LE DOSSIER
HTA : les avancées et les changements de 2011

Les recommandations anglaises pour la prise en charge de l'HTA : vers un nouveau monde

En 2011, les Britanniques ont émis de nouvelles recommandations pour la prise en charge de l'hypertension artérielle. Celles-ci ont de nombreuses particularités qui les rendent originales et en rupture avec la plupart des recommandations jusqu'ici disponibles.
Ces recommandations anglaises proposent un recours ample et rapide à la MAPA, voire à l'automesure, lorsqu'il existe une suspicion d'HTA afin de la confirmer ou non, et d'adopter une stratégie adaptée au réel statut tensionnel du patient. La classification de l'HTA repose principalement sur la valeur des chiffres tensionnels obtenus le plus souvent en MAPA ou en automesure. Enfin, les recommandations relèguent en troisième intention les diurétiques et en quatrième intention les bêtabloquants.

→ **F. DIEVART**
Clinique Villette, DUNKERQUE.

Contexte

Les nouvelles propositions anglaises pour la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) ont été disponibles à deux périodes en 2011. Une première version, en février, où pendant quelques semaines plusieurs textes (synthèse, texte complet, argumentaire) ont été mis en ligne sur le site du NICE et ouverts aux commentaires de tous. Puis, après analyse des commentaires, sur ce même site, les recommandations définitives ont été mises en ligne fin août 2011.

Ces recommandations constituent une actualisation de celles publiées en 2004 sous l'égide du *Newcastle Guideline Development and Research Unit*, actualisées une première fois en 2006 en association avec la Société britannique d'hypertension (BHS). Les recommandations de 2011 ont, elles aussi, été réalisées en association avec la BHS, elles constituent donc les recommandations anglaises officielles de 2011.

Les avis et recommandations du NICE ont une portée internationale car elles résultent d'une expertise parmi les plus indépendantes, et prennent en compte une réelle analyse des rapports coûts-bénéfices d'une procédure diagnostique ou thérapeutique en les argumentant. Ainsi, plusieurs systèmes de santé de par le monde sont particulièrement attentifs aux rapports du NICE.

Un des points forts du NICE, qui fait néanmoins l'objet de critiques, est d'avoir statué, sans toutefois que cela ne constitue une règle non modifiable, que le coût d'un traitement par QALY (*Quality Adjusted Life Year* ou "année de vie ajustée par sa qualité") ne devait pas, en règle générale, dépasser 30 000,00 £. Concernant l'HTA, le NICE a indiqué qu'une stratégie a été considérée comme coût-efficace si :

– cette stratégie était nettement supérieure en termes de coût évité, d'utilisation de ressource évitée et d'efficacité clinique comparativement aux autres stratégies,
– cette stratégie faisait gagner 20 000,00 £ par QALY par rapport à la meilleure stratégie suivante.

Le NICE a rappelé dans son argumentaire de février que les médicaments de l'HTA représentaient en 2006 un coût de 1 milliard de livres, soit 12 % du coût des soins primaires pour le système national de santé (NHS).

Aspect médico-légal

Bien qu'issues d'un institut officiel et national de santé ayant pour mission de formuler des recommandations, le texte proposé par le NICE comporte un préambule important sur le plan médico-légal. Il semble donc utile d'en reproduire plusieurs extraits : "*Les lignes de conduite clinique du NICE sont des recommandations concernant le traitement et les soins de personnes ayant des maladies et des états spécifiques dans le cadre du*

LE DOSSIER
HTA : les avancées et les changements de 2011

Le NICE et la BHS d'après leurs sites Internet

Le "NICE"

NICE est l'acronyme de "*National Institute for Health and Clinical Excellence*" (site Internet : www.nice.org.uk).

Le NICE, initialement appelé *National Institute for Clinical Excellence*, a été créé en Angleterre en 1999. Le 1er avril 2005, il a fusionné avec l'Agence de développement de la santé (HDA : *Health Development Agency*) pour devenir le nouveau *National Institute for Health and Clinical Excellence* (toujours appelé NICE).

C'est une organisation anglaise, indépendante, véritable agence de santé du NHS (*National Health Service*, système national de santé anglais) ayant la responsabilité d'édicter des recommandations nationales pour la promotion de la santé et la prévention et le traitement des maladies.

