

Briefe an die SÄZ

Mais où est donc passée l'hypertension artérielle?

Lettre concernant: La nouvelle «Stratégie nationale» clôt une lacune importante. Kessler C, Mahler F. Bull Méd Suisses. 2016;97(44):1518–9.

Dans un numéro récent du BMS a été publiée une nouvelle stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète pour la période 2017 à 2024 [1]. Ce texte a été rédigé par la Fondation Suisse de Cardiologie, la Société Suisse de Cardiologie, l'Union des Sociétés Suisses des Maladies Vasculaires, Société Cérébrovasculaire Suisse et les organisations suisses dédiées au diabète. Les objectifs très louables de ce document vont du renforcement de la prévention et du dépistage précoce à la promotion d'une prise en charge intégrée ou encore voire le comblement des lacunes financières et l'amélioration des conditions-cadres de la politique. Cette stratégie prévoit plusieurs priorités stratégiques dans le domaine des maladies cardiaques, cérébrovasculaires et du diabète avec des champs d'action bien définis dans chacun de ces secteurs.

A la lecture de cette stratégie, les membres de la Société Suisse d'Hypertension, membre partenaire de CardioVasc, ont été très surpris de constater que parmi les priorités définies par le groupe, aucun champ d'action ne concerne l'amélioration de la détection, de la prise en charge et du suivi des patients hypertendus alors que l'hypertension artérielle représente le facteur de risque principal pour la survenue de complications cardiaques comme l'insuffisance cardiaque ou la fibrillation auriculaire. Il en va de même pour les complications cérébrales comme l'accident vasculaire cérébral ou pour les complications du diabète. Ainsi, 60% des patients souffrant d'une fibrillation auriculaire sont hypertendus. De même, 50% des accidents vasculaires ischémiques sont liés à l'hypertension. Chez les patients diabétiques, la présence d'une hypertension artérielle augmente significativement le risque de complications cardiaques, oculaires, vasculaires et rénales.

Considérant ces données épidémiologiques dans les 3 domaines concernés par la nouvelle stratégie, il est donc surprenant que l'hypertension ne fasse pas partie des priorités, d'au-

tant plus qu'en Suisse, comme dans tous les pays européens, la moitié des patients hypertendus ne sont pas identifiés et ne sont donc pas traités. De plus, parmi les patients traités pour une hypertension, environ 60% ne sont pas aux cibles recommandées. Par ailleurs, chez les individus de plus de 50 ans, qui représentent la majorité des patients suivis pour une maladie cardiaque, cérébrale, vasculaire ou diabétique, 50–60% des Suisses sont hypertendus [2].

Il nous semble donc indispensable que l'amélioration du diagnostic et de la prise en charge de l'hypertension artérielle fasse partie des priorités de la stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète 2017–2024. A notre avis, aucune amélioration substantielle de ces pathologies ne pourra avoir lieu si l'on n'améliore pas la prise en charge des facteurs de risques que sont l'hypertension artérielle, mais aussi la dyslipidémie et le tabagisme. Récemment, le *Lancet* a publié un «call of action» pour diminuer les complications liées à l'hypertension artérielle dans le monde [3]. Cet appel définit clairement un certain nombre de priorités pour l'hypertension artérielle dont le groupe CardioVasc Suisse pourrait s'inspirer.

Nous souhaitons que les Sociétés savantes qui ont rédigé la nouvelle stratégie tiennent compte de l'appel à la collaboration formulé par la Société Suisse d'Hypertension dans la réalisation de leurs futurs projets.

Au nom des membres du comité de la SSH

*Prof. Dr med. Michel Burnier,
past-président de la SSH*

*Prof. Dr med. Yves Allemann,
président de la SSH*

- 1 Kessler C, Mahler F. La nouvelle «Stratégie nationale» clôt une lacune importante. Bull Méd Suisses (2016);97(44):1518–9.
- 2 Chappuis A, Bochud M, Glatz N, Vuistinier P, Paccaud F, Burnier M. Swiss survey on salt intake: main results. 2011; Available from: www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/05294/12869/index.html?lang=fr
- 3 Olsen MH, Angell SY, Asma S, et al. A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: the Lancet Commission on hypertension. Lancet. 2016 Sep 22. pii: S0140-6736(16)31134-5. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31134-5.

