
COMMUNICATION ET RISQUE CARDIOVASCULAIRE

D'après un entretien avec le Dr Nicolas POSTEL-VINAY

SERVICE DE SANTÉ PUBLIQUE ET INFORMATIQUE MÉDICALE
HÔPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU - PARIS

La prévention des maladies cardiovasculaires occupe une place croissante dans la pratique médicale et l'information sur le risque cardiovasculaire constitue un enjeu croissant. Toutefois, la complexité du risque cardiovasculaire incite à la réflexion : en termes de communication, comment passer d'une démarche épidémiologique très structurée à une assimilation cohérente des données par le médecin généraliste et une utilisation adéquate par le patient ?

Une maladie multifactorielle

En un quart de siècle, l'étude de Framingham (démarrée en 1948) a permis d'identifier et de documenter les grands facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et de l'athérosclérose : hérédité, lipides sanguins, pression artérielle, glycémie et mode de vie avec la consommation excessive de calories, de graisses, de sel, la sédentarité, l'obésité et le tabagisme (1).

L'approche d'épidémiologie déductive a aussi validé le concept de maladie multifactorielle et la prévention des maladies cardiovasculaires est devenue une des préoccupations majeures de la médecine contemporaine (2).

L'hypertension artérielle est par exemple le premier motif de consultation en médecine générale. En même temps la notion de risque car-

diovasculaire a favorisé l'émergence d'une nouvelle médecine s'adressant à des personnes asymptomatiques.

Le risque cardiovasculaire fait de chaque patient un malade qui s'ignore

Des pathologies comme l'hypertension artérielle (HTA), souvent grave et bruyante avant l'ère des thérapeutiques modernes efficaces, sont devenues silencieuses dans la majorité des cas. Avec le dépistage de masse, près de sept millions de Français ont été étiquetés hypertendus et environ 5 millions d'entre eux se sont vus prescrire un traitement.

En se préoccupant des facteurs de risque, la médecine a diminué la place accordée à la douleur. Les malades

graves d'hier ont disparu, ils sont devenus des patients qui n'ont plus le repère utile du symptôme pour faire des choix de santé. Les patients bénéficient de bilans capables de déceler des anomalies de plus en plus minimes et certains ne savent plus très bien s'ils sont malades, à risque, ou en bonne santé. Finalement, toute personne vieillissante, même si elle se sent en "pleine forme", devient un malade qui s'ignore puisque le risque cardiovasculaire fait partie de la vie. Le Dr Knock a triomphé (2).

Au fil de ces évolutions, la frontière entre santé et maladie s'est estompée. Une continuité s'est établie entre l'état normal et l'état pathologique si bien que le patient – mais aussi le médecin – ont parfois du mal à se situer.

• **Le rôle du médecin a changé : le praticien ne se contente plus de soigner, il lui faut également assurer information et éducation du patient pour que l'acte médical intègre la prévention, primaire ou secondaire.** À ce titre, la communication s'adressant au sujet à risque cardiovasculaire prend toute son importance. On sait par exemple, que l'absence de symptôme est un facteur de mauvaise observance thérapeutique : certains patients estiment que leur traitement n'est pas réellement justifié, ils oublient ou se méfient de leurs médicaments dont ils éprouvent les effets secondaires. Ces situations justifient une bonne communication avec son patient.

Gestion des risques par une prise en charge globale

La prise en charge du risque cardiovasculaire peut s'assimiler à une gestion des risques, qui se fait moins en fonction de chiffres "normaux" considérés isolément pour chaque facteur de risque que d'objectifs de santé établis à partir de considérations scientifiques (l'épidémiologie clinique et les essais thérapeutiques) et parfois économiques (la pharmaco-économie).

Les recommandations de bonne pratique clinique de l'Anaes, aussi bien pour l'HTA que pour le diabète ou l'hyperlipidémie, spécifient bien que la prise en charge doit être globale (3). L'évaluation du risque cardiovasculaire d'un patient conduit donc à hiérarchiser objectivement tous les risques pour adopter une stratégie qu'il va falloir expliquer et justifier : choix des médicaments, conseils d'hygiène de vie et de diététique. Pour lutter contre le tabagisme, encourager la pratique d'exercice physique et modifier des habitudes alimentaires, la communication est essentielle.

Les difficultés sont maximales pour les patients à haut risque car il est impossible d'obtenir – du jour au lendemain – l'arrêt d'un tabagisme, l'amaigrissement et la pratique d'exercice physique ; il faut moduler la stratégie en fonction du vécu du patient sachant que les patients les plus à risque sont souvent les moins perméables à la prise en charge.