Le NICE produit des recommandations dans trois domaines de santé :
– la Santé publique : recommandations sur la promotion d'une bonne santé et sur la prévention des maladies pour les personnes relevant du système de santé anglais (le NHS), les autorités locales, le grand public et le secteur associatif,
– les technologies de santé : recommandations pour l'utilisation de médecines, traitements et procédures nouvelles ou déjà existantes au sein du NHS,
– la pratique clinique : recommandations pour le traitement et les soins adaptés des patients du NHS ayant des conditions de santé particulière et des maladies spécifiques.

La "BHS"

BHS est l'acronyme de *British Hypertension Society* (site internet : www.bhsoc.org) ou Société britannique d'hypertension artérielle.

La BHS produit des forums sur la recherche médicale et scientifique permettant de partager les connaissances de pointe nécessaires pour comprendre les causes de l'HTA et améliorer son traitement.

La BHS a un système adapté pour produire les recommandations de renommée internationale pour la prise en charge de l'HTA qui sont largement adoptées en soins primaires au Royaume-Uni et dans plusieurs pays.

La BHS a aussi élaboré des programmes d'éducation pour aider les scientifiques, les médecins et les autres professionnels de santé pour comprendre les bases de l'HTA et améliorer sa prise en charge au Royaume-Uni.

Système national de santé en Angleterre et au pays de Galles. Ce guide représente l'opinion du NICE qui a été développée après un examen attentif des preuves disponibles. Il est souhaité que les professionnels de santé les prennent pleinement en compte lorsqu'ils exercent leur jugement clinique. Cependant, ces guides ne peuvent se substituer à la responsabilité individuelle des décisions appropriées aux circonstances propres à chaque patient prises par les professionnels de santé, en concertation avec le patient ou son tuteur, et en fonction d'une information synthétique sur les caractéristiques de quelque traitement qu'il envisage d'utiliser. La modification de ce guide est de la responsabilité des autorités locales de santé ou des fournisseurs de soins. Ces derniers doivent se souvenir qu'il est de leur responsabilité de modifier ce guide, dans leur contexte local, en regard de leur devoir, pour éviter des discriminations illégales et pour promouvoir l'égalité et la possibilité d'accès aux soins. Rien dans ce guide ne doit être interprété de façon à ce qu'il ne soit pas en accord avec leurs devoirs."

Il est aussi précisé que : "*Les traitements et les soins doivent prendre en compte les choix et préférences individuelles des personnes. Une bonne communication est essentielle, reposant sur une information basée sur des preuves, pour permettre aux patients de faire des choix informés au sujet de leurs soins.*"

Ainsi, ce texte est dénommé "*guidelines*" au sens de "lignes de conduite" et non de recommandations.

Les grandes lignes des recommandations

Il est impossible de rendre compte de l'ensemble des recommandations. Si le texte entier paru en août fait 36 pages, l'argumentaire disponible en février et tout aussi indispensable à lire en faisait 310. La lecture de ces deux textes est toutefois très instructive et concerne l'analyse possible des preuves et des multiples aspects de la prise en charge de l'HTA. La lecture de l'argumentaire est surtout très importante puisqu'elle évalue les réponses possibles à de multiples questions posées par l'HTA, comme, par exemple, la sensibilité et la spécificité d'un seuil défini de PA avec un appareil de mesure donné.

Seuls seront repris ici ce qui semble être les grands principes de ces recommandations.

1. Définitions

L'HTA est classée en trois stades :
– HTA de stade 1 : elle correspond à une pression artérielle (PA) clinique au moins égale à 140/90 mmHg et à un PA sur la journée au moins égale à 135/85 mmHg à la MAPA ou à l'automesure,
– HTA de stade 2 : elle correspond à une PA clinique au moins égale à 160/100 mmHg et à un PA sur la journée au moins égale à 150/95 mm Hg à la MAPA ou à l'automesure,
– HTA sévère : elle correspond à une pression artérielle systolique (PAS) occasionnelle au moins égale à 180 mmHg ou à une pression artérielle diastolique (PAD) occasionnelle au moins égale à 110 mmHg.

D'emblée, il peut être constaté que :

– il n'y a que trois stades d'HTA alors que de nombreuses autres recommandations en proposent un plus grand nombre. Toutefois, en 2006, le NICE ne proposait que deux stades,
– ces trois stades ne reposent que sur la valeur des chiffres tensionnels,
– si la PA est d'emblée au moins égale à 180 mmHg pour la PAS ou à 110 pour la PAD, l'HTA est qualifiée de sévère sans nécessité de recourir à une mesure de la PA en dehors de la présence du médecin. Si la PA n'a pas atteint ces valeurs en consultation, la qualification du type d'HTA nécessite le recours à la MAPA ou à l'automesure.

