

DOSSIER DE PRESSE

Aujourd'hui encore, des patients à risques cardiovasculaires s'ignorent : comment les protéger et les prendre en charge ?

Déjeuner de presse
jeudi 11 février 2010

Boehringer Ingelheim France
14, rue Jean-Antoine de Baïf
75013 Paris

SOMMAIRE

Communiqué de presse

Des mesures simples et adaptées de protection permettent d'éviter des accidents graves chez les patients à risque cardiovasculaire..... ①

Fiches

- **Connaître et reconnaître le patient à risques cardiovasculaires.....** ②
Professeur Xavier Girerd
Vice président de la Société Française d'Hypertension Artérielle

- **Etre dans le déni d'un risque pathologique grave.....** ③
Professeur Silla Consoli
Service de Psychiatrie – Hôpital Européen Georges Pompidou

- **Boehringer Ingelheim et la recherche** ④

- **Boehringer Ingelheim expert en cardiovasculaire** ⑤

- **Boehringer Ingelheim France à l'écoute des associations de patients.....** ⑥

- **Biographies des intervenants.....** ⑦

① Communiqué de presse

Des mesures simples et adaptées de protection permettent d'éviter des accidents graves chez les patients à risque cardiovasculaire.

Paris, le 11 février 2010 - Boehringer Ingelheim France réunit ce jour :

- **Pr. Xavier Girerd**, Vice président de la Société Française d'Hypertension Artérielle – Hôpital Pitié Salpêtrière à Paris
- **Pr. Silla Consoli**, Chef du Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison – Hôpital Georges Pompidou à Paris
- **Pr. Claire Mounier-Vehier**, Chef de Service de médecine vasculaire et hypertension artérielle - CHRU de Lille

Boehringer Ingelheim France
Direction Communication
14, rue Jean Antoine de Baïf
75013 PARIS cedex 13
www.boehringer-ingelheim.fr
Tel. +33 (0)1 44 34 65 65
Fax +33 (0)3 26 50 87 51

pour une conférence de presse sur la prise en charge des patients à risque cardiovasculaire.

« Tous les patients qui doivent prendre un traitement antihypertenseur efficace, doivent aussi recevoir un traitement spécifique cardioprotecteur »

Le Pr. Xavier Girerd souligne que tous les patients hypertendus à âge et chiffres tensionnels équivalents ne présentent pas le même risque de faire un événement cardiovasculaire. Evaluer le risque cardiovasculaire passe par un test simple, mis au point par le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle : le calcul de l'âge des artères.

« Maintenant, nous savons que les patients diabétiques de type 2 ont le même risque élevé de faire un accident cardiovasculaire grave au même titre que des patients qui ont déjà fait un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral (AVC). Tous ces patients qui doivent prendre un traitement antihypertenseur efficace doivent aussi recevoir un traitement spécifique cardioprotecteur. »

« Pour être efficace un traitement doit être pris »

Le Pr. Silla Consoli explique le déni dont souffrent ces patients à l'égard des risques cardiovasculaires. Pour se soigner, pour prendre régulièrement son traitement, le patient doit reconnaître qu'il est à risque.

Ces traitements sont prescrits à vie. Ils doivent être simples à prendre et surtout particulièrement bien tolérés : les effets secondaires étant très souvent à l'origine d'arrêts du traitement. Seule une bonne tolérance au long cours pourrait en garantir l'observance. *« Pour être efficace, un traitement doit être pris ».*

Des traitements permettent de réduire significativement la survenue d'un infarctus du myocarde ou d'un AVC

Pour le Pr. Claire Mounier-Vehier, les patients doivent recevoir un traitement antihypertenseur efficace sur les chiffres tensionnels, très bien toléré et assurant une protection cardiovasculaire. Les traitements récents mis à la disposition des médecins offrent ces trois avantages pour les patients à risque cardiovasculaire. Ils permettent de réduire significativement la survenue d'un infarctus du myocarde ou d'un AVC.

