

TROISIÈME JOURNÉE JEAN BERTRAN

L'indispensable en cardiologie pour le médecin du travail

Pour que la prévention marche.....

Professeur Jean VALTY

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie – PARIS

Les **données**.

Le pronostic des maladies cardiovasculaires s'est amélioré : la mortalité (normalisée par âge) a été réduite de moitié entre 1980 et 2016 dans nos régions (Guidelines). Cette amélioration est en grande partie (50%) liée à la meilleure prise en charge de l'hypercholestérolémie et de l'hypertension artérielle (à l'aide de médicaments efficaces). Mais le progrès se ralentit. De nombreux comportements à risque persistent (tabagisme) ou **s'aggravent** (inactivité physique, surcharge pondérale).

Pourtant l'**efficacité** de la prévention n'est guère discutable : la suppression de facteurs de risque tels qu'une alimentation mal adaptée, la sédentarité et le tabagisme suffirait à réduire de 80% les maladies cardiovasculaires. La correction partielle de plusieurs facteurs suffirait à faire baisser de moitié la mortalité cardiovasculaire et le coût de ces mesures est minime. Mais on parle plus de prévention que l'on n'en fait.

Les **obstacles**.

La population générale connaît de façon assez satisfaisante les principaux facteurs de risque modifiables mais ne les met guère en pratique, comme s'il n'y avait pas de rapport entre **ce que l'on sait et ce que l'on fait**. Elle perçoit généralement la prévention comme une série d'interdits désagréables : **ne pas** trop boire, ni sucrer, ni saler, ni manger, ni fumer, ni paresser... En l'absence de gêne, les sujets exposés ne se sentent guère concernés par un possible risque lointain.

Les **contraintes** légales ne concernent que l'alcool (avec une efficacité réelle sans doute liée essentiellement aux points du permis de conduire), le tabac (avec un effet très modeste, quasi nul chez les sujets jeunes) et la limitation du sel et des graisses saturées contenues dans quelques préparations alimentaires.

De nombreux **médecins** se sont attachés à inciter leurs patients à corriger leurs facteurs de risque modifiables mais se sont découragés après avoir constaté que les mesures conseillées sont rarement appliquées.

La motivation d'un sujet est ce qui se passe dans **son cerveau**. Les progrès de la neurobiologie nous apprennent quels sont les principaux facteurs qui déterminent nos conduites. Ce qui nous attire (émotion positive) et notre mode de vie habituel (comportement physique) ont plus de poids que les arguments logiques (connaissance des risques). Il est peu vraisemblable que cet état d'esprit change.

Les **remèdes**.

Le personnel soignant est le plus à même d'aider un sujet exposé à se motiver. Mais il ne suffit pas de dire à quelqu'un ce qu'il devrait faire pour qu'il le fasse.

Nous devons intervenir sur l'ensemble des principaux facteurs en veillant à chaque étape de l'entretien, au retentissement de nos paroles dans l'esprit du patient pour éviter les interventions qui bloquent la communication et privilégier celles qui la favorisent.

Exemple schématique : Un **accueil** critique « Vous avez encore grossi (bu, fumé...) ! » entraîne le rejet, voire la colère alors qu'un abord compréhensif « Je comprends que ce soit difficile même si ce

n'est probablement pas la meilleure solution pour vous... » aidera le sujet à se confier.

Étudier le comportement d'un sujet ne se limite pas au compte de sa consommation (pour calculer le nombre de paquets-années d'un fumeur...). Le **comment** est plus utile à connaître que le combien : « Dans quelles situations êtes-vous le plus incité à fumer : quand vous vous sentez stressé ? Pour réfléchir à un problème difficile ? Par plaisir après les repas ? Ou autre chose ... ».

Les **interventions** de motivation par l'autorité, par l'explication du mécanisme pathologique ou la liste des dangers ont fait la preuve de leur peu d'efficacité. Ce que le sujet **trouve par lui-même** compte plus que ce que l'on peut lui dire. On l'incitera à chercher les inconvénients liés à son comportement actuel « Il n'y a peut-être pas que du bien : pour vous ? Votre famille ? Professionnellement ? Financièrement ?... ». Puis on l'engagera à imaginer que ce comportement a changé et à exprimer ses craintes (ce qu'il redoute de perdre) et ses attentes (l'inciter à en évoquer des détails concrets). On renforce sa confiance en la possibilité de réussir par deux mesures : réduire la difficulté de la tâche à sa juste mesure et développer la confiance du patient en ses capacités.

Il est nécessaire de fournir au sujet des **outils** thérapeutiques qui lui permettent de contrôler ses émotions excessives (relaxation, méditation, résistance...), de mettre en doute ses idées absolues (restructuration cognitive) et de développer des conduites alternatives (personnelles et face à autrui).