Néanmoins, cette classification basée uniquement sur les chiffres tensionnels ne résume pas l'évaluation initiale d'un hypertendu. Les recommandations précisent ainsi qu'il y a 4 objectifs clefs dans l'évaluation d'un sujet suspecté d'être hypertendu :
– confirmer ou infirmer que la pression artérielle est élevée,
– documenter la présence ou l'absence d'atteinte d'organes cibles induite par l'HTA (par exemple, une hypertrophie ventriculaire gauche, une rétinopathie hypertensive, une excrétion urinaire anormale de protéines…),
– évaluer le risque cardiovasculaire qu'il soit dû à la présence d'une maladie cardiovasculaire ou d'état associé à un risque cardiovasculaire élevé (comme par exemple un diabète ou une insuffisance rénale) ou par le calcul du risque absolu à 10 ans,
– et évaluer si l'HTA peut être une HTA secondaire.

2. Diagnostic

Si la PA clinique est à 140/90 mmHg ou plus élevée, une MAPA doit être proposée pour confirmer le diagnostic d'HTA.

Comment affirmer que la PA clinique est supérieure à 140/90 mmHg ? Si une première mesure de PA fournit des chiffres supérieurs à 140/90 mmHg, il faut effectuer une deuxième mesure pendant la consultation. Si cette deuxième mesure fournit des chiffres très différents, il faudra effectuer une troisième mesure. Et si deux mesures sont supérieures à 140/90 mmHg, il faut alors proposer une MAPA des 24 heures pour confirmer l'HTA. Si la MAPA est mal tolérée, on proposera une automesure.

Lorsqu'une MAPA est utilisée pour confirmer le diagnostic d'HTA, il faut qu'au moins deux mesures de PA soient prises par heure d'éveil (par exemple entre 08 h 00 et 22 h 00). Il faut utiliser la moyenne d'au moins 14 mesures prises pendant la période d'éveil pour confirmer le diagnostic d'HTA.

Si c'est l'automesure qui est utilisée pour confirmer le diagnostic d'HTA, il faut s'assurer que :
– pour chaque enregistrement de la PA, deux mesures consécutives sont effectuées, avec au moins 1 minute entre chacune de ces deux mesures, et ce, chez un sujet en position assise **ET**
– que l'enregistrement de PA est effectué deux fois par jour, idéalement le matin et le soir **ET**
– que l'enregistrement a été fait pendant au moins 4 jours, idéalement 7 jours.

Il faut ensuite ne pas tenir compte des enregistrements effectués le premier jour et faire la moyenne des mesures obtenues les jours suivants pour confirmer le diagnostic d'HTA.

La MAPA est l'outil de choix à proposer, l'automesure étant à réserver aux cas où la MAPA n'est pas faisable, notamment lorsqu'elle est mal tolérée.

Mais un rappel de bon sens figure aussi dans ces recommandations : parce que les appareils automatiques ne mesurent pas avec une précision suffisante la PA lorsque le rythme cardiaque est irrégulier (par exemple, en cas de fibrillation atriale), il faut palper le pouls radial ou brachial avant de mesurer la PA. Si le rythme cardiaque est irrégulier, il faut alors mesurer la PA en utilisant la méthode auscultatoire au niveau de l'artère humérale.

Quel changement ! Ces recommandations créent donc une rupture majeure par rapport à la plupart des recommandations disponibles : le recours à la mesure de PA en dehors de la présence du médecin est recommandé rapidement, largement et, en cas de MAPA, seules les valeurs de PA de la période d'éveil doivent être prises en compte pour le diagnostic d'HTA.

● ***Pourquoi une telle promotion de la MAPA ?*** Les raisons en sont précisées dans l'argumentaire mis en ligne en février 2011. La place de la MAPA résulte d'une analyse de la littérature récente dont la principale conclusion retenue est la suivante : l'automesure est meilleure que la mesure clinique de la PA pour faire le diagnostic d'HTA, mais n'est pas aussi performante que la MAPA.

