit groupe d'experts pluridisciplinaires et à la compréhension de quelques administrations, une nouvelle forme de gestion de crise sanitaire. On découvrit ainsi l'existence du «comité Dormont», du nom du Pr Dominique Dormont (1948-2003),¹ un médecin militaire au parcours hors du commun, spécialiste de virologie puis des encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles, élève de Carleton Gajdusek et Stanley Prusiner.

La création de ce comité multidiscipli-

naire, la compétence de ses membres, le savoir-faire pédagogique de son président dans ses relations avec le pouvoir exécutif comme avec la presse, permirent alors de réduire, sinon de toujours prévenir, bien des risques dans la gestion de cette longue crise.

Près d'un quart de siècle plus tard, la planète est confrontée – à une toute autre échelle – à une nouvelle situation de crise sanitaire, politique et économique, associée à différentes données virologiques et médicales encore incertaines. Et partout, la question émerge à nouveau: comment le scientifique peut-il éclairer au mieux la prise des décisions de politique sanitaire? Avec, en toile de fond, la redécouverte que nombre des recommandations de l'OMS peuvent être rapidement ignorées aux échelons nationaux – ce qui repose la question du poids et du rôle de cette institution onusienne.

Plusieurs éléments récents, observés en France, viennent démontrer que les enseignements d'un passé récent peuvent ne pas être toujours pleinement intégrés. Le 11 mars dernier, à la demande du président de la République française, le Dr Olivier Véran, nouveau ministre des Solidarités et de la Santé, annonçait la mise en place d'un «conseil scientifique» spécifique.

«La propagation du virus Covid-19 est en augmentation régulière dans notre pays, confrontant le gouvernement, chaque jour, à de nouvelles questions très concrètes pour protéger la population, expliquait le ministre. Depuis les tout premiers cas sur le sol français, la gestion sanitaire s'est appuyée sur les connaissances scientifiques sur le coronavirus au sens large (virologiques, cliniques, biologiques, épidémiologiques, sociologiques, notamment), notre expérience d'épisodes épidémiques antérieurs en France et dans le monde, et l'expertise des administrations, des agences sanitaires et scientifiques, et des sociétés savantes.»

«Mais, ajoutait-il, les connaissances sont évolutives et arrivent de différents pays.» Il importait selon lui de pouvoir en comprendre le contexte et d'apprécier les conditions de transposition, en France, des différentes stratégies développées par chacun des États. «Il faut aussi pouvoir avoir une instance scientifique pluridisciplinaire, croisant les données et les avis avec une approche scientifique globale des enjeux», affirmait le ministre. D'où la décision d'installer le conseil scientifique, présidé par le Pr Jean-François Delfraissy

et comptant dix autres experts aux champs d'expertise complémentaires.² Un conseil duquel était attendu «un éclairage scientifique et réactif sur des questions précises et concrètes relatives à la gestion de la crise sanitaire». Aucune précision n'était donnée quant au processus de désignation des membres ou à leurs modalités de fonctionnement.

Dès le lendemain de cette annonce, dans son «Adresse à la France», le président faisait référence à cette nouvelle structure. «J'ai interrogé les scientifiques sur nos élections municipales, dont le premier tour se tiendra dans quelques jours. Ils considèrent que rien ne s'oppose à ce que les Français, même les plus vulnérables, se rendent aux urnes», déclarait alors le chef de l'Etat français. Toutefois,

en même temps, Emmanuel Macron notifiât, à compter du lundi 16 mars et «jusqu'à nouvel ordre», la fermeture des crèches, des écoles, des collèges, des lycées et des universités, «pour une raison simple: nos enfants et nos plus jeunes, selon les scientifiques toujours, sont celles et ceux qui propagent, semble-t-il, le plus rapidement le virus».

C'était le début d'une polémique qui, en France, ne s'est pas éteinte: pourquoi autoriser la tenue des élections municipales et, en même temps, fermer l'ensemble des établissements scolaires et universitaires? Et comment prendre une telle décision sans rendre public l'avis du Conseil scientifique dont le chef de l'Etat expliquait qu'il était directement à l'origine de deux mesures apparemment contradictoires? «La seule exception qui n'est pas cohérente avec l'ambition gouvernementale, c'est la tenue des élections municipales», commentait, depuis Genève sur *Slate.fr*, le

COMMENT LE SCIENTIFIQUE PEUT-IL ÉCLAIRER AU MIEUX LA PRISE DES DÉCISIONS DE POLITIQUE SANITAIRE?

Pr Antoine Flahault, directeur de l'Institut de santé globale.

En l'absence de tout document émanant de ce conseil, certains observateurs politiques perçurent là une forme d'utilisation d'un avis scientifique à d'autres fins: nombre de responsables politiques avaient dit leur totale opposition à une annulation ou à un report du premier tour des élections municipales, alors que plusieurs médecins et épidémiologistes avaient très précisément demandé le contraire au vu de l'évolution rapide des données épidémiologiques. Suivirent de nouvelles décisions gouvernementales aux conséquences drastiques (passage au «stade 3», confinement «à l'italienne», etc.), elles aussi officiellement basées sur les avis, toujours confidentiels, des experts.

Il fallut finalement l'émergence de différentes critiques médiatiques quant à l'opacité de ce Conseil pour que le président du Conseil scientifique et le ministre de la Santé organisent en urgence une conférence de presse téléphonique, le 17 mars. Et que soient enfin rendus publics les avis demandés par le gouvernement³ – publicité réclamée depuis le début par les membres de cette structure. «Un travail effectué dans l'urgence, a alors souligné Jean-François Delfraissy, et que nous avons conduit en notre âme et conscience.»

1 Nau JY, Dominique Dormont (1948-2003) in *memo-riam. Rev Med Suisse* 2003;1:1239.

2 Composition du conseil scientifique français: Jean-François Delfraissy, président; Laëtitia Atlani-Duault, anthropologue; Daniel Benamouzig, sociologue; Lila Bouadma, réanimatrice; Simon Cauchemez, modélisateur; Pierre-Louis Druais, médecin de ville; Arnaud Fontanet, épidémiologiste; Bruno Lina, virologue; Denis Malvy, infectiologue; Didier Raoult, infectiologue; Yazdan Yazdanpanah, infectiologue.

3 Les avis du Conseil scientifique en charge de conseiller le gouvernement français sont disponibles à cette adresse: «COVID-19: Conseil scientifique COVID-19».



© istockphoto/skynesher