L'objectif final de l'entrevue est son **utilisation** pratique : conduire le patient à décider un premier changement (dont il se sente capable). On préparera avec lui la progression des tâches ultérieures.

Conclusion

La formation du personnel de santé aux méthodes de motivation semble le moyen le plus efficace pour obtenir une meilleure mise en oeuvre des mesures de prévention capables de réduire notablement la mortalité des maladies cardiovasculaires.

Pour que la prévention marche...

- les constats**
- les obstacles**
- les remèdes**

La mortalité baisse (hôpital après infarctus ST+)

% décès

Registre Français (FAST) Arch CV Dis. 2017

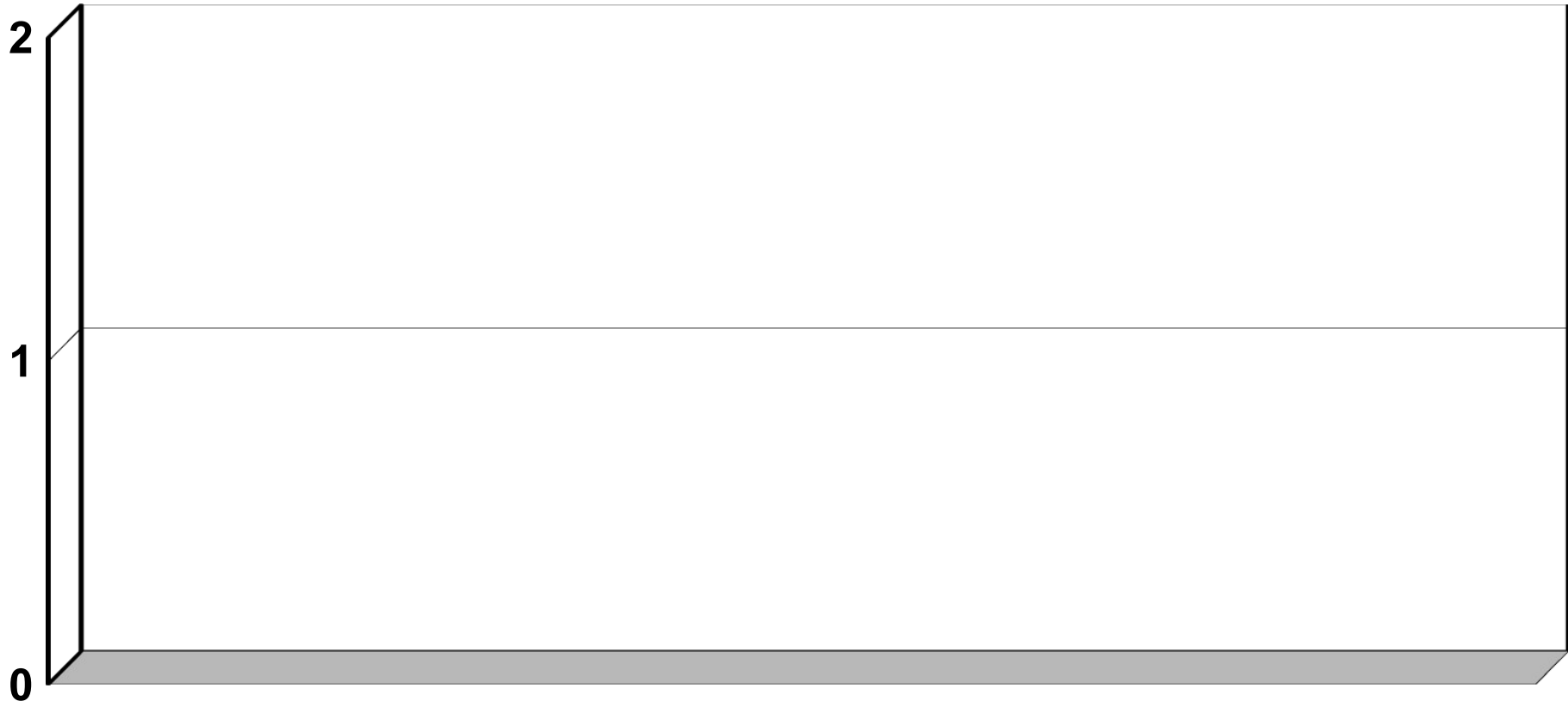


Les constats : mortalité.