● ***Pourquoi plutôt la MAPA que l'automesure ? Et pourquoi plutôt l'automesure que la mesure clinique de PA ?*** Ce choix résulte d'une analyse de la littérature et notamment de méta-analyses ayant comparé la sensibilité et la spécificité de ces trois méthodes pour faire le diagnostic de l'HTA. De ce travail, il résulte que la mesure clinique de PA fait un diagnostic inapproprié d'HTA : avec cette méthode, 25 % des patients diagnostiqués comme hypertendus ne le sont en fait pas. Avec l'automesure, ce taux de diagnostic erroné est de 38 %. De plus, avec la mesure clinique, 25 % des hypertendus sont diagnostiqués comme non hypertendus. Avec l'automesure, ce taux est de 14 %.

● ***Pourquoi utiliser les mesures de PA d'éveil lors de la MAPA pour faire le diagnostic d'HTA ?*** Les experts ont préféré utiliser les mesures d'éveil de PA lors d'une MAPA pour faire le diagnostic d'HTA, car, d'une part, il n'y a pas de preuves suffisamment convaincantes pour affirmer que les mesures faites pen-

LE DOSSIER
HTA : les avancées et les changements de 2011

dant le sommeil sont mieux corrélées au pronostic, et car, d'autre part, en prenant en compte les mesures d'éveil, il est possible d'établir des comparaisons avec les valeurs obtenues lors de la mesure clinique de la PA ou lors de l'automesure.

● ***Faire largement des MAPA est-il coût-efficace ?*** Comme le rapport coût-efficacité de la MAPA et de l'automesure, comparativement à la mesure clinique de PA, n'avait pas été évalué avec suffisamment de pertinence dans les études disponibles, le NICE a proposé une étude permettant d'évaluer ce rapport. Cette étude a fait l'objet d'une publication dans le *Lancet* concomitamment à la mise à disposition des nouvelles recommandations. La conclusion publiée de cette étude est la suivante : "La MAPA comme méthode diagnostique de l'HTA après une élévation initiale de la PA clinique réduit les erreurs de diagnostic et les coûts. Les coûts additionnels liés à la MAPA sont contrebalancés par les coûts évités par une meilleure adaptation du traitement. La MAPA est recommandée pour la plupart des patients avant de débuter un traitement antihypertenseur"

● ***Pourquoi lors de l'automesure de la PA effectuer deux mesures matin et soir pendant au moins 4 jours ?*** Différentes méthodes sont proposées pour faire le diagnostic d'HTA et/ou pour la surveillance de la PA en automesure. En France, c'est la règle des trois qui est proposée : trois fois de suite le matin et le soir, pendant trois jours consécutifs afin d'obtenir une moyenne de 18 mesures. Les Anglais ont fait l'analyse des 8 études disponibles évaluant l'automesure et en ont conclu que 2 mesures matin et soir pendant au moins 4 jours, en éliminant les valeurs du premier jour, étaient une solution suffisamment sensible, spécifique et pratique pour devoir être proposée.

3. Chez qui débuter un traitement ?

Il faut débuter un traitement antihypertenseur chez les personnes âgées de moins de 80 ans et ayant une HTA de stade 1, si elles ont au moins une des caractéristiques suivantes : une atteinte d'un organe cible, une maladie cardiovasculaire, une maladie rénale, un diabète et/ou un risque cardiovasculaire absolu à 10 ans équivalent à 20 % ou plus.

Il faut débuter un traitement antihypertenseur chez les personnes ayant une HTA de stade 2, quel que soit l'âge.

Chez les patients ayant moins de 40 ans, une HTA de stade 1 sans atteinte des organes cibles, sans maladie cardiovasculaire ou rénale ou diabète, il faut envisager le recours au spécialiste afin de rechercher une HTA secondaire ou d'effectuer une appréciation plus détaillée d'une atteinte d'un organe cible. Et cela, parce que l'évaluation du risque cardiovasculaire absolu à 10 ans peut sous-estimer le risque d'événements cardiovasculaires chez ces patients.

4. Surveillance du traitement et pression artérielle cible

La pression artérielle cible au cabinet médical est inférieure à 140/90 mmHg chez les patients âgés de moins de 80 ans, sous traitement. Chez ceux de plus de 80 ans, elle est inférieure à 150/90 mmHg sous traitement.

Chez les patients chez lesquels existe une différence de plus de 20/10 mm Hg de PA entre la mesure clinique et la mesure par MAPA ou automesure, il faut surveiller l'efficacité tensionnelle des traitements par la moyenne des mesures de PA d'éveil en MAPA ou automesure. L'objectif est alors d'obtenir une PA, par ces méthodes, inférieure à 135/85 mmHg.

