

AGIR CONTRE LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

POUR QUI? POUR QUOI? QUAND? COMMENT?

Le plus souvent, nous intervenons tard, quand ces maladies surviennent et nous disposons de moyens thérapeutiques qui améliorent considérablement les patients qui en sont victimes : revascularisation myocardique soit par chirurgie cardiaque (de moins en moins) soit par angioplastie (de plus en plus) avec mise en place de stent(s) actif(s) ou non, résolubles ou non ; médicaments, dont le nombre augmente, de décennies en décennies, sur l'ordonnance, du fait de leur remarquable efficacité. D'énormes progrès ont été réalisés dans ce sens ces trente dernières années, ce qui explique la diminution de la mortalité par MCV dans les pays les plus riches.

Une autre voie, moins spectaculaire, explore les possibilités de prévenir l'athérosclérose ou d'en ralentir le développement. On connaît beaucoup de facteurs qui la favorisent, reste à lutter contre eux, dès l'enfance et dans tous les milieux socioéconomiques y compris et surtout les milieux défavorisés particulièrement à risque, avec le concours des parents, de tous les décideurs politiques, nationaux, régionaux et locaux, les managers d'entreprises, les personnels des hôpitaux, les médecins généralistes et du travail, les spécialistes de l'éducation pour la santé, les diététiciens scolaires et autres. Une éducation pour la santé cardiovasculaire effectuée pendant l'adolescence, voire dès les premiers mois de la vie, maintenue sur plusieurs années, a donné des résultats objectifs très intéressants. Et une hygiène alimentaire améliorée donne aussi des résultats favorables chez les personnes âgées, tant sur les chiffres tensionnels que sur le bilan lipidique. Donc, inciter à l'amélioration de l'hygiène de vie est profitable à tous, d'autant plus si elle est débutée tôt.

La prévention individuelle s'envisage d'une part avant la survenue des complications de l'athérosclérose, on parle de prévention primaire, d'autre part après la survenue d'une complication (par exemple l'infarctus du myocarde), on parle de prévention secondaire. Depuis la conférence de Bethesda, on parle aussi de prévention primordiale, qui s'adresse à l'ensemble de la population et qui a pour but d'empêcher l'apparition des facteurs de risque. Elles sont toutes de réalisation difficile, voire très difficile, sous employées ; la plus gratifiante en matière de résultats obtenus est sans aucun doute la prévention secondaire qui s'adresse à des individus confrontés à un événement aigu menaçant l'immédiat et qui se poursuit dans la chronicité. Mais la Santé Publique impose de s'adresser à tous, malgré les nombreux obstacles à franchir, dont quelques-uns seulement le seront, lentement, progressivement.

La prévention cible la lutte contre le tabagisme, la sédentarité et la

surcharge pondérale ; elle cible aussi la mise en place d'une alimentation moins calorique, moins salée et de type méditerranéen, différente de celle que nous consommons quotidiennement, la prise régulière et ininterrompue des médicaments si nécessaire. De nombreuses pistes ont été tracées et doivent être développées pour améliorer la pratique des recommandations diététiques et de l'activité physique, incluant les campagnes médiatiques, l'Education Thérapeutique du Patient (pour aider à dépasser le « ce n'est pas parce que je sais que je fais »), l'étiquetage des produits alimentaires, les interventions auprès des écoles et des divers lieux de travail, les incitations économiques, par exemple augmentation des taxes sur les produits à risque et utilisation de ces revenus pour réduire celles sur les produits recommandés, fruits et légumes. Ceci a été testé au Royaume Uni avec un résultat attendu d'une réduction de plus de 6000 décès par MCV et cancer chaque année. En règle générale, les augmentations des prix alimentaires ont, sur leur consommation, un effet plus grand dans les pays à faible revenu. Par exemple, une augmentation de 1% du prix de la viande résulte en une réduction de sa consommation de 0.78% dans les pays à faible revenu et de 0.60% dans les pays à revenu élevé.