- 1- La mortalité cardiovasculaire a baissé de moitié entre 1980 et 2016 mais la baisse se ralentit (exponentielle).**
- 2- Cette baisse est essentiellement liée aux traitements : cholestérolémie, hypertension, coronaires.**
- 3- Il existe une importante réserve de progrès : baisse de mortalité de 25% en 2025 par la réduction des facteurs de risque (ONU).**

Correction de l'alimentation, de la sédentarité et du tabagisme

RR

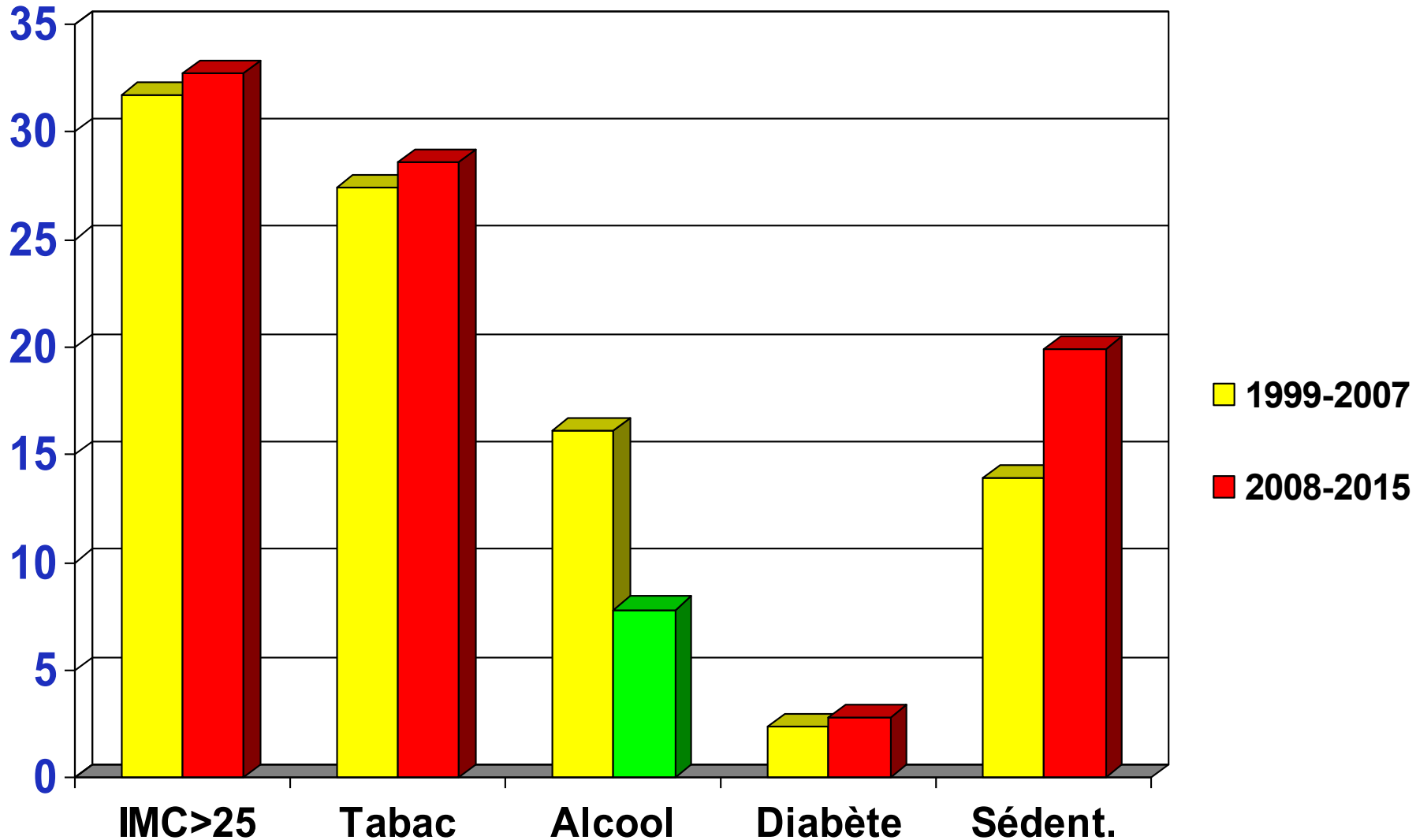


La prévention.

- **Les facteurs de risque coronaire sont connus depuis 1948 (Framingham).**
- **La plupart sont liés aux conduites individuelles : alimentation, tabac, obésité, activité physique...**
- **Certains empirent : inactivité physique, surcharge pondérale, diabète ...**

Évolution des comportements

% p < 0.01 0.01 0.001 0.01 0.001 n = 9728



Les obstacles concernent

- **la population « On connaît. Si je suis gêné un jour on verra... »**
- **les patients qui pensent que la médecine est passive et que les facteurs de risque ne sont pas très important ».**
- **La peur motive peu (). Plus d'1/4 refuse après infarctus ou cancer.**

LEMIERRE

Hospitalisation d'infarctus du myocarde et cancers du poumon...



