



Combattre l'infarctus du myocarde et l'athérosclérose : un défi thérapeutique



Rev Med Suisse 2008 ; 4: 0-0

P.-F. Keller
V. Barthassat
F. Scherrer-Burri
G. Lager
S. Carballo

Dr P.-F. Keller
 Service de cardiologie
Dr Vincent. Barthassat,
 Grégoire Lager
 Service d'enseignement thérapeutique
 pour maladies chroniques
F. Scherrer-Burri
 Service de direction adjointe, direction
 des soins
Dr Sebastian Carballo
 Service de médecine interne générale
 HUG, 1211 Genève 14

Fighting heart attacks and atherosclerosis: a therapeutical challenge

Myocardial infarction is a frequent, serious and recurrent complication of a chronic disease: atherosclerosis. Therapeutic advances have improved the clinical outcome of affected patients and have shortened the hospital length of stay. However, to decrease the recurrence of cardiovascular events, it is essential to increase adherence to therapeutic projects by improving information given to coronary patients during the short initial hospitalization. This can be achieved by using tools that have been developed for the management of chronic disease: therapeutic education and motivational interviews. Moreover, these information tools have to perform well and have to be used at appropriate times to ensure a positive effect on patients.

L'infarctus du myocarde est une complication fréquente, grave et récidivante d'une maladie chronique: l'athérosclérose. Les progrès thérapeutiques ont permis d'améliorer l'avenir des patients coronariens et de raccourcir la durée de leur séjour à l'hôpital. Cependant les récurrences d'événements cardiovasculaires sont dépendantes de l'adhésion thérapeutique qui, elle, est tributaire de la manière dont le patient perçoit sa situation et intègre les informations qui lui sont données. Pour améliorer l'adhésion thérapeutique de ces patients, il est crucial d'utiliser les outils développés dans le traitement des maladies chroniques: l'éducation thérapeutique et l'esprit de l'entretien motivationnel. Toutefois, ces différents outils d'informations doivent être performants et utilisés à des moments appropriés pour garantir une influence favorable sur le patient.

INFARCTUS DU MYOCARDE, UN ACCIDENT CARDIOVASCULAIRE FRÉQUENT ET GRAVE

L'infarctus du myocarde est une complication aiguë et grave de l'athérosclérose. Celle-ci touche une grande proportion de la population des pays industrialisés et des pays émergents. En Suisse, une personne décède toutes les 50 minutes des complications cardiovasculaires aiguës de l'athérosclérose. Malgré les campagnes d'information de la population sur les signes d'alerte d'infarctus, malgré les efforts thérapeutiques invasifs et pharmacologiques le taux de complications fatales du syndrome coronarien aigu (SCA) demeure élevé à un an. Même si l'infarctus du myocarde avec sus-décalages persistant du segment ST (STEMI) expose à un risque de mortalité hospitalière le plus élevé,¹ le SCA sans sus-décalage persistant du segment ST (NSTEMI) expose à un risque similaire à plus long terme, voir même plus élevé et ceci à un an déjà.² Cette constatation ressort des registres internationaux et son explication réside dans le fait que les NSTEMI touchent des patients plus âgés, avec davantage de comorbidités et une maladie coronarienne plus diffuse que les patients souffrant d'un STEMI. Il est donc crucial de garder à l'esprit que le SCA quel qu'il soit est un accident cardiovasculaire aigu grave qui nécessite une prise en charge thérapeutique «agressive», le plus souvent invasive, mais également médicamenteuse à long terme quel que soit son mode de présentation, STEMI, NSTEMI ou angor instable. Les progrès thérapeutiques dans les SCA ont permis de raccourcir la durée de séjour hospitalier pour le bien du malade dans un certain sens. Cependant, devant une durée d'hospitalisation courte et une amélioration très rapide de son état clinique, le patient se sent immédiatement amélioré après le traitement médical d'urgence et l'angioplastie et il considère alors que «tout a été fait» durant le séjour hospitalier et que la prescription médicale de sortie ne représente qu'une action préventive limitée face au geste invasif qui apparaît comme le geste salvateur. De plus, si le patient est rassuré par une maladie coronarienne non significative, il considère qu'il n'est pas vraiment malade.