A propos de Boehringer Ingelheim

Boehringer Ingelheim est une société familiale, indépendante depuis sa création en 1885. Ses 40 000 collaborateurs travaillent dans 47 pays pour améliorer la santé et la qualité de vie des patients et de leurs familles. Boehringer Ingelheim investit 22 % de son chiffre d'affaires dans la recherche (moyenne de l'industrie = 13 %).

Boehringer Ingelheim est investi dans 3 domaines d'activités :

- médicaments de prescription
- médication familiale
- santé animale

L'expertise de Boehringer Ingelheim en biotechnologie est reconnue : le Groupe est le leader mondial en fabrication et développement de produits issus des biotechnologies. Dans ses usines de Biberach (Allemagne) et Vienne (Autriche), 14 produits de biotechnologie sont fabriqués pour le marché pharmaceutique mondial.

Contacts :

Michel Bailly Responsable Relations Extérieures Boehringer Ingelheim France 14, rue Jean Antoine de Baïf 75013 PARIS	Sylvie Nectoux Boehringer Ingelheim France 14, rue Jean Antoine de Baïf 75013 PARIS
Tel : 01 44 34 56 20	Tel : 01 44 34 75 73
Fax : 03 26 50 87 51	Fax : 03 26 50 87 51
Email : michel.bailly@boehringer-ingelheim.com	Email : sylvie.nectoux@boehringer-ingelheim.com

② **Connaître et reconnaître le patient à risques cardiovasculaires**
D'après un entretien avec le Professeur Xavier Girerd
Vice président de la Société Française d'Hypertension Artérielle

L'enquête FLAHS 2009 dresse, notamment, le profil des patients hypertendus en France qui sont également traités pour d'autres facteurs de risque cardiovasculaire (dyslipidémie, diabète...)

Différents scores ont été mis au point pour évaluer le risque cardiovasculaire global et optimiser la prise en charge de ces patients à risque.

Aujourd'hui, un outil simplifié, aisément explicable aux patients est proposé pour « calculer l'âge de ses artères »

Les études FLAHS (French League Against Hypertension Survey) sont régulièrement menées par le Comité Français de lutte contre l'hypertension artérielle depuis 2002. Elles permettent de fournir des données réactualisées sur l'HTA et sa prise en charge en France métropolitaine.

1. Chiffres clés de l'étude FLAHS 2009

L'enquête FLAHS 2009 (1), réalisée par TNS Healthcare, a été menée par voie postale en mai 2009, au sein d'un échantillon représentatif de 3838 individus âgés de plus de 35 ans vivant en France métropolitaine. La prise d'un traitement pharmacologique faisait considérer le sujet comme traité pour le facteur de risque dédié (HTA, diabète, dyslipidémie).

- **10 820 000 hypertendus traités**

D'après cette enquête, il y aurait actuellement en France 10 820 000 hypertendus traités (soit 30,6% des plus de 35 ans) et on estime à 4 214 000 (soit 17% des plus de 35 ans) le nombre d'hypertendus non dépistés ou non traités. Parmi les sujets hypertendus traités, 5 996 000 (soit 55,4%) seraient contrôlés.

Une personne sur deux de plus de 65 ans est touchée par la maladie. Après 75 ans, la prévalence de l'HTA passe à 58%.

Avec l'âge, le tabac, l'hypercholestérolémie et le diabète, l'hypertension artérielle est l'un des principaux facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, artériopathie oblitérante des membres inférieurs...)

Or, de trop nombreuses personnes cumulent plusieurs de ces facteurs de risque.

- **46% des hypertendus sont traités pour un excès de cholestérol**

L'étude FLAHS 2009 montre la prévalence chez une même personne, de l'HTA et des cofacteurs du risque vasculaire :

- 40% des sujets traités déclarent être traités pour au moins un des trois facteurs de risque.
- 30,2% étaient traités pour l'HTA, 22% pour une dyslipidémie et 7% pour un diabète.
- 46% des hypertendus sont également traités pour un excès de cholestérol
- 17% des hypertendus ont un diabète associé.
- De plus, 12% des hypertendus traités étaient des fumeurs actifs.