La collectivité

Contraintes légales :

- **Tabac : locaux, publicité, taxes ...**
- **Alcool : conduite de véhicules et vente aux adolescents.**
- **Sel et graisses saturées de quelques aliments préparés.**

L'information

- **Lancée par les organismes médicaux (FFC).**
 - **Appuyée par les autorités nationales et régionales.**
 - **Relayée par les médias.**
- Il est difficile d'ignorer les principaux facteurs de risque.**

Le tabac TUE

UN HOMME A 1 CHANCE SUR
1,5 MILLION DE MOURIR FOUROYÉ.



UN FUMEUR A 1 CHANCE SUR 2
DE MOURIR DU TABAC.

La surinformation

- **dévalue le message « ... avec modération ».**
- **est tournée en dérision « tu veux une grave ? »,**
- **est occultée (étui à cigarettes),**
- **ou agace « 5 fruits et légumes... »
« manger-bouger »
mais ne motive guère.**

Les médecins

Sont déçus des résultats de tous les modes d'intervention :

- **L'autorité.**
- **L'explication (qui s'adresse à la raison).**
- **Le risque (qui n'inquiète que brièvement).**

Le remède est dans le cerveau du sujet.

- La motivation (neurobiologie) cette émotion positive qui pousse à agir**
- dépend plus des attentes que des connaissances.**
- Elle est strictement personnelle et très peu influençable par autrui :
→ Ce qu'il trouve compte plus que ce qu'on lui dit.**

... à chaque étape de l'entretien

- 1. Abord du patient et de son problème (comportemental).**
- 2. Étude de son comportement et de ses composantes.**
- 3. Intervention visant à développer sa motivation.**
- 4. Lui fournir des outils thérapeutiques.**
- 5. L'aider à passer à l'action (utilisation pratique).**

1- Accueil d'un homme de 48 ans qui a fait une cure de sevrage alcoolique et a rechuté.

Accueil critique (caricatural) :

- C'est une faute. Vous avez tort !**
 - Je vais devoir vous classer inapte et vous risquez de perdre votre emploi.**
 - Vous n'avez vraiment pas de volonté.**
- Ces reproches induisent culpabilité dépit, colère... et bloquent l'entretien.**

Un accueil compréhensif :

- C'est dommage que vous ayez repris mais je comprends que c'était difficile.**
 - Dans quelle circonstance est-ce arrivé? Vous n'êtes pas seul responsable et pas vraiment coupable.**
 - Vous avez tenu combien de temps ?... Bravo ! Tous n'en sont pas capables.**
 - Ce que vous avez appris de cet essai vous aidera à réussir la prochaine fois.**
- Incite à se confier et à coopérer.**

2- Étude des composantes du comportement

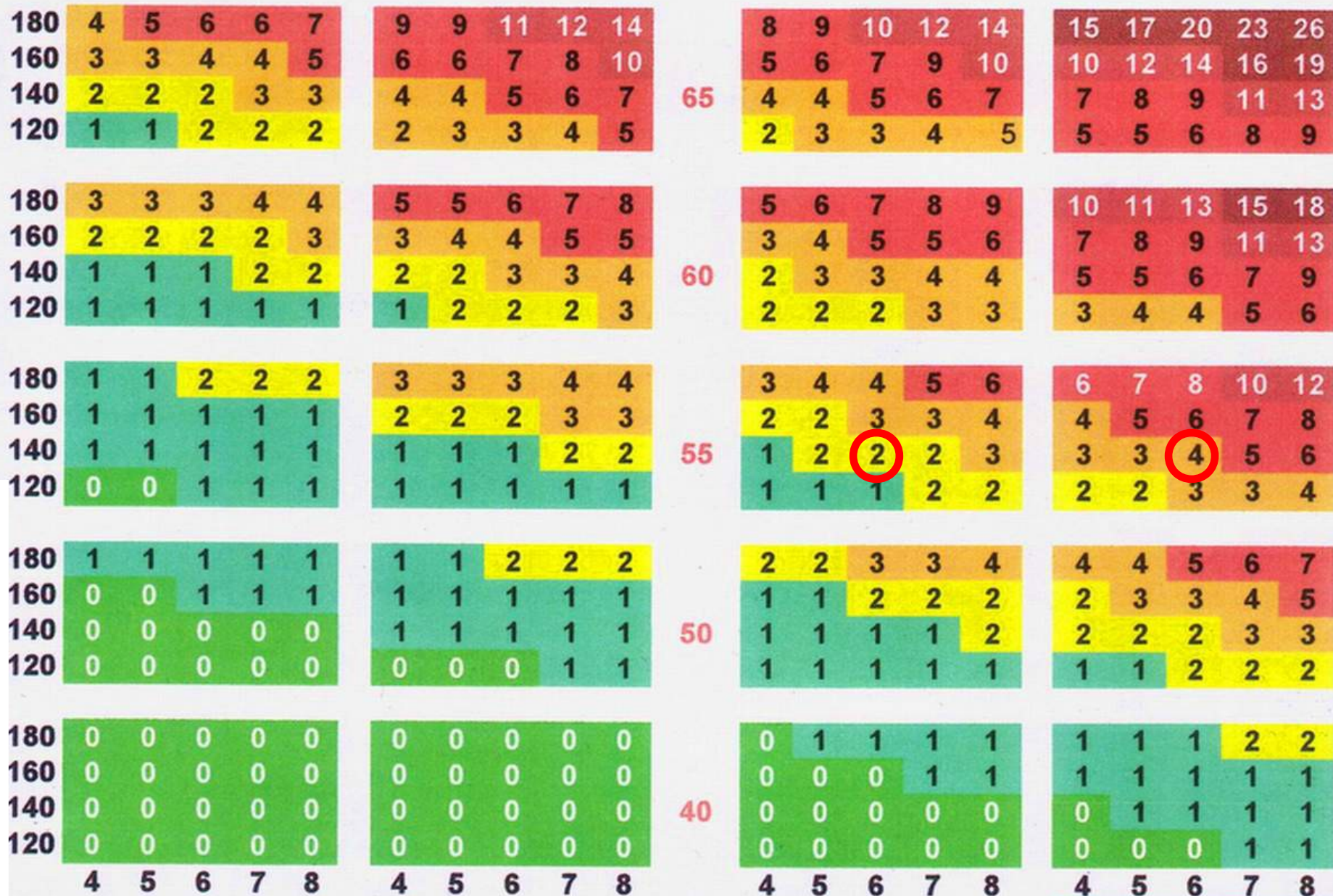
- Il faut apprendre non seulement ce que fait le sujet (combien) mais comment il le fait,**
- ce qu'il en pense,**
- et ce qu'il a ressenti.**