tant du segment ST (NSTEMI) expose à un risque similaire à plus long terme, voir même plus élevé et ceci à un an déjà.² Cette constatation ressort des registres internationaux et son explication réside dans le fait que les NSTEMI touchent des patients plus âgés, avec davantage de comorbidités et une maladie coronarienne plus diffuse que les patients souffrant d'un STEMI. Il est donc crucial de garder à l'esprit que le SCA quel qu'il soit est un accident cardiovasculaire aigu grave qui nécessite une prise en charge thérapeutique «agressive», le plus souvent invasive, mais également médicamenteuse à long terme quel que soit son mode de présentation, STEMI, NSTEMI ou angor instable. Les progrès thérapeutiques dans les SCA ont permis de raccourcir la durée de séjour hospitalier pour le bien du malade dans un certain sens. Cependant, devant une durée d'hospitalisation courte et une amélioration très rapide de son état clinique, le patient se sent immédiatement amélioré après le traitement médical d'urgence et l'angioplastie et il considère alors que «tout a été fait» durant le séjour hospitalier et que la prescription médicale de sortie ne représente qu'une action préventive limitée face au geste invasif qui apparaît comme le geste salvateur. De plus, si le patient est rassuré par une maladie coronarienne non significative, il considère qu'il n'est pas vraiment malade.



UN TAUX IMPORTANT DE RÉCIDIVE D'ÉVÉNEMENTS CARDIOVASCULAIRES : LA CONSÉQUENCE D'UNE MALADIE CHRONIQUE

Cependant le taux de récurrence d'événements cardiovasculaires est élevé comme en témoignent une fois de plus les registres internationaux.³ En effet, un patient sur sept admis pour un SCA présentera une récurrence d'accident cardiovasculaire quel qu'il soit dans les douze mois : décès, SCA, accident cérébro-vasculaire, événement ischémique artériel périphérique aigu ou récurrence d'ischémie coronaire.³

Comment réduire ce risque de récurrence ? En améliorant le traitement commun à tous ces événements cardiovasculaires : le traitement de l'athérosclérose en prévention secondaire. Ce traitement est complexe puisqu'il consiste à prendre plusieurs médicaments chaque jour en plus des changements plus ou moins importants des habitudes de vie tels que les modifications des habitudes alimentaires et la pratique quotidienne d'activité physique. De plus, pour être totalement efficace, le traitement doit viser les cibles thérapeutiques recommandées en termes de bilan lipidique, de contrôle de la glycémie ou de la tension artérielle.

L'efficacité du traitement de l'athérosclérose est donc primordiale pour réduire les récurrences d'événements et elle dépend, d'une part, de l'application des recommandations en la matière et, d'autre part, de l'adhésion thérapeutique des patients. Les données de la littérature montrent qu'entre 8 et 30% des patients arrêtent totalement ou partiellement de prendre leurs médicaments dans les mois qui suivent un SCA⁴ et ceci avec un impact significatif sur la mortalité à un an. Ceci a été démontré sur trois médicaments seulement (aspirine, statines et bêtabloquants) dans une étude limitée à 1450 patients (survie à un an : 88,5% versus 97,7%; $P < 0,001$).⁵

L'adhésion thérapeutique, quant à elle, est conditionnée par la qualité de la communication et de l'information sur la maladie et ses traitements.

La communication a pour objectif de transmettre un message d'un enseignant (ici le soignant) pour aboutir à un objectif (thérapeutique). Pour ce faire, les moyens de communication doivent tenir compte de deux paramètres essentiels : la capacité d'enseignement du soignant et la capacité d'écoute et de compréhension du soigné. Ces deux derniers paramètres dépendent de facteurs émotionnels, cognitifs et relationnels du patient (figure 1) qui doivent impérativement être pris en considération par le personnel soignant.

La qualité de l'information est très importante également puisqu'elle doit pouvoir susciter un intérêt, une curiosité et transmettre un contenu compréhensible et dont les messages-clés resteront à long terme.

Pour atteindre les objectifs attendus de communication, des outils d'information efficaces doivent être utilisés. La figure 2 montre les performances des différents outils d'information mesurés par une évaluation du pourcentage de rétention de l'information après deux semaines. On peut constater que le support audiovisuel est le média passif le plus puissant et que la participation active du sujet dans

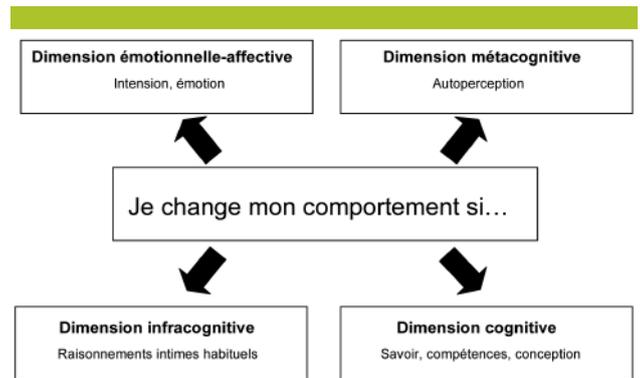


Figure 1. Facteurs émotionnels et cognitifs qui influencent l'observance thérapeutique