De plus, le temps de consultation du médecin est compté ; il faut donc

prévoir en plus de l'information orale, une information écrite voire une éducation avec un diététicien, des vidéos, des cd-roms ou des sites Internet.

Une information écrite et des explications

La remise d'un document lors d'une consultation est pertinente car elle intervient au "bon moment" pour un individu précis dans une situation donnée et médecins et professionnels de santé ont un pouvoir de conviction important. La première démonstration de l'intérêt d'un document remis en consultation a été l'aide à l'arrêt du tabagisme chez des patients victimes d'un infarctus du myocarde (4).

Mais l'information du patient ne passe pas uniquement par les professionnels de santé ; elle est multiple et véhiculée par l'environnement général, la télévision, les journaux, l'entourage familial et maintenant l'Internet.

Toutes ces sources d'informations sont complémentaires. Elles ont un impact différent, mais se heurtent à une difficulté commune : la prévention cardiovasculaire consiste à faire éviter un accident. Si elle est efficace, le sujet ne s'en rendra jamais compte.

La prévention cardiovasculaire consiste à sensibiliser des personnes s'estimant en bonne santé et à trouver les mots justes pour qu'elles modifient leurs comportements. Le message doit être adapté à chaque patient sachant qu'on peut déséquilibrer un patient à risque en lui imposant des changements qu'il ne peut pas effectuer.

Expliquer à un patient ce qu'est le risque cardiovasculaire peut sembler un bon moyen pour augmenter l'observance thérapeutique et convaincre les patients à modifier leur mode de vie ; mais ce point reste à démontrer.

Pour les patients à haut risque, des réunions en groupes pour diffuser l'information et les encourager à faire de l'exercice physique, à arrêter de fumer paraissent utiles. Mais là encore les bénéfices d'une telle approche demandent à être évalués. Quelques équipes travaillent dans ce sens, comme l'ont fait les diabétologues qui ont été des pionniers en matière d'éducation des patients.

Internet et le risque cardiovasculaire

Internet est un outil puissant pour un accès universel à la connaissance, mais un outil particulier parce que l'information présente sur la toile est dénuée de tout contexte : on ne sait pas qui s'informe, ni comment sont interprétées les informations.

Concernant le calcul du risque cardiovasculaire en ligne, on peut craindre des interprétations erronées de la part des patients (5).

En calculant son risque cardiovasculaire absolu grâce à une application informatique, le patient comprend-il que le chiffre affiché à l'écran n'a aucune valeur individuelle ?

Le vécu de l'internaute qui découvre ces chiffres, seul devant leur ordonnateur, nous est totalement inconnu. Cette situation est bien différente

de la consultation, où le médecin observe si son patient est anxieux et, dans ce cas, peut lui fournir des explications réellement personnalisées. Sur Internet, le patient découvre des informations qu'il croit personnalisées, mais qui ne le sont pas ; aucune étude n'a été menée pour savoir comment l'interactivité avec la machine est perçue.

Le danger avec Internet pourrait être de favoriser le syndrome du médecin pressé qui penserait qu'en donnant une adresse Internet à son patient, il pourrait diminuer la part de dialogue ; pourtant la démarche doit être inverse. Les recommandations de l'Anaes sont explicites sur ce point : les documents écrits et Internet doivent être utilisés pour aider le patient à poser des questions. Cette démarche est d'autant plus nécessaire que les sites médicaux sont très nombreux et de qualité très inégale : le concept de risque cardiovasculaire devient, sur certains sites grand public, un outil bien peu pédagogique.

Références :

1. Dawber TR, Kannel WB. The Framingham study. An epidemiological approach to coronary heart disease. *Circulation* 1996 ; 34 : 553-5.
2. Le retour du Dr Knock – Essai sur le risque cardiovasculaire par Nicolas Postel-Vinay et Pierre Corvol, Éditions Odile Jacob. Paris 2000.
3. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Recommandations cliniques et données économiques. Avril 2000.
4. Le guide Internet du risque cardiovasculaire sous la direction de Nicolas Postel-Vinay, Éditions Imothep/Maloine. Paris 1999.
5. Postel-Vinay N, Colombet I. Calculer son risque cardiovasculaire sur la Toile : est-ce sérieux ? *Rev Prat MG* 2001 ; 543 : 1403-4.

Deux adresses Internet : www.rcva-bayer.com - www.automesure.com