Ce qui signifie qu'on l'invite à se raconter.

Un cadre de 55 ans fume 1 paquet de cigarettes par jour depuis l'âge de 20 ans et fait un check-up annuel (cholestérol 2,30 g/l). Examen normal. Pression 14/8. Pas de gêne.

- Bien que vous ne ressentiez rien vous êtes un sujet à haut risque.**
- Vous cumulez 25 paquets-années de tabac ce qui est fortement cancérigène.**
- Sans compter les autres complications : infarctus, bronchite chronique, AVC...**
- Il est urgent d'arrêter.**
- Vous doublez votre risque : voyez...**

PAS Non-fumeuses F Fumeuses Age Non-fumeurs H Fumeurs



Augmenter si diabète ou antécédents

cholesterol mmol

dg/l

150 200 250 300

Le plus utile est de savoir comment il fume

- **Pour vous aider j'ai besoin de vous connaître mieux : Quand la première cigarette du matin?**
- **Je suis sûr que fumer vous aide. À quoi surtout ? Réfléchir? Vous détendre? Autre chose ?**
- **Racontez-moi dans quelles situations êtes-vous le plus enclin à fumer... et quelle est votre façon ?**
- **Quelles sont les cigarettes vraiment bonnes? En fin de repas ? Et les autres ?**
- **Que pensez-vous des effets sur la santé?**
- **Et sur votre entourage?**
- **Que se passe-t-il quand vous êtes dans l'incapacité de fumer ?**

Trouble de l'usage du tabac (DSM5)

au moins 2 symptômes / 1an parmi :

- **Émotion : envie, perte de contrôle, plus que prévu, irritabilité (conflits).**
- **Comportement : temps passé, activité perturbée (professionnelle)...**
- **Cognitions : malgré la connaissance des dangers et des problèmes (physiques ou psychologiques).**
- **Tolérance : effet moindre pour même dose ou syndrome de sevrage.**

3- Intervention de motivation

Le comportement actuel

- **N'a pas que des avantages ?**
- **Ne résout pas les problèmes ?**

Faire imaginer le changement :

- **Accepter des pertes : l'avenir ne sera pas « comme avant... ».**
- **Valoriser les attentes.**

Faire peser ce qui compte le plus (à terme).

Renforcer sa confiance :

- Le changement est accessible : moins difficile qu'on ne le croit.**
- Ses succès passés prouvent que le sujet a la capacité de réussir.**
- On développe la confiance en soi par des méthodes d'auto-efficacité (rituels, vocalisation...).**

Un cadre de 44 ans fait des checkup annuels: glycémie 1,15 g/l, Cholestérol normal. Il pèse 81 kgs pour 1m,73. Ceinture 102 cm. Pression artérielle 145/85. Il n'est pas gêné mais n'a guère d'activité physique.