(Adapté de Golay A, et coll. Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. Médecine des Maladies Métaboliques 2007;1:69-76)

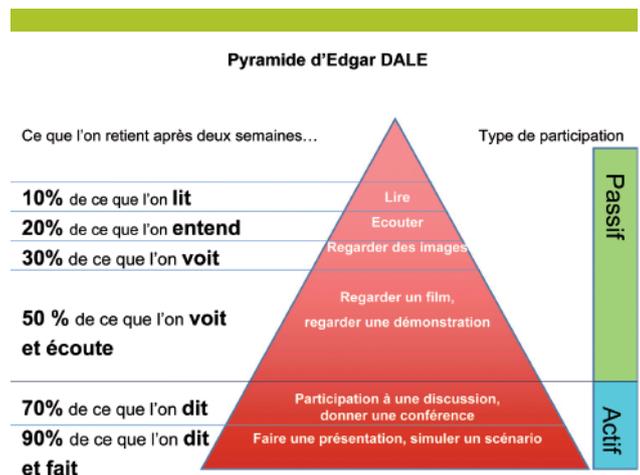


Figure 2. La puissance des outils de l'information mesurée par le taux de rétention de l'information après deux semaines

(Selon Edgar Dale).

une discussion ou une présentation améliore encore considérablement non seulement le savoir mais également les compétences. Ce processus actif est celui qui est développé dans des ateliers pratiques.

Ces outils informatifs doivent être totalement adaptés à chacun afin de répondre aux attentes et aux demandes du patient. Par conséquent, le personnel soignant devrait définir le moment opportun pour apporter l'information au patient et même susciter sa curiosité afin que le patient entreprenne une démarche volontaire en quête d'information. La finalité étant d'amener le patient à se convaincre lui-même de prendre en charge activement sa maladie et de se mettre au centre de son processus de soins pour garantir une adhésion thérapeutique optimale et ainsi diminuer les risques de récurrence d'événements cardiovasculaires.

Puisque l'athérosclérose est une maladie chronique, il est essentiel d'avoir recours aux outils qui ont fait leurs preuves dans les maladies chroniques : l'éducation thérapeutique et l'entretien motivationnel du patient.



ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT : UNE APPROCHE EFFICACE DES MALADIES CHRONIQUES

La chronicité dans la maladie met la dimension du temps au centre de la prise en charge médicale des patients. Au-delà du travail de prévention, primaire ou secondaire, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) enrichit le rôle du soignant en lui apportant la mission de co-construire, avec son patient, un projet thérapeutique qui tienne compte des impératifs de la maladie et du projet de vie du patient. A ce titre, l'Organisation mondiale de la santé a donné une définition détaillée de l'éducation thérapeutique du patient en 1988 dont voici un extrait : «L'Éducation thérapeutique doit permettre aux *malades* d'acquérir et de maintenir des *compétences* qui leur permettent de *gérer* de manière optimale leur traitement afin d'arriver à un *équilibre* entre leur *vie* et leur *maladie*. C'est un *processus continu*, qui fait partie intégrante des soins médicaux. (...)

L'ETP est conçue pour aider les patients et leurs *familles* à comprendre la maladie et leur traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre sainement et maintenir ou améliorer leur *qualité de vie*.».

L'apport de l'ETP dans la prise en charge des maladies chroniques a été largement démontré dans diverses pathologies (diabète, asthme, insuffisance cardiaque obésité, VIH)⁶ notamment en améliorant l'adhésion au traitement, en diminuant les complications et en améliorant la qualité de vie. Dans le domaine de la maladie coronarienne, une large méta-analyse récente confirme l'efficacité de programme de prévention secondaire sur la mortalité et la récurrence d'infarctus du myocarde.⁷ D'autres travaux ont montré qu'une attention aux représentations des patients ainsi qu'à leur perception de la maladie permettait d'améliorer l'adhésion aux programmes de réhabilitation cardiaque.⁸

