



Clarisse Dibao-Dina^{1,2}, Denis Pouchain¹,
Henri Partouche³, Laurent Letrilliat^{4,5},
Rémy Boussageon^{4,6} et le conseil
scientifique du Collège national
des généralistes enseignants

1. Université de Tours, PRES Centre-Val
de Loire Université, département universitaire
de médecine générale, Tours, France.

2. INSERM, SPHERE U1246, Université
de Tours, Université de Nantes, France.

3. Université de Paris-Descartes, département
universitaire de médecine générale, Paris,
France.

4. Université Claude-Bernard-Lyon-1,
Université Saint-Étienne, Collège universitaire
de médecine générale, F-69008 Lyon,
F-42023 Saint-Étienne, France.

5. Université Claude-Bernard-Lyon-1,
Université Saint-Étienne, HESPER EA 7425,
F-69008 Lyon, F-42023 Saint-Étienne,
France.

6. UMR 5558 – Laboratoire de biométrie
et biologie évolutive, CNRS – UCBL, Lyon-1,
France.

clarisse.dibao-dina@univ-tours.fr

exercer 2019;155:316-9.

→ **Mots-clés** : risque cardiovasculaire ; soins
centrés sur le patient ; recommandation.

→ **Keywords** : cardiovascular risk;
patient-centered care; guidelines.

Liens et conflits d'intérêts :
les auteurs déclarent n'avoir
aucun conflit d'intérêts en relation
avec le contenu de cet article.
Les liens d'intérêts éventuels de chacun
des auteurs sont disponibles sur le site :
www.transparence.sante.gouv.fr

De la prise en charge centrée sur les facteurs de risque cardiovasculaire à la prise en charge centrée sur le patient « à risque cardiovasculaire »

*Cardiovascular risk: moving from risk
factors-centered management to patient-centered
management*

INTRODUCTION

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde et la deuxième en France (la première chez les femmes)^{1,2}. En médecine générale, l'approche centrée sur le patient est prépondérante, et la prise en charge de ce dernier est globale, ne se limitant pas à la maladie ou à l'organe³. Cependant, les recommandations de bonnes pratiques sur la prévention cardiovasculaire primaire (en l'absence d'antécédent d'événement ou de maladie cardiovasculaire clinique) sont plutôt fondées sur une approche centrée sur chaque facteur de risque cardiovasculaire (FRCV) modifiable pris isolément : hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète de type 2, tabagisme. De ce fait, ces recommandations sont partiellement inadaptées aux soins premiers et sont sujettes à controverse⁴⁻⁶. Pour prendre soin d'une personne à risque cardiovasculaire (RCV) dans une démarche centrée sur elle, un changement de paradigme est nécessaire. En effet, les traitements des facteurs de risque (diminution de la pression artérielle, de l'HbA1c ou de la LDL-cholestérolémie) ne sont pas des objectifs thérapeutiques en eux-mêmes. Il convient d'aborder avec le patient ses attentes en tenant compte de son

environnement et de ses aspirations : importance accordée à la réduction du risque de maladie ou du handicap, tolérance à l'altération de la qualité de vie au profit d'une amélioration de l'espérance de vie, etc. Il est nécessaire ensuite d'estimer son RCV individuel global et de l'informer (si possible comparativement aux autres risques). Enfin, il faut fixer, avec le patient, les objectifs d'intervention préventive et les hiérarchiser en ayant pris soin de l'informer des avantages et inconvénients des stratégies proposées (médicamenteuses ou non) pour diminuer le RCV, conformes aux données actualisées de la science.

DE LA PRISE EN CHARGE DE CHAQUE FRCV À LA PRISE EN CHARGE DU RCV GLOBAL

Les formes non compliquées (asymptomatiques et sans atteinte des organes cibles) de diabète de type 2, de dyslipidémies et d'hypertension artérielle peuvent être considérées comme des facteurs de risque cardiovasculaire modifiables, comme le tabagisme⁷. Un FRCV peut être défini comme un état clinique ou biologique qui augmente le RCV global, à savoir le risque de survenue d'un