- Vous avez un syndrome métabolique qui triple votre risque de faire un infarctus.**
- Vous devez faire un régime sévère pour maigrir et voir un diététicien.**
- Votre tension est un peu forte. Il faut la surveiller et probablement prendre un traitement.**

Syndrome métabolique

3 signes parmi

Guidelines 2016

- **Ceinture >100 cm (homme) – 84 (femme).**
- **Glycémie à jeun > 5,6 mmol/L (1,10 g/l).**
- **HDL cholestérol < 1,03 mmol/l (h) 0,40 g/l ou 1,29 mmol/L (femme) = 0,45 g/l.**
- **Triglycérides \geq 1,70 mmol/L (1,50 g/l).**
- **Pression artérielle systolique > 130 mmHg.**
- **ou pression diastolique > 85 mmHg.**

L'inciter à l'activité physique

- **Suffirait à faire baisser sa pression artérielle, son poids, sa glycémie...**
- **Il faut savoir ce qu'il aime : sport de jeunesse ? Attrait à la télévision ? Envie esthétique ?**
- **Activité régulière : aborder les conditions de temps, travail, loisirs, famille, amis...**
- **Chercher à obtenir un engagement non différé pour un premier pas.**

4- Outils thérapeutiques

- Apprendre à résister aux pulsions.**
- Contrôler les émotions excessives :
initiation à la méditation, relaxation...**
- Nuancer les croyances absolues**
- S'entraîner à des conduites
alternatives.**
- Et à des rapports non-conflictuels
avec les autres (assertivité).**

Lombalgie chronique (>3 mois)

Préparer :

- **Je crois que vous souffrez beaucoup.**
- **On ne vous cache rien.**
- **Le déconditionnement aggrave.**

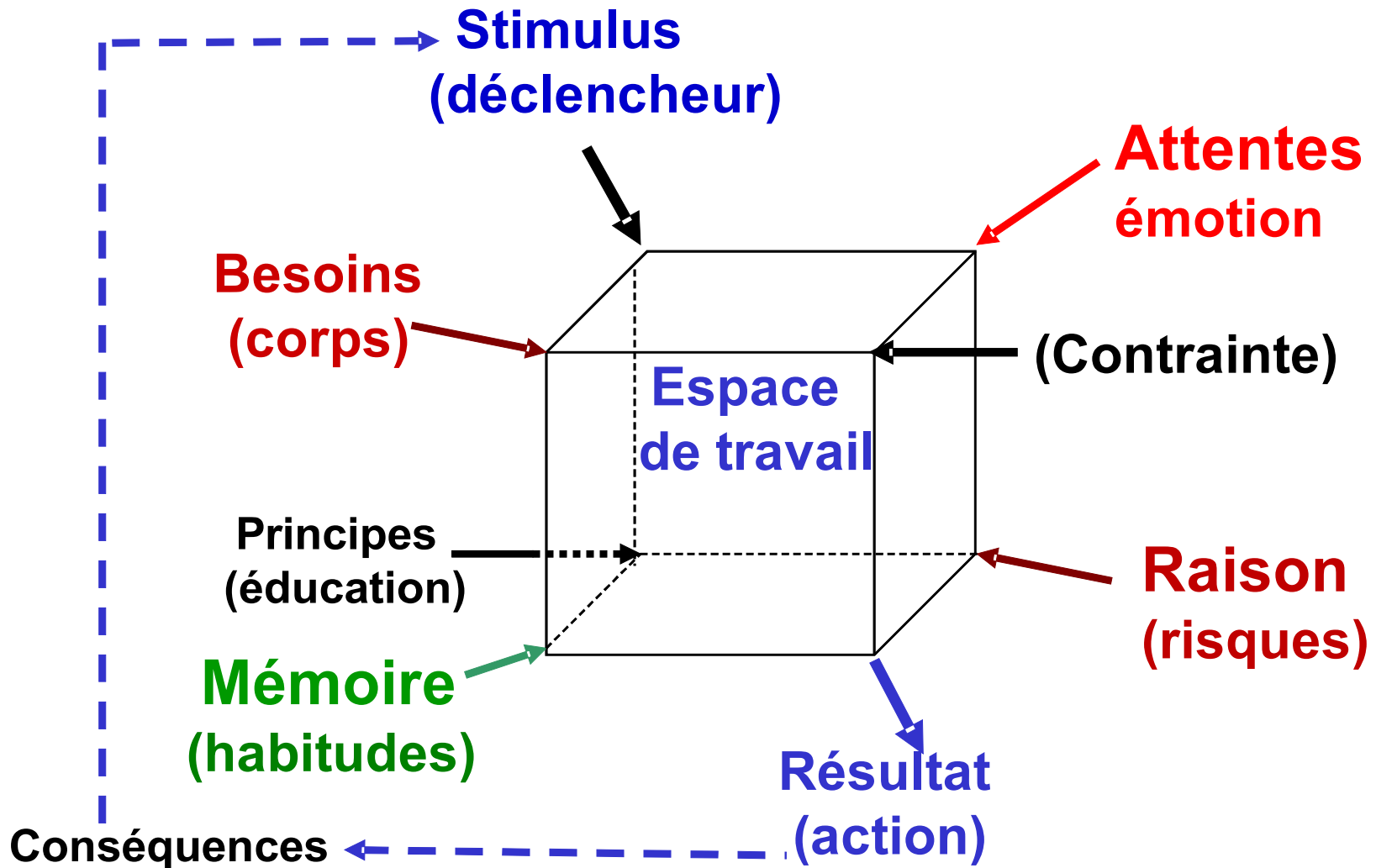
Négocier :