L'ETP vise à permettre au patient de développer des compétences nouvelles, de l'aider à utiliser ses propres ressources comme celles du réseau qui l'entoure (famille, soignants, société). Le patient acquiert ainsi les moyens de devenir un partenaire de soin efficace ce qui permettra au soignant qui l'accompagne d'accomplir, à son tour, son mandat. C'est une démarche qui implique une attention constante à la dimension psychoaffective : l'acceptation, le vécu avec une maladie coronarienne, la modification du sentiment d'identité, l'estime de soi ou encore le sentiment d'auto-efficacité sont des composantes essentielles pour une meilleure adhésion au traitement. De plus, la gestion de la maladie au long cours implique des changements de comportements tels que la prise des médicaments, les mesures d'autosurveillance, les modifications d'habitudes alimentaires ou la mise en place d'une activité physique régulière qui sont difficiles à maintenir à long terme. Le travail motivationnel développé plus loin fait ainsi partie intégrante du processus d'éducation thérapeutique.

Un nouveau paradigme pour le soignant

Dans le projet d'accompagner un individu porteur d'une maladie chronique, l'ETP réinterroge le rôle du soignant en proposant un changement de paradigme. En effet, de manière schématique, dans le modèle de la maladie aiguë le

patient attend du soignant des réponses, des solutions, et généralement un traitement, parfois même urgent (soignant actif, patient passif). Dans le modèle de la maladie chronique, le patient sera le principal acteur de son traitement. La perspective de la durée impose de prendre en compte la personne dans sa globalité, de développer les ressources qui accompagneront le patient tout au long de son parcours, c'est-à-dire ses propres compétences. Pour ce faire, le soignant va aider le patient à comprendre, apprendre, utiliser ses ressources, changer ses comportements, trouver du sens.

Le soignant trouve donc une posture qui l'autorise à explorer les conceptions de son patient, susciter son questionnement, le guider dans l'expérimentation, l'amenant ainsi d'une part à trouver des réponses et, d'autre part, à savoir prendre des décisions éclairées.

Le vécu du patient est alors considéré comme une opportunité d'apprentissage pour le patient lui-même comme pour le soignant.

L'interdisciplinarité des soignants au service des patients

L'ETP requiert de réunir des compétences multiples pour pouvoir appréhender la réalité complexe et toujours singulière des patients. Ces compétences peuvent être regroupées en quatre grands domaines (**tableau 1**). En plus de la nécessité de compétences biomédicales incontournables, l'apport des compétences psycho-sociales a été largement souligné en médecine.⁹ L'ensemble des pratiques et attitudes pédagogiques est souvent le parent pauvre chez des soignants qui n'ont que rarement pu bénéficier d'une formation leur permettant de favoriser les apprentissages de leurs patients. Un autre domaine de compétences concerne plus particulièrement le suivi à long terme de malades chroniques, et pourrait être qualifié d'existential ou de philosophique. Il s'agit ici notamment de la réflexion sur le sens que peut prendre un événement comme l'irruption de la maladie dans la vie d'un individu. Un domaine où il n'y a évidemment ni vérités ni certitudes. Toutes ces compétences peuvent évidemment se trouver harmonieusement développées chez un seul soignant particulier, mais le plus réaliste et le plus courant est de les voir réunies au sein d'une équipe travaillant en interdisciplinarité.

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'entretien motivationnel a été développé dans les années 80 par les psychologues W. Miller et S. Rollnick. C'est une «méthode directive, centrée sur le client, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'ex-

Tableau 1. Compétences des soignants requises par l'ETP

- Biomédicales
- Psychosociales
- Pédagogiques
- Philosophiques



ploration et la résolution de l'ambivalence». Cette méthode est intentionnellement directive, dirigée vers la résolution de l'ambivalence, dans le but d'aider au changement. Son but est de créer et d'amplifier, dans la manière de voir du patient, une divergence entre son comportement actuel et ses valeurs de références ou ses objectifs plus généraux. L'entretien motivationnel honore et respecte l'autonomie des individus et leur liberté de choix. Il est construit pour résoudre des questions ayant trait à la motivation, lorsqu'elles empêchent le changement de comportement.^{10,11}

Cette méthode s'est développée dans le milieu de l'addictologie pour s'étendre et s'appliquer à d'autres thématiques : diabète, nutrition, perte de poids, adhésion thérapeutique, pratiques sexuelles à moindre risque, etc. De plus son efficacité est reconnue dans le domaine de l'athérosclérose.¹²