événement cardiovasculaire sévère comme un infarctus du myocarde (IdM), un accident vasculaire cérébral (AVC) ou le décès par maladies cardiovasculaires⁷. Chaque FRCV augmente indépendamment le RCV global, et leurs effets se multiplient⁷. Ainsi, une intervention sur l'un des FRCV doit s'accompagner de la prise en compte des autres FRCV modifiables ainsi que de l'âge, des antécédents familiaux précoces et du genre du patient (FRCV non modifiables)⁷. Il serait donc utile de disposer de recommandations d'évaluation et de prise en charge d'un patient à risque cardiovasculaire plutôt que de la prise en charge d'un patient dyslipidémique, hypertendu et/ou diabétique de type 2. Bien que jamais rigoureusement évaluée, l'approche globale du RCV est largement étayée par de nombreux essais randomisés et méta-analyses^{8,9}. Elle est également plus efficace qu'une approche par FRCV puisqu'elle évite de surtraiter des patients à faible RCV global et de sous-traiter ceux à haut RCV global, indépendamment de chaque FRCV considéré isolément^{10,11}. Elle est plus propice à une décision partagée prenant en compte les préférences du patient. Par exemple, la réduction du risque de développer un IdM ou un AVC est plus pertinente que la réduction des chiffres de pression artérielle, de LDL-cholestérol (LDL-c) ou d'hémoglobine glyquée (HbA1c)¹²⁻¹⁴.

Plusieurs échelles de mesure du risque cardiovasculaire sont disponibles. Elles sont issues d'études épidémiologiques conduites dans des populations variées. Les plus utilisées sont SCORE et Framingham⁷. Pour la France, l'échelle SCORE pour la population du sud de l'Europe est recommandée : elle évalue le risque de mortalité cardiovasculaire en prévention primaire à 10 ans chez les sujets âgés de 40 à 65 ans¹⁵. L'avantage de SCORE est qu'elle est fondée sur les données épidémiologiques de la population européenne. Ses inconvénients sont multiples. La première critique de cette échelle concerne sa

pertinence et sa généralisation. Tout d'abord, elle n'est pas adaptée aux patients âgés de moins de 40 ans ou de plus de 65 ans, ou hypertendus sévères, diabétiques, insuffisants rénaux chroniques ou atteints d'hypercholestérolémie familiale. Ensuite, le risque n'est estimé qu'à 10 ans et ne concerne que le décès cardiovasculaire (et non la morbidité). Enfin, il n'inclut pas d'autres FRCV indépendants reconnus comme les antécédents familiaux précoces d'événements cardiovasculaires ou la sédentarité⁷. De plus, aucune prise en charge n'est recommandée selon le niveau de RCV estimé par cette échelle. Enfin, des interrogations subsistent sur la pertinence de l'estimation arbitraire d'un RCV à 10 ans (vs 1, 5 ou 30 ans)¹⁶.

DU SEUIL FIXÉ PAR LES INSTITUTIONS SANITAIRES AU SEUIL CHOISI PAR LE PATIENT

En France, le traitement médicamenteux de certains FRCV tels que l'hypertension artérielle et la dyslipidémie est recommandé selon des valeurs seuils¹⁷ qui sont également utilisées dans les échelles d'évaluation du RCV pour décider d'instaurer un traitement médicamenteux.

Dans les recommandations, ces seuils ont été fixés arbitrairement en l'absence d'essai interventionnel de prise en charge du RCV, souvent sur des considérations médico-économiques¹⁸. Les essais justifiant les recommandations visaient le plus souvent à diminuer les valeurs de chaque FRCV séparément, par exemple la pression artérielle (surtout systolique), l'hémoglobine glyquée ou encore le LDL-c¹⁸. Cependant, toute amélioration d'un FRCV vise à réduire le RCV global. De plus, quel que soit le FRCV le plus impliqué dans l'événement cardiovasculaire, un AVC reste un AVC pour le patient. Il est donc pertinent pour lui d'avoir une idée globale des bénéfices qu'il aurait par exemple à arrêter de fumer et/ou à

diminuer sa pression artérielle systolique sur son risque d'événement cardiovasculaire. Ainsi, le patient pourrait décider de son propre seuil de risque cardiovasculaire pour intervenir et des modalités à mettre en place pour le diminuer (arrêt du tabac, prise d'un médicament antihypertenseur et/ou d'une statine, etc.), dans le cadre d'une décision partagée avec les soignants¹⁹.