- **Voyons ensemble ce que vous faites.**
- **Activités avec douleur supportable ?**
- **Rester en dessous du maximum.**
- **Très progressivement, en groupe...**

5- Utilisation pratique

- **Commencer par un premier acte de changement dont le patient se sente capable sans délai.**
- **Préparer ensemble les tâches ultérieures.**
- **Organiser un suivi systématique.**

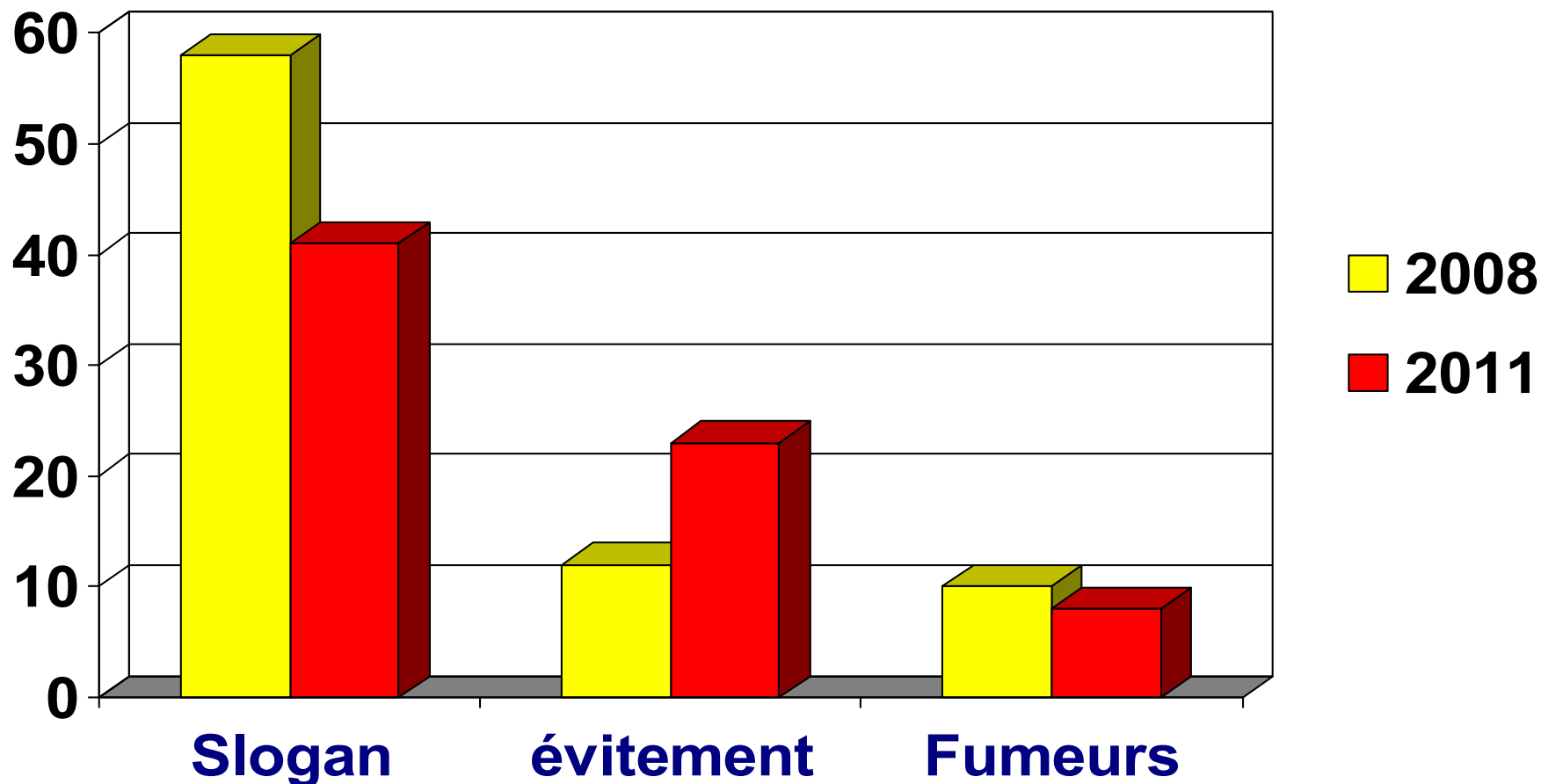
Équilibre de la motivation



Tabagisme des jeunes (11-16 ans)