En prévention primaire, on peut réduire la mortalité par cardiopathie ischémique et par Accident Vasculaire Cérébral grâce à une saine et sereine hygiène de vie :

👉 l'arrêt du tabagisme, le bon contrôle de la cholestérolémie et de la tension artérielle réduiraient à eux seuls la morbi-mortalité cardio-vasculaire de 50%.

👉 une étude chinoise montre, chez 134.000 habitants de Shangai, une plus faible mortalité par MCV chez ceux qui adhèrent le plus aux conseils d'alimentation saine.

👉 la prévention du diabète de type 2 fait appel à une pratique régulière d'une Activité Physique d'Endurance, à une alimentation moins calorique et plus équilibrée, comportant moins de sucres, avec micronutriments tels que vitamines C et D.

👉 des programmes de prévention délivrés sur les lieux de travail ont montré leur efficacité pour améliorer l'hygiène de vie et réduire les facteurs de risque, avec un retour financier dépassant largement l'investissement.

👉 un programme d'ETP de proximité a montré son efficacité au Canada, en réduisant le nombre d'hospitalisations pour infarctus du myocarde

👉 une autre étude canadienne montre que, chez les hypertendus, atteindre un comportement plus sain (faire de l'activité physique régulière, diminuer la consommation de sel, augmenter celle des fruits et des légumes, arrêter de fumer, perdre du poids, restreindre la consommation d'alcool) est un objectif souvent atteint, au moins pour certains d'entre eux, mais rarement maintenu, en particulier dans des sous groupes tels les hommes âgés de 20 à 44

ans et les individus à faible niveau d'instruction et/ou à faible revenu. L'ETP pourrait renforcer une motivation durable

👉 Un travail de notre équipe à la Maison du Cœur (Baudet^{4,5}) donne des résultats encourageants et significatifs bien que partiels sur l'amélioration des Habitudes Alimentaires et la réduction des Facteurs de Risque par la réalisation d'ateliers thématiques intégrant un programme intitulé : "Education Thérapeutique des patients à risque cardio-vasculaire".

En prévention secondaire (et aussi primaire..., puisqu'il y a continuité dans tous les types de prévention) :

👉 Pour les cardiopathies ischémiques, l'impact d'une meilleure hygiène de vie est aujourd'hui démontré, à tout âge, sur la réduction de la mortalité cardio-vasculaire, la réduction du taux d'infarctus, d'accident vasculaire cérébral, de mort subite, d'artérite des membres inférieurs, à plus long terme de survenue d'insuffisance cardiaque. Le nombre de réhospitalisations est également diminué.

👉 Pour les AVC et Accidents Ischémiques Transitoires, le bénéfice est moins net.

👉 Pour l'artérite des membres inférieurs, le bénéfice est potentiellement le même que pour les cardiopathies ischémiques

👉 Le prix à payer passe au mieux par une ETP qui comporte des entretiens individuels répétés mais aussi collectifs sous forme d'ateliers, avec des personnels motivés et formés à cette nouvelle spécialité. L'ETP est une chance complémentaire pour les patients devenus acteurs de leur santé et elle suppose une écoute, un accompagnement, un dialogue, donc une relation nouvelle, évolutive, approfondie et parfois prolongée, entre les soignants, les soignés et leurs familles. Une infirmière spécialisée, dont le travail est associé à celui du cardiologue, voire d'une équipe pluri disciplinaire, peut développer cette relation. Citons ici un extrait d'André Grimaldi : « La solution passe par une humanité partagée permettant au patient d'exprimer son vécu de la maladie, largement fonction de son vécu antérieur à la maladie. Cela suppose que le médecin soit capable de développer une réelle empathie, non seulement cognitive mais aussi émotionnelle, en renonçant à toute volonté d'emprise ou de manipulation. Tout médecin prenant en charge un patient atteint de maladie chronique devrait avoir une double conviction : je ne suis pas sûr qu'à sa place je ferais mieux, mais je suis sûr qu'à nous deux on pourra faire mieux ». Comment mieux dire?

Une meilleure observance thérapeutique est un autre but de l'ETP et elle peut aussi être améliorée par des acteurs de Santé différents, tels des pharmaciens.