Le tour de taille (98,8 cm vs 90,7 cm) et l'IMC (kg/m²) (28,2 vs 25,2) des patients hypertendus étaient significativement supérieurs au reste de la population et 30% des hypertendus étaient obèses (versus 12% dans la population non hypertendue).

Si l'on regarde plus particulièrement les chiffres concernant l'échantillon représentatif de la population française âgée de 60 ans et plus, la prévalence des individus « sains » (exempts de tout traitement) n'est alors égale qu'à 34%.

- 66% déclarent être traités pour une ou plusieurs de ces pathologies : hypertension, dyslipidémie, diabète.
- 52 % étaient traités pour l'HTA,
- 38% pour une dyslipidémie,
- 10% pour un diabète.

L'étude FLAHS permet également de connaître les autres problèmes de santé rencontrés dans le passé ou au moment de l'enquête :

- 43% déclarent souffrir d'une affection articulaire ou osseuse,
- 20% d'anxiété ou de dépression,
- 15% de traumatisme (fracture),
- 15% d'affection respiratoire,
- 11% de problèmes de vue important
- 11% de pathologies cardiovasculaires.

2. Comment évaluer le risque de complications cardiovasculaires ?

La prévention cardiovasculaire constitue l'un des pôles de prévention majeurs en santé publique et il subsiste encore des difficultés pour intégrer à l'échelle d'un individu des facteurs de risques multiples et intriqués.

• Distinguer prévention primaire et secondaire

Il apparaît très important de bien distinguer la prévention primaire qui concerne des sujets qui n'ont pas de pathologie cardiovasculaire connue et la prévention secondaire chez des patients ayant une manifestation cliniquement exprimée comme un angor, un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral... L'objectif de la prévention primaire est de dépister et de prendre en charge les facteurs de risque cardiovasculaire, et de mettre en place des mesures hygiéno-diététiques et thérapeutiques afin d'éviter, limiter ou retarder le développement d'une pathologie cardiovasculaire.

La prévention secondaire cherche à éviter la survenue des complications et des récurrences.

Une récente étude (2) s'est fixée pour objectif de mettre au point une équation de risque de complication cardiovasculaire chez des hypertendus traités et suivis en France et dont le risque cardiovasculaire est estimé initialement comme élevé selon la grille de risque ANAES 2000. Une cohorte de 12829 sujets a ainsi été suivie pendant 36 mois. Au cours du suivi, un premier événement cardiovasculaire majeur (maladie coronaire, AVC, mortalité cardiovasculaire) est survenu chez 865 sujets soit une incidence de 2,34 événements pour 100 personnes/année. Il est apparu que ce risque de complications peut être estimé à partir d'un score dont les plus puissants

déterminants sont l'âge > 70 ans, les antécédents de maladies cardiovasculaires et le niveau de TA.

Ainsi, dans cette population, l'estimation du risque en utilisant les facteurs de risque traditionnels (sexe masculin, diabète, dyslipidémie, obésité abdominale, tabagisme) sera beaucoup moins performante.

- **Les moyens diagnostiques pour optimiser la prise en charge du risque cardiovasculaire global**

Deux méthodes, quantitatives (équations de Framingham) ou semi-quantitatives (échelles SCORE) sont proposées (et retenues par l'ANAES) pour l'estimation du risque cardiovasculaire global :

- L'échelle de Framingham basée sur des données de mortalité américaines présente l'inconvénient de surévaluer le risque cardiovasculaire, lorsqu'elle est utilisée pour des personnes vivant dans des pays dits « à faible risque cardiovasculaire », catégorie à laquelle appartient la France. L'algorithme de Framingham a été adapté aux données françaises en divisant le risque obtenu par un facteur variant selon l'âge et le sexe entre 2 et 3.
- Les échelles SCORE ont été établies en 2003 sous l'égide de la Société Européenne de Cardiologie en analysant des données de mortalité cardiovasculaire de plusieurs cohortes représentant 2,7 millions de personnes-années de suivi.

Deux équations de risque ont été élaborées en fonction de la prévalence faible ou forte des maladies cardiovasculaires. Ces modèles permettent de classer les patients par niveaux de risque.