CONCLUSION

Combattre l'infarctus et l'athérosclérose est un défi thérapeutique à plusieurs niveaux : d'une part le traitement aigu du SCA qui requiert une approche pharmacologique et invasive relativement complexe et, d'autre part, le traitement d'une maladie chronique qui requiert une approche relationnelle et une communication complexe avec le patient pour améliorer son adhésion thérapeutique et ainsi diminuer le risque de récurrence d'événements cardiovasculaires. C'est dans cette nouvelle approche du traitement de la prévention secondaire que l'on peut espérer les plus grands progrès en termes d'efficacité thérapeutique et de réduction d'événements cliniques graves. Cette approche est multidisciplinaire puisqu'elle intéresse les domaines de la cardiologie, de la communication, de l'éducation thérapeutique et de l'écoute motivationnelle centrée sur le patient. De cette nouvelle approche est né le programme ELIPS (Educational Therapeutic Program to Fight

Heart Attacks and Atherosclerosis) aux Hôpitaux universitaires de Genève. Ce programme est constitué de plusieurs supports d'information traduits en plusieurs langues tels qu'un film, un site internet et une fresque murale interactive ainsi qu'un programme d'éducation thérapeutique et d'entretiens motivationnels dédié à tout le personnel soignant des patients coronariens. Ce programme sera évalué dans une étude clinique multicentrique internationale. ■

Remerciements

A tous les membres du groupe de travail du programme ELIPS qui ont permis la réalisation de ce projet.

Implications pratiques

- Un syndrome coronarien aigu est un événement grave avec un taux de récurrence important parce que l'athérosclérose est une maladie chronique, impliquant un traitement complexe et un changement radical de style de vie^{2,3}
- Après un syndrome coronarien aigu, les patients arrêtent trop souvent leurs traitements parce qu'ils considèrent la prise en charge invasive comme un traitement radical qui permet une sortie très précoce de l'hôpital. Ils n'ont par conséquent que peu de temps pour se convaincre de la chronicité de l'athérosclérose et des contraintes qui l'accompagnent⁵
- Pour diminuer le taux de récurrences d'événements cardiovasculaires, il est impératif d'améliorer l'adhésion thérapeutique en utilisant les outils de communication qui ont fait leurs preuves dans le traitement des maladies chroniques : l'éducation thérapeutique et l'écoute motivationnelle⁹⁻¹²
- Des outils de communications de qualité doivent être intégrés dans le processus de communication pour garantir l'acquisition d'une information complète et précise afin d'atteindre les objectifs thérapeutiques escomptés (figure 2)

Bibliographie

- 1 Goldberg RJ, Currie K, White K, et al. Six-month outcomes in a multinational registry of patients hospitalized with an acute coronary syndrome (the Global Registry of Acute Coronary Events [GRACE]). *Am J Cardiol* 2004;93:288-93.
- 2 * Montalescot G, Dallongeville J, Van Belle E, et al. STEMI and NSTEMI: Are they so different? 1 year outcomes in acute myocardial infarction as defined by the ESC/ACC definition (the OPERA registry). *European heart journal* 2007;28:1409-17.
- 3 * Steg PG, Bhatt DL, Wilson PW, D'Agostino R, Sr., Ohman EM, Rother J, Liao CS, Hirsch AT, et al. One-year cardiovascular event rates in outpatients with atherosclerosis. *JAMA* 2007;297:1197-206.
- 4 Eagle KA, Kline-Rogers E, Goodman SG, et al. Adherence to evidence-based therapies after discharge for acute coronary syndromes: An ongoing prospective, observational study. *Am J Med* 2004;117:73-81.
- 5 * Ho PM, Spertus JA, Masoudi FA, et al. Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2006;166:1842-7.
- 6 Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, et al. Diabetes patient education: A meta-analysis and meta-regression. *Patient Educ Couns* 2004;52:97-105.
- 7 Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, McAlister FA. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Annals of internal medicine* 2005;143:659-72.
- 8 Cooper A, Lloyd G, Weinman J, Jackson G. Why patients do not attend cardiac rehabilitation: Role of intentions and illness beliefs. *Heart (British Cardiac Society)* 1999;82:234-6.
- 9 * Golay A, Lager G, Giordan A. Motivating patients with chronic diseases. *J Med Pers* 2007;(Suppl.):57-63.
- 10 ** Miller RW, Rollnick S. L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement. Paris: InterEditions-Dunod ed, 2006.
- 11 ** Rollnick S, Miller RW. Motivational interviewing in Health Care: Helping patients change behavior; 2008.
- 12 ** Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005;55:305-312.

* à lire

** à lire absolument