Réponse

Chers collègues,

Nous partageons pleinement votre avis sur le rôle primordial de la lutte contre l'hypertension dans la stratégie qui vise à réduire la morbidité et la mortalité cardio-vasculaire. L'importance de l'hypertension artérielle est soulignée d'ailleurs dans le chapitre concernant les facteurs de risque (3.2), dans lequel seulement l'hypertension, le tabagisme et l'obésité sont principalement abordés dans ce paragraphe.

Cependant, il a été décidé, après de longues discussions au sein des groupes de travail et du comité de pilotage de traiter les facteurs de risque dans la stratégie de manière regroupée. C'est pourquoi les objectifs (Tableau 1; I/B) portent sur l'ensemble des facteurs de risque. Nous reconnaissons qu'au cours de la mise en œuvre de la stratégie les thèmes tels que l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, l'obésité et le tabagisme devront être approfondis individuellement. Nous sommes certains que les premiers projets concernant les mesures d'action (voir Tableau 1, IB.3), incluront l'amélioration du dépistage de l'hypertension ainsi que son traitement.

Nous saluons vivement l'intérêt de la Société Suisse d'Hypertension pour nos activités et nous la remercions de sa contribution à l'élaboration de notre stratégie. Nous ne pouvons que soutenir l'appel de la Société Suisse d'Hypertension à une meilleure prise en compte de l'hypertension et nous l'invitons à jouer un rôle actif dans le sens du «call of action» dans le processus de mise en œuvre de la stratégie dans les mois et années à venir.

*Prof. Dr med. Felix Mahler,
président CardioVasc Suisse
Prof. Dr med. Augusto Gallino,
président élu CardioVasc Suisse
Dr med. Claudia Kessler, MPH,
FMH Prävention und Gesundheitswesen*

Au nom du comité CardioVasc Suisse, responsable de la mise en œuvre de la stratégie

Vorschlag für ein neues System

Brief zu: Stalder H. Erhöhung der Franchise. Schweiz
 Ärztezeitung. 2016;97(46):1634.

Ich bin sehr mit den Äusserungen von Prof. Stalder einverstanden. Das aktuelle System der Wahlfranchisen, das auf Anhieb eine attraktive Möglichkeit darstellen sollte, Eigenverantwortung zu übernehmen und dafür belohnt zu werden, basiert im Grunde genommen auf der felsenfesten Annahme, dass «der Patient» eine Tendenz hätte, leichtfertig wegen «jedem Bobo» zum Arzt zu rennen und ungebührlicherweise, auf Kosten der Kollektivität (in Wahrheit auf Kosten der Krankenkassen), sich ein Gut anzueignen, das sich als substanzlos erweist. Diese Annahme ist grundsätzlich zynisch und eigentlich menschenunwürdig. Erstens steht der Tendenz, den vielleicht übertriebenen Ängsten mit einem unmittelbaren Arztbesuch zu antworten, die Tendenz entgegen, sich nicht mit der Eventualität einer schweren Krankheit, die sich in ersten Symptomen zeigt, konfrontieren zu wollen und eben gerade nicht zum Arzt zu gehen, im Sinne der Verneinung; zweitens wird mit dieser Annahme der vom Arzt ausgesprochenen Versicherung, es handle sich um nichts Schlimmes, wirklich keinerlei therapeutischer Sinn zugeordnet. Dem Konzept der Prävention oder besser der Früherkennung und den unbestrittenen, auch unter finanziellen Aspekten, Vorteilen der Frühbehandlung wird in keiner Weise Rechnung getragen.

Die Erhöhung der Wahlfranchise wird als Standardmöglichkeit angepriesen, die erdrückenden Prämien einzudämmen, was aber nur im Falle eines guten Gesundheitszustandes funktionieren könnte; es bleibt aber ohnehin eine Art Glücksspiel, in dem der eventuellen Ersparnis im Krankheitsfall eine noch grössere finanzielle Belastung entgegensteht. Die gesundheitliche Kondition ist sozusagen die Karte, die wir für dieses Glücksspiel erhalten haben, was schicksalhaften Charakter hat. Gerade finanziell schlecht gestellte Personen können die gesparten Prämien nicht beiseite tun und befinden sich im Krankheitsfall in der Klemme. Mit ihnen auch der behandelnde Arzt, der entweder auf notwendige Massnah-

men verzichtet oder «gütig» auf die eigene Entlohnung. Beides entspricht nicht einer verantwortungsvollen und paritätischen Arzt-Patienten-Beziehung.