Slogan (le tabac tue), Image (poumon cancéreux)

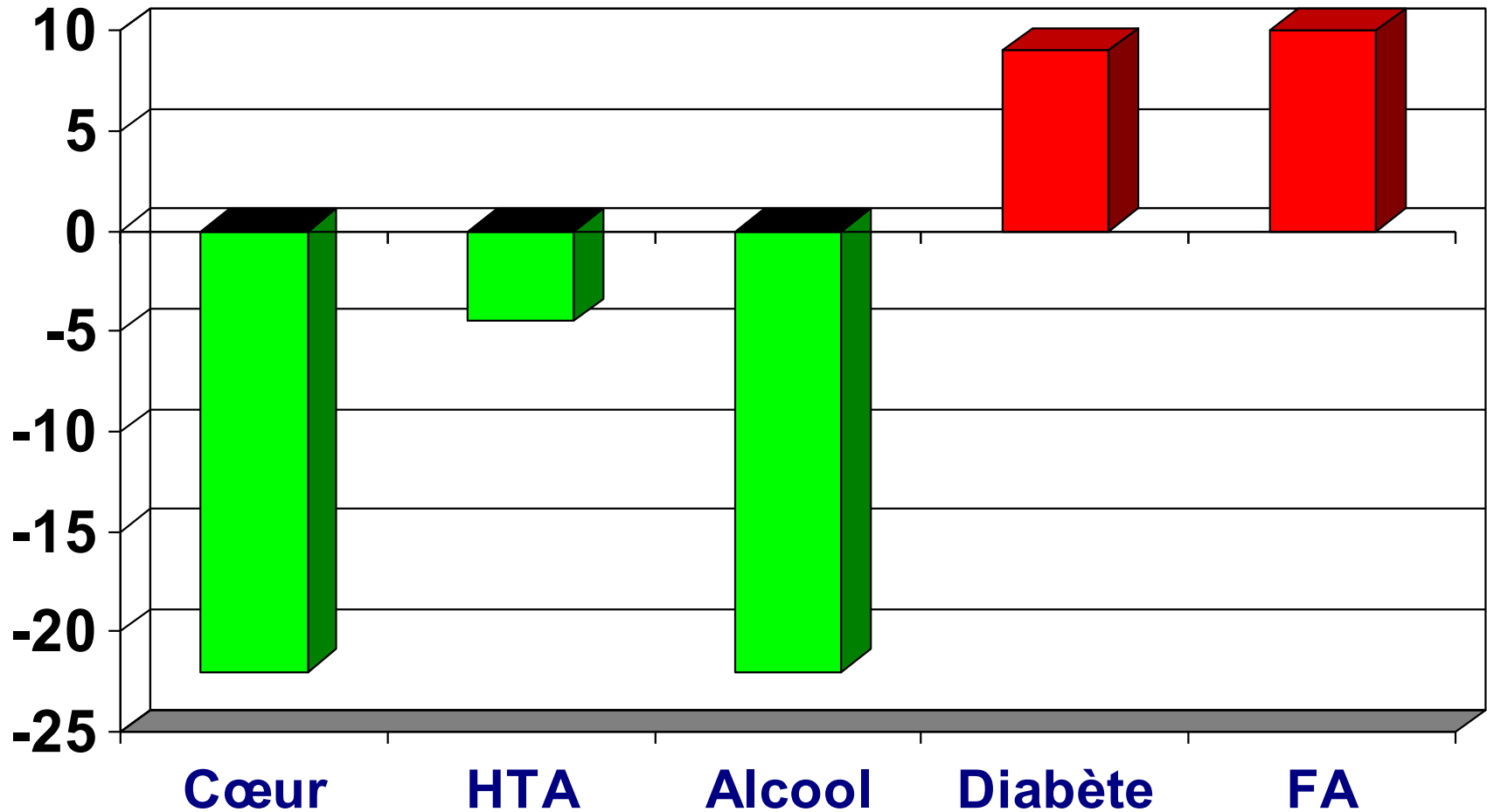
%



Évolution du taux de mortalité standardisé (1990 – 2013).

%

Global burden of diseases study – Lancet 2014



Mortalité par cardiopathie ischémique

(USA / HOMMES / 1980 – 2000)

Circ 2004

p 100.000