DU MÉDICAMENT CENTRÉ SUR L'ORGANE À L'INTERVENTION CENTRÉE SUR LA PERSONNE

Penser les FRCV isolément a également comme conséquence de fractionner les classes pharmacologiques ou thérapeutiques : les antihypertenseurs destinés à abaisser la pression artérielle et réservés aux patients hypertendus, les statines destinées à abaisser le LDL-c et réservées aux patients dyslipidémiques. Pourtant, les impacts cliniques de ces classes dépassent ces classifications. Elles n'agissent pas seulement sur un organe ou un FRCV, mais sur une personne à RCV individuel. Ainsi, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et certains bêtabloquants sont efficaces sur la réduction du risque d'événement cardiovasculaire chez le patient atteint d'insuffisance cardiaque ou en post-infarctus du myocarde, indépendamment de leur effet sur la pression artérielle^{20,21}. Il a également été démontré que le risque d'événement cardiovasculaire chez un patient diabétique de type 2 à haut RCV (hypertendu ou non) est diminué par un inhibiteur de l'enzyme de conversion²². De même, chez ces patients, introduire une statine diminue le risque de survenue d'événement cardiovasculaire, quel que soit le taux de LDL-c initial²³. Ces résultats confortent l'intérêt d'une prise en charge centrée sur le RCV global du patient et non sur chaque FRCV considéré isolément.



Exemple de M. Tome

Monsieur Tome est un barman âgé de 61 ans. Il est marié et a deux grands enfants. Il est diabétique de type 2 traité depuis dix ans. Son père et son frère aîné sont décédés d'un infarctus à l'âge de 58 et 59 ans. Lui n'a jamais eu d'accident cardiovasculaire et se porte très bien. Il fume 10 cigarettes par jour depuis plus de vingt ans (échecs répétés de sevrage). Il pèse 80 kg pour 1,70 m. Il est attentif à son alimentation, à son traitement et marche 10 km par semaine. Malgré son métier, il consomme très peu d'alcool. Il aimerait vivre plus longtemps que son père et son frère, car il souhaite voir ses petits-enfants grandir. Pour M. Tome, prendre un médicament tous les jours, bouger et faire attention à son alimentation ne lui posent pas de problème ; en revanche, il éprouve de réelles difficultés à arrêter de fumer. Il consulte ce jour avec son bilan biologique.

Examen clinique : auscultation cardiopulmonaire normale. Pas de plainte.

IMC : 27,7 kg/m².

Pression artérielle : 152/93 mmHg.

Glycémie à jeun : 1,03 g/L.

HbA1c : 6,7 %.

Débit de filtration glomérulaire : 92 mL/min/1,73 m².

Cholestérol total : 2,83 g/L.

LDL-c : 1,95 g/L.

HDL-c : 0,50 g/L.

Triglycérides : 1,42 g/L.

Gamma-GT : 20 U/L.

Traitement suivi : metformine 3 g/j.

Une décision médicale partagée reposerait sur la présentation à M. Tome de :

son risque de mortalité cardiovasculaire (SCORE)²⁹⁻³⁰ = 11,4 % à 10 ans.

L'évolution de son risque lié aux facteurs de risque modifiables (dans les limites de SCORE) :

- son risque lié au tabagisme : en cas d'arrêt du tabac, son risque relatif diminuerait de 35 %, faisant passer le risque absolu de mortalité cardiovasculaire à 7,4 %³⁰ ;
- son risque lié à la pression artérielle : avec une prise de médicaments antihypertenseurs, son risque relatif diminuerait de 21 %, faisant passer le risque absolu de mortalité cardiovasculaire à 9,0 %³⁰ ;
- son risque lié à la dyslipidémie : avec une statine, son risque relatif diminuerait de 22 %, faisant passer le risque absolu de mortalité cardiovasculaire à 8,9 %³⁰.

Pour favoriser la prise en charge centrée sur le patient, il faut disposer d'outils utiles à cette approche. Certains sont déjà disponibles, tels que des outils de communication du RCV au patient²⁴ mais pourraient être améliorés²⁵. Une évaluation du poids de chaque FRCV dans l'équation de RCV ainsi que de l'efficacité des classes pharmacologiques ou thérapeutiques et des modifications du mode de vie sur la diminution du RCV global sont des informations indispensables à

donner au patient, au service d'une véritable décision partagée²⁶. Ces informations commentées sont la première étape de l'entretien motivationnel qui serait utile en cas de résistance ou de difficultés aux changements de comportement dans les habitudes alimentaires et/ou pour initier une activité physique²⁷. Cependant, il reste à démontrer l'impact de l'utilisation de cette approche patient sur le RCV dans des essais de bonne qualité méthodologique²⁸⁻³⁰.

CONCLUSION

Une fois passé du paradigme de prise en charge centrée sur les FRCV à celui de prise en charge centrée sur le patient à RCV, il est nécessaire de recueillir des données scientifiques utiles à la pratique, concernant sa communication, ou encore l'influence de chaque FRCV dans le RCV global et l'effet (bénéfice/risque) des différents traitements disponibles sur la diminution du RCV global. ◆

Références

1. Organisation mondiale de la santé. Maladies cardiovasculaires - 17 mai 2017. Genève : OMS, 2017. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds> [consulté le 10 juillet 2019].
2. Santé publique France. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf> [consulté le 10 juillet 2019].
3. Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med 2000;51:1087-110.