Chez les patients ayant un effet blouse blanche, il faut envisager de surveiller la PA tant au cabinet médical que par MAPA ou automesure pour surveiller la réponse au traitement par modifications du mode de vie ou par médicaments.

5. Choix des traitements

Chaque fois que possible, il faut utiliser des traitements permettant une prise par jour.

Chez les patients de plus de 80 ans, les traitements à proposer sont les mêmes que chez ceux âgés de 55 à 80 ans, en prenant en compte les comorbidités.

>>> Première étape de traitement

La première étape du traitement ne comprend que deux choix, selon l'âge et l'origine ethnique :
– un antagoniste calcique chez les patients âgés de 55 ans ou plus et chez les noirs d'origine africaine ou caribéenne quel que soit l'âge,
– un bloqueur du système rénine angiotensine (SRA) : inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou antagoniste des récepteurs à l'angiotensine 2 (ARA 2) si l'IEC est mal toléré, chez les patients de moins de 55 ans qui ne sont pas noirs.

Il ne faut pas associer un IEC et un ARA 2 pour traiter l'HTA.

Concernant l'antagoniste calcique, si ce choix n'est pas adapté, par exemple à cause d'œdèmes des membres inférieurs ou d'une intolérance ou s'il y a des preuves d'une insuffisance cardiaque ou un risque élevé d'insuffisance cardiaque, il faut alors proposer un diurétique thia-

Contrairement à ce qui avait pu être envisagé et qui semblait logique du fait du coût des appareils de MAPA, une analyse coût-efficacité a montré que la MAPA est la méthode la plus coût-efficace pour le diagnostic de l'hypertension et cela pour une large étendue d'âge tant chez l'homme que chez la femme. De façon remarquable, dans la plupart des groupes, la MAPA permet d'améliorer les conditions de santé (en termes de QALY) et de réduire les coûts, suggérant que l'utilisation de la MAPA pour le diagnostic de l'hypertension peut faire faire des économies au système de santé (anglais).

zidique. Si le diurétique doit être débuté, il faut proposer un thiazidique, comme la chlortalidone (12,5 à 25 mg une fois par jour), l'indapamide (1,5 mg/j en forme à libération prolongée ou 2,5 mg/j) de préférence aux thiazidiques conventionnels comme le bendrofluméthiazide ou l'hydrochlorothiazide. Chez les patients qui reçoivent déjà un traitement par du bendrofluméthiazide ou de l'hydrochlorothiazide et chez qui la pression artérielle est stable et bien contrôlée, il faut continuer le traitement en cours par ces molécules.

>>> Deuxième et troisième étapes de traitement

La deuxième étape, c'est-à-dire si la PA n'est pas contrôlée, consiste à associer le bloqueur du SRA et l'antagoniste calcique.

Si un troisième traitement est nécessaire, il est proposé d'associer un diurétique apparenté thiazidique au bloqueur du SRA et à l'antagoniste calcique.

>>> Quatrième étape de traitement

Pour le traitement de l'HTA résistante :
– Il faut envisager un traitement diurétique par de faibles doses de spironolactone (25 mg une fois par jour) si la kaliémie est égale ou inférieure à 4,5 mmol/L.
– Il faut utiliser ce traitement avec précaution chez les sujets dont le débit de filtration glomérulaire est réduit, car ils sont à risque élevé d'hyperkaliémie.
– Il faut envisager des doses plus élevés de diurétiques thiazidiques si la kaliémie est supérieure à 4,5 mmol/L.

Le schéma proposé est exposé dans la ***figure 1.***

C'est bien évidemment ce nouveau schéma de traitement qui constitue la grande rupture de ces recommandations par rapport aux recommandations précédentes et à celles provenant de la plupart des sociétés savantes.