Dazu kommt der perverse Effekt, dass der Patient, der hohe Kosten bis zum Erreichen der Franchise selbst hat übernehmen müssen, verständlicherweise keine Vorbehalte mehr in Bezug auf zusätzliche Leistungen hat, ganz im Gegenteil, er ist dazu verführt, diese zu fordern, und wäre es, um die investierte Franchise zu «amortisieren». Der Konflikt mit dem Arzt ist geradezu programmiert, da er angehalten ist, Kosten einzudämmen, also dem Patienten die Leistungen abspricht. Dies ist dem Arzt-Patienten-Verhältnis nicht zuträglich und induziert schon gar nicht eine verantwortungsvolle Haltung des Patienten. Ganz abgesehen davon, dass ebendiese zusätzlichen Leistungen, insofern sie nicht unabdingbar sind, dann effektiv nicht mehr viel bringen, aber grosse Kosten verursachen. Eine Erhöhung der Grundfranchise verschärft diese Situation nur und ist nur ein «Mehr vom Selben», als Lösungsansatz sicher nicht operativ, eher primitiv und unkreativ.

Um einen kreativen Beitrag zur Diskussion zu leisten, schwebt mir ein Vorschlag vor, den ich in die Diskussionsrunde bringen möchte: ein System, das keine Franchise vorsieht, sich aber eher auf eine grössere Kostenbeteiligung abstützt, die wahlweise erhöht werden könnte, gegen eine Prämienvergünstigung. Dies bis zu einem Grenzbetrag, um schwerkranke Patienten vor finanziellen Desastern zu schützen. Damit wäre diese unseelige Problematik des Hinausschiebens ausgemerzt; die Eigenverantwortung von Anfang an ausgeglichen eingefügt und vor allem nicht abgemurkst, nämlich wenn die Franchise erreicht ist. Der Eigenverantwortung wäre dann ein Platz zugeordnet, wenn sie angebracht ist, nämlich wenn es darum geht, weiteren Untersuchungen oder anderen therapeutischen Massnahmen ein Ende zu setzen. Eigentlich frage ich mich, wieso die Heerscharen von Ökonomen die offensichtliche ökonomische Absurdität nie in Frage gestellt haben ...

Dr. med. Donato Gerber, Bellinzona

Gute Basis für neue Gesetzgebung

Brief zu: Duruz H. «L'homme est relation». Schweiz
 Ärztezeitung. 2016;97(46):1606.

Ich möchte Herrn Kollege Duruz danken für seinen wertvollen Diskussions-Beitrag. Sein Credo: Der Leidensdruck ist relativ und kein gutes Kriterium. Dem stimme ich zu.

Da der Mensch ein Beziehungswesen ist, ist die zentrale Frage, ob der betroffene Mensch am Ende seines Lebens noch in der Lage ist, eine menschliche Beziehung zu leben.

Ist er dazu nicht mehr in der Lage – und ist sein Zustand irreversibel und seine Perspektive hoffnungslos – dann sollte passive und auch aktive Sterbehilfe nach individuellem Patienten-Testament erlaubt sein. Auch wenn dieser Mensch zu diesem Zeitpunkt nicht mehr urteilsfähig ist.

Dies entspricht meiner Auffassung im ersten Beitrag zu dieser Diskussion, dass ein Mensch, der bei fortgeschrittener Demenz seinen Lebenspartner nicht mehr kennt, rechtlich legal in den Genuss passiver oder aktiver Sterbehilfe kommen darf.

Diese genannten, einfachen Richtlinien sind für Ärzte, Angehörige, Betroffene und Juristen nachvollziehbar und wären eine gute Basis für eine neue Gesetzgebung in der Schweiz.

Dr. med. Paul Steinmann, Worb

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabefeld zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/