4. Boussageon R, Pouchain D, Letrilliart L, Dibao-Dina C, Huas C, Renard V, et le conseil scientifique du CNGE. Position du conseil scientifique du Collège national des généralistes enseignants sur la prise en charge des patients dyslipidémiques en prévention primaire. exercer 2018;140:75-81.
5. Steel N, Abdelhamid A, Stokes T, Edwards H, Flettcraft R, Howe A, Qureshi N. A review of clinical practice guidelines found that they were often based on evidence of uncertain relevance to primary care patients. J Clin Epidemiol 2014;67:1251-7.
6. McCartney M, Treadwell J, Maskrey N, Lehman R. Making evidence based medicine work for individual patients. BMJ 2016;353:i2452.

7. Haute Autorité de santé. Méthodes d'évaluation du risque cardiovasculaire global. Saint-Denis : HAS, 2017.
8. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *Lancet* 2012;380:581-90.
9. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Blood pressure-lowering treatment based on cardiovascular risk: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2014;384:591-8.
10. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2002. Réduire les risques pour promouvoir une vie saine. Genève : OMS, 2002. Disponible sur : https://www.who.int/whr/2002/en/whr02_fr.pdf?ua=1 [consulté le 10 juillet 2019].
11. Ridker PM, Cook NR. Statins: new american guidelines for prevention of cardiovascular disease. *Lancet* 2013;382:1762-5.
12. Yudkin JS, Kavanagh J, McCormack JP. Guidelines for treating risk factors should include tools for shared decision-making. *BMJ* 2016;353:i3147.
13. Karmali KN, Lloyd-Jones DM, van der Leeuw J, et al. Blood pressure-lowering treatment strategies based on cardiovascular risk versus blood pressure: A meta-analysis of individual participant data. *PLoS Med* 2018;15:e1002538.
14. Collins R, Reith C, Emberson J, et al. Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. *Lancet* 2016;388:2532-61.
15. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2016;37:2315-81.
16. Sniderman AD, Toth PP, Thanassoulis G, Pencina MJ, Furberg CD. Taking a longer term view of cardiovascular risk: the causal exposure paradigm. *BMJ* 2014;348:g3047.
17. Haute Autorité de santé. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Saint-Denis : HAS, 2016.
18. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva : WHO, 2007. Disponible sur : https://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf [consulté le 10 juillet 2019].
19. McCormack J, Pfiffner P. The absolute CVD risk/benefit calculator. Disponible sur : <http://chd.bestsciencemedicine.com/calc2.html> [consulté le 10 juillet 2019].
20. Flather MD, Yusuf S, Køber L, et al. Long-term ACE-inhibitor therapy in patients with heart failure or left-ventricular dysfunction: a systematic overview of data from individual patients. ACE-Inhibitor Myocardial Infarction Collaborative Group. *Lancet* 2000;355:1575-81.
21. Abraham WT. Beta-blockers: the new standard of therapy for mild heart failure. *Arch Intern Med* 2000;160:1237-47.
22. Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) Study Investigators. Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy. *Lancet* 2000;355:253-9.
23. Cholesterol Treatment Trialists' Collaborators. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18 686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet* 2008;371:117-25.
24. Neuner-Jehle S, Senn O, Wegwarth O, Rosemann T, Steurer J. How do family physicians communicate about cardiovascular risk? Frequencies and determinants of different communication formats. *BMC Fam Pract* 2011;12:15.
25. Goodyear-Smith F, Kenealy T, Wells S, Arroll B, Horsburgh M. Patients' preferences for ways to communicate benefits of cardiovascular medication. *Ann Fam Med* 2011;9:121-7.
26. Navar AM, Stone NJ, Martin SS. What to say and how to say it: effective communication for cardiovascular disease prevention. *Curr Opin Cardiol* 2016;31:537-44.
27. Van Weel-Baumgarten E. Patient-centred information and interventions: tools for lifestyle change? Consequences for medical education. *Fam Pract* 2008;25 (Suppl1):i67-70.
28. Collins DR, Thompson AC, Onakpoya IJ, Roberts N, Ward AM, Heneghan CJ. Global cardiovascular risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease in adults: systematic review of systematic reviews. *BMJ Open* 2017;7:e013650.
29. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003;24:987-1003.
30. Cardiovascular risk calculator. Disponible sur : <http://www.cardiorisk.fr/> [consulté le 10 juillet 2019].