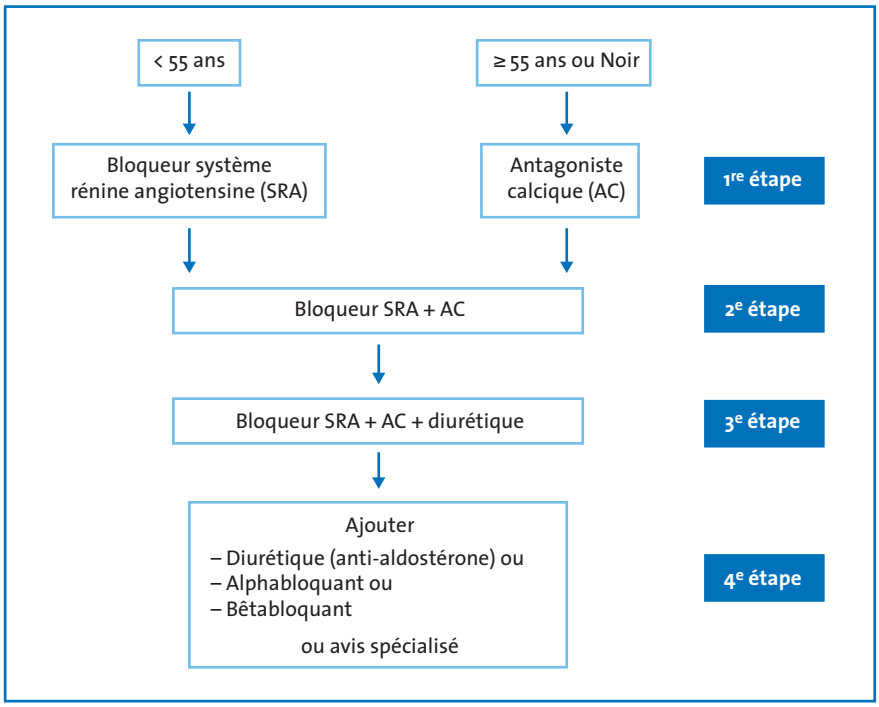

FIG. 1 : Traitement de l'HTA selon le NICE anglais en 2010.

Ainsi, par exemple, si, en 2006, le NICE et la BHS proposaient déjà un choix reposant sur l'âge et l'origine ethnique chez le sujet âgé et chez les Noirs, les antagonistes calciques et les diurétiques étaient des traitements possibles de première intention. En 2011, les antagonistes calciques sont devenus le traitement de premier choix chez ces patients et les diurétiques sont relégués en troisième intention.

Les bêtabloquants sont quant à eux relégués en quatrième intention. Toutefois, ces recommandations précisent que si les bêtabloquants ne sont pas le traitement préférentiel de l'HTA, ils peuvent être envisagés chez les patients les plus jeunes dans les cas suivants :
– intolérance ou contre-indication aux bloqueurs du SRA (IEC et ARA 2),
– chez les femmes pouvant être enceintes,
– chez les sujets ayant des signes évidents d'augmentation du tonus sympathique.

Dans ces cas, si un traitement par un bêtabloquant est débuté et qu'il y a nécessité d'associer un autre traitement, c'est un antagoniste calcique plutôt qu'un diurétique qu'il faudra utiliser afin de diminuer le risque d'apparition d'un diabète.

Pourquoi ces changements par rapport aux recommandations de 2006 ? S'il y a eu des modifications de la stratégie thérapeutique par rapport à celle proposée en 2006, les auteurs des recommandations indiquent que c'est parce que, depuis cette date, des études ont apporté de nouvelles connaissances pour la prise en charge de l'HTA. Ainsi :
– des comparaisons directes entre IEC et ARA 2 indiquent que ces deux classes pourraient avoir un même bénéfice clinique, et donc être jugées équivalentes, conférant aux ARA 2 une place potentielle en première intention,
– une étude a permis de comparer deux stratégies de seconde intention, l'association d'un IEC et soit d'un antagoniste calcique, soit d'un diurétique,

LE DOSSIER
HTA : les avancées et les changements de 2011

– des données nouvelles ont été publiées concernant l'effet des traitements sur la variabilité de la pression artérielle, celle-ci étant maintenant considérée comme un marqueur indépendant du pronostic clinique,
– des données ont permis de mieux apprécier l'apport des différents diurétiques,
– il a été publié de nouvelles études sur les stratégies thérapeutiques de l'HTA résistante, notamment sur l'apport d'un traitement par spironolactone,
– enfin, le prix de nombreux traitements a diminué entre 2006 et 2011 du fait de la mise à disposition de génériques, élément tendant à modifier les rapports coût-efficacité de plusieurs traitements.

