
RISQUE CARDIOVASCULAIRE ABSOLU : SON INTERÊT, SES LIMITES

D'après un entretien avec le Pr Gilles CHATELLIER

DÉPARTEMENT D'INFORMATIQUE HOSPITALIÈRE
HÔPITAL EUROPÉEN GEORGES POMPIDOU · PARIS

Le risque cardiovasculaire absolu (RCVA) est un excellent outil de classification : il permet de repérer les patients à risque élevé et de suivre de façon reproductible l'évolution de ce risque. Il doit donc aujourd'hui faire partie du dossier médical informatisé. Néanmoins, ayant été élaboré à partir des données de l'étude de Framingham aux États-Unis dans une population où le risque cardiovasculaire de base est plus élevé, le RCVA ne peut pas être utilisé dans notre pays pour prédire un risque individuel (1).

Q Le RCVA est-il un outil scientifiquement validé ?

R Les risques relatifs de l'ensemble des facteurs qui servent au calcul du RCVA ont été validés scientifiquement par de nombreuses études au niveau international. La valeur du risque relatif attribué à chacun de ces facteurs est d'ailleurs internationale : l'impact négatif du tabagisme ou de l'HTA par exemple est similaire dans les différents pays.

Le risque relatif correspond au risque de survenue de tel ou tel événement chez des sujets exposés à un facteur par rapport à ceux qui ne sont pas exposés à ce même facteur. Néanmoins, ces facteurs ne sont pas indépendants et leur action conjointe n'est pas la simple somme de chacun de leurs effets. D'où l'intérêt du risque cardiovasculaire absolu qui permet

non plus de définir une proportion du risque par un rapport : "2 fois plus de chances de faire tel accident", mais par une probabilité : la probabilité pour une personne donnée de voir survenir un accident donné dans un certain délai en fonction de l'ensemble de ses facteurs de risque.

À ce titre le RCVA fait partie de ce que les anglosaxons appellent les "clinical prediction rules", autrement dit les règles de prédiction clinique. Leur calcul émane d'enquêtes épidémiologiques dans lesquelles sont étudiés les facteurs de risque d'un événement d'intérêt, tels les AVC, l'infarctus du myocarde ou la mortalité...

Parmi les grandes cohortes, la plus célèbre est celle de Framingham réalisée aux États-Unis. C'est à partir de ses résultats qu'a été calculé le RCVA. Le problème auquel nous sommes

confrontés actuellement est l'application du calcul dans d'autres pays. En effet, mis à part les facteurs de risque validés et universels évoqués plus haut, il y a un risque de base différent suivant les populations étudiées. Le mode de vie, les habitudes culturelles et sans doute d'autres éléments mal cernés expliquent que la mortalité cardiovasculaire soit beaucoup plus faible en France qu'aux États-Unis. Le niveau de risque de base qui intervient dans le RCVA dérivé de l'étude de Framingham n'est pas applicable dans notre pays, ni d'ailleurs dans bien d'autres pays.

• On peut donc affirmer que, si le RCVA est un outil validé scientifiquement, on ne peut pas l'utiliser en France comme outil de prédiction au niveau individuel. En revanche, il est très utile comme outil de classification.

Q Quel est le seuil de RCVA déterminant pour agir ?

R La réponse à cette question se heurte au même problème que la précédente. Les Américains peuvent choisir un seuil individuel, par exemple décider qu'une intervention est nécessaire à partir d'un risque de 20 %.

• Mais, en France, le RCVA sur-estime largement le risque des malades. On ne peut donc l'utiliser que de façon indirecte, car si l'on décide de traiter tous les patients qui ont un RCVA à 20 %, un certain nombre d'entre eux seront "surtraités" ou tout du moins traités pour un risque plus faible que celui défini dans l'évaluation du rapport coût - bénéfice du seuil d'intervention choisi.

Rappelons à ce propos que la définition d'un seuil d'intervention est basée sur une étude des possibilités d'intervention en fonction des ressources disponibles, des bénéfices escomptés et des effets secondaires éventuels de l'intervention.

Q Le médecin peut-il l'utiliser dans sa pratique quotidienne ?

R Oui, d'abord parce qu'il permet au praticien d'intégrer ainsi le concept de risque multifactoriel. La pression artérielle, le tabagisme, l'hypercholestérolémie... ne doivent pas être pris en compte de façon isolée.

Le médecin dispose d'un outil qui identifie les sujets à haut risque pour lesquels une prise en charge énergique doit être mise en œuvre. Mais il permet aussi de rassurer de nombreux patients qu'il considérerait comme à risque sur la base d'une évaluation subjective d'un ou deux facteurs. Il est en effet démontré que, sans outil de calcul, le médecin a tendance à sur-estimer les risques de ses patients.

Référence :

1. Dawber TR, Kannel WB. The Framingham study. An epidemiological approach to coronary heart disease. *Circulation* 1996 ; 34 : 553-5.

• Enfin, le RCVA est un outil reproductible. C'est un paramètre que l'on peut suivre dans le temps, sans interprétation biaisée. Son évolution est un élément très important pour prendre une décision thérapeutique.

Q Le RCVA doit-il être intégré dans le dossier médical informatisé ?

R Absolument. On sait que le médecin n'a pas le temps de rechercher un programme au cours de sa consultation. Pour qu'un outil soit utilisé de façon systématique, il doit être intégré au dossier, ce doit être le

Si le RCVA ne permet pas au médecin français de définir pour chaque patient "son" risque individuel de faire un accident vasculaire dans les 5 ans, par exemple, c'est un outil de choix pour repérer les sujets à haut risque que l'analyse séparée des facteurs de risque aurait méconnus.

cas pour le RCVA comme pour les rappels de vaccinations ou les dates de mammographie par exemple.

Il est démontré que les systèmes d'alerte (les "reminder " des anglo-saxons), qui permettent de rappeler automatiquement une information à partir du dossier du malade, améliorent significativement la qualité des soins.

Q Au-delà du calcul du RCVA l'ordinateur s'inscrit-il aujourd'hui dans la pratique médicale ?

R Il semble à l'heure actuelle inconcevable que les médecins ne disposent pas d'un ordinateur et ne gèrent pas leurs dossiers par l'informatique. Comment suivre l'évolution de la pression artérielle, retrouver un dosage d'il y a quelques années, repérer d'éventuelles interactions médicamenteuses, consulter des bases de données... sans ordinateur ?

L'informatisation des cabinets médicaux a d'ailleurs "explosé" au cours des dernières années, même si certains secteurs restent sous-équipés. Paradoxalement, les médecins de ville sont en France beaucoup plus avancés que leurs confrères hospitaliers.

L'informatisation des dossiers de soins à l'hôpital n'est pas encore une réalité, à l'exception de quelques exemples limités (services spécialisés).

Reste aussi le problème du coût. Malgré ces restrictions, le phénomène se généralise et apparaît aujourd'hui irréversible.