

**Prévention secondaire des cardiopathies ischémiques.
Les recommandations sont-elles appliquées? Evolution dans neuf pays européens**

La prévention secondaire des cardiopathies ischémiques vise à réduire récurrences et nouveaux accidents liés à l'athérosclérose, à améliorer la qualité de vie et augmenter les chances de survie. Les sociétés européennes de Cardiologie, d'Athérosclérose et d'Hypertension ont établi en 1994 et 1998 des recommandations communes avec un certain nombre d'objectifs:

- agir sur le style de vie : cesser le tabac, améliorer les choix alimentaires, augmenter l'activité physique, .
- contrôler les facteurs de risque: index de masse corporelle (IMC)<25, TA<140/90, cholestérol total<5 mmol/l.
- optimiser l'usage des médicaments prophylactiques: aspirine, β bloquants, IEC, anticoagulants .

Deux études consécutives, EUROASPIRE I et II ont évalué l'application de ces recommandations.¹

Les études ont été menées en 1995-96 et 1999-2000 dans 9 pays (Allemagne, Espagne, Finlande, France, Hongrie, Italie, Pays bas, République tchèque, Slovaquie) sur 3569 puis 3379 patients consécutifs âgés de moins de 71 ans, hospitalisés pour pontage, angioplastie ou infarctus du myocarde. Six mois plus tard ils étaient interrogés sur les facteurs de risque et les médicaments utilisés. Les comportements étaient comparés entre les deux études.

Le tabagisme restait presque inchangé (19,4% vs 20,8%), avec une augmentation plus marquée en dessous de 50 ans, surtout chez les femmes.

Le surpoids (IMC>25) augmente dans tous les pays, et l'obésité (IMC>30) passe de 25 à 33%. Ceci explique sans doute la prévalence augmentée du diabète (18 vs 22%).

L'hypertension reste stable: autour de 55% de patients avec TA>140/90, et 28% avec TA>160/95. Parmi les pa-

tients recevant un médicament à action hypotensive, la proportion de ceux atteignant l'objectif de 14/90 n'était pas améliorée (43,8 vs 45,4%).

La cholestérolémie par contre était améliorée: les cholestérol > 5 mmol/l ont nettement régressés de 86% à 58%. Ceux avec cholestérol >6mmol/l sont passés de 53 à 26%, et >7mmol/l de 21 à 9%. Globalement le nombre de patients traités par hypolipémiants atteignant l'objectif de 5 mmol/l était passé de 21% à 49%.

Les médicaments étaient mieux utilisés: aspirine passée de 81 à 84% des patients, β bloquants de 54 à 66%, IEC de 30 à 43%, hypolipémiants passés de 32 à 63% des patients, les statines devenant largement prédominantes, passant de 58% à 92%. Les anticoagulants oraux restent stables à 7%; les antagonistes calciques sont en diminution de 36 à 26%.

Cette étude est riche d'enseignements et surtout de thèmes de réflexions, bien présentés dans le titre de l'éditorial accompagnateur: "plus facile à dire qu'à faire"². Cette remarque résume bien deux données actuelles: il ne suffit pas d'établir et de diffuser des recommandations pour qu'elles soient appliquées; il est plus facile de prendre des médicaments que de modifier son style de vie.

Des résultats retenons des améliorations partielles mais aussi des aggravations:

- l'hypertension et l'hypercholestérolémie sont contrôlées dans moins de la moitié des cas, ce qui témoigne sans doute pour un certain nombre de cas d'un traitement inadéquat.
- le tabagisme est stable, et même en augmentation pour certains groupes, l'obésité est en augmentation, ce qui témoigne de la difficulté d'obtenir, voire de conseiller, des changements de style de vie.

Pourquoi ce fossé entre les recommandations et la pratique ? On peut s'interroger²:

- responsabilité du médecin ? JD Cohen évoque un problème de connaissances, et peut-être, à partir d'une étude, un manque de conviction dans les bénéfices de la prévention secondaire. Pour nous il faut aussi se demander pourquoi il existe souvent une dissociation entre ce que nous savons et ce que nous faisons. Il y a aussi une insuffisance d'information des patients à l'hôpital, et une nécessité d'améliorer la communication entre hôpital et médecine de ville. Il y a aussi sans doute, par manque de formation et de temps, une difficulté des médecins à aborder de façon efficace les problèmes tels que le tabac, la diététique, l'activité physique (souvent réduite à tort par ceux ayant eu un épisode cardiovasculaire).

- responsabilité des patients ? Selon une étude, les patients européens ont un bon niveau d'information et de connaissances, mais l'impact sur les comportements est limité. Et cette information est-elle pertinente?

En conclusion, cela confirme l'urgence d'orienter nos objectifs de formation vers l'information et l'éducation du patient, l'apprentissage des changements de comportements, mais aussi l'analyse de nos pratiques.

1 - EUROASPIRE I and II group. Clinical reality of coronary prevention guide lines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries Lancet 2001;357:995-1001.

2 - Cohen JD. ABCs of secondary prevention of CHD: easier said than done. Lancet 2001;357:972-3

Mots clés: cardiopathie ischémique, prévention secondaire, médicament, tabac, style de vie, recommandation.

Numéro 222 du 19 avril 2001