Pourquoi le choix des antagonistes calciques, en place des diurétiques en première intention ? Les auteurs des recommandations de 2011 ont pris en compte les études et méta-analyses disponibles concernant l'efficacité relative des différents traitements de l'HTA. Ils ont de même pris en compte, voire effectué lorsque nécessaire et avec des cas cliniques adaptés, des analyses coût-efficacité des différentes stratégies disponibles. Leurs conclusions ont été : "… *Le traitement de l'HTA est hautement coût-efficace. Il améliore le pronostic en termes de santé (meilleur QALY) avec toutes les classes de traitement évaluées dans le modèle et il en résulte une économie financière comparativement à l'absence de traitement, car la réduction des événements cardiovasculaires procurée par le traitement épargne des dépenses à un niveau supérieur à celui du coût du traitement. Il convient toutefois de noter que cette simulation repose sur une estimation du coût du traitement basée sur le prix de médicaments génériques. Chez la plupart des patients, les antagonistes calciques sont apparus comme étant les traitements ayant le meilleur rapport coût-efficacité en traitement de première intention de l'HTA essentielle*".

Pourquoi une association de bloqueurs du système rénine angiotensine avec un antagoniste calcique plutôt qu'avec un diurétique en deuxième intention ? Ce choix résulte de la prise en compte des résultats de l'étude ACCOMPLISH ayant montré un meilleur bénéfice clinique d'une association comprenant une antagoniste calcique en sus d'un IEC plutôt qu'un diurétique en sus de l'IEC.

6. Et les règles hygiéno-diététiques ?

Surprise pour certains, mais aussi réalité des faits connus pour d'autres, le NICE a rappelé dans son argumentaire qu'aucune des études de modification du style de vie disponible n'avait été conduite afin de permettre une évaluation significative du pronostic cardiovasculaire. On peut donc en conclure indirectement que le niveau de preuve du bénéfice cardiovasculaire des modifications du mode de vie est actuellement nul.

Du fait des limites des études sur le mode de vie, les auteurs des recommandations ont donc pris en compte pour évaluer ces études les effets obtenus sur un critère intermédiaire : la variation de la pression artérielle. Les propositions faites sont donc celles qui permettent d'obtenir une diminution des chiffres tensionnels sans certitude d'un bénéfice cardiovasculaire associé.

Les modifications du mode de vie proposée sont les suivantes :
– évaluer le mode de vie des patients en termes de diététique et d'exercice physique pratiqué, car des adaptations du mode de vie portant sur ces critères peuvent diminuer les chiffres tensionnels,
– les techniques de relaxation peuvent diminuer la PA, mais elles ne doivent pas être proposées en routine,
– évaluer la consommation alcoolisée des patients et encourager sa réduction chez les buveurs excessifs, car cela peut diminuer la PA et avoir d'autres bénéfices en termes de santé,
– décourager la consommation excessive de café et de produits riches en caféine. La consommation excessive de café (au moins 5 tasses par jour) est associée à une petite augmentation des chiffres tensionnels (2/1 mm Hg), que les patients soient ou non hypertendus,
– encourager les patients à avoir une faible consommation sodée (inférieure à 6 g de sel par jour, soir 2,4 g de sodium par jour), tant par une réduction spécifique des apports que par une éventuelle substitution sodée, car cela peut diminuer la PA,
– ne pas proposer de suppléments en calcium, magnésium ou potassium, de façon isolée ou associée, car il n'a pas été démontré que ces stratégies diminuent les chiffres tensionnels ;
– prodiguer des conseils pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs. Il n'y a pas de lien direct entre les chiffres tensionnels et le tabagisme, mais ces deux facteurs contribuent à augmenter le risque cardiovasculaire et l'arrêt du tabac est coût-efficace.

La grande leçon de ces recommandations

Le système de santé anglais est un système nationalisé, réputé économe. En termes d'économie, il est intuitif de penser qu'il faut favoriser la classe thérapeutique la moins chère en première intention (notamment les diurétiques) et proposer un usage très parcimonieux de la MAPA. Or, de façon contre-intuitive, le système de santé anglais propose de reléguer les diurétiques en troisième intention et incite à une pratique extrêmement fréquente de la MAPA.

Faut-il comme dans une célèbre bande dessinée en conclure qu'"ils sont fous ces Anglais" ou au contraire faut-il en conclure qu'une analyse économique d'un problème doit prendre en compte un ensemble de coûts générés et surtout de coût évités afin de choisir l'option la plus rentable ? C'est bien à une analyse économique globale que se sont livrés les Anglais, et leur conclusion actuelle est de montrer que ce qui semble le moins onéreux à court terme n'est pas ce qui est le moins onéreux pour un système de santé. **Quelle leçon !**