Ces outils restent toutefois complexes à utiliser.

- **Un test simple pour évaluer l'âge de ses artères**

Le Comité Français de lutte contre l'hypertension artérielle a eu l'idée de proposer un outil simplifié aisément explicable aux patients et ne tenant en compte que des paramètres couramment disponibles en médecine générale. Sur la base des données de la cohorte de Framingham comportant 8491 sujets âgés de 30 à 74 ans, d'Agostino et al. ont validé en 2008, une équation mathématique calculant à partir d'une combinaison de données simples, la probabilité pour un individu de développer une maladie cardiovasculaire dans les 10 ans à venir.

Ainsi, deux équations spécifiques sont proposées, pour les hommes et les femmes, en utilisant l'âge, le cholestérol total et HDL, la PAS, la notion d'HTA traitée ou non, le statut tabagique et l'existence d'un diabète.

Test disponible sur le site www.comitehta.org

Références

- (1) *L'intégralité du rapport FLAHS 2009 est en consultation libre sur le site www.comiteHTA.org*
- (2) *Mise au point d'une équation de risque de prédiction des complications cardiovasculaires chez les hypertendus traités et suivis en France : Etude CARDIORENAL. Xavier Girerd, Jean-Claude Aldigier, Henri Gin et al. Poster présenté lors des 29èmes Journées de l'Hypertension artérielle, Paris, décembre 2009.*

- ③ Etre dans le déni d'un risque pathologique grave
D'après un entretien avec le Professeur Silla Consoli
Service de Psychiatrie – Hôpital Européen Georges Pompidou

Etre dans le déni est une façon de se protéger. A court terme, les effets peuvent être bénéfiques. En revanche, à long terme, cette attitude peut avoir un impact négatif sur le traitement et constituer une perte de chance. Le médecin doit alors éviter d'attaquer le déni de manière frontale et mettre plutôt en place une stratégie motivationnelle.

Le déni est un type de comportement qui implique la non prise en compte, par le sujet, de l'enjeu réel ou de la gravité d'une situation objective, à laquelle il est confronté.

Le déni peut se manifester dans toutes sortes de situations qui ne sont pas forcément des problèmes de santé.

« L'exemple typique est l'annonce du décès brutal de quelqu'un qui vous est cher. La réaction immédiate c'est fréquemment un déni... Des formules telles que 'ce n'est pas possible', 'ce n'est pas vrai' sont spontanément utilisées ...mais le temps de cette suspension d'une réalité que l'on ne veut pas admettre est plus ou moins court... Très rapidement, il y a acceptation » explique le Pr Silla Consoli.

Ce qui se voit dans un contexte relationnel traumatique s'applique aussi à des situations de santé préoccupantes impliquant une incertitude face à l'avenir : survenue d'un infarctus du myocarde, annonce d'un cancer après une biopsie... Certains sujets vont alors essayer de se mettre à distance de façon irrationnelle, parfois caricaturale, de cette réalité qui est objectivement grave. Le déni est en fait un terme ambigu, aux contours flous, qui recouvre, lorsque nous l'utilisons en clinique, un très large éventail de mécanismes de pensée ou d'attitudes.

Le déni, au sens strict du terme, est en effet différent d'autres techniques de mise à distance, telles que la minimisation, la banalisation, l'intellectualisation... Dans tous ces cas, le sujet a parfaitement intégré le risque, tout en essayant d'atténuer l'impact émotionnel de ce qu'il vit.

- **Un effet bénéfique à court terme**

« Le déni dans les situations où tout bascule peut donner l'impression d'une attitude non cohérente, mais il rend en fait service au sujet : cela lui permet de ne pas trop souffrir et le protège d'un certain nombre d'émotions désorganisantes (peur de la mort, de la déchéance, d'une dépendance intolérable, angoisse, sentiment de colère, d'injustice...) » précise le Pr Silla Consoli.

Toutes les émotions négatives sont tenues à l'écart et il y a toute une série d'études qui montrent, notamment dans le domaine cardiovasculaire, que cela est bénéfique pour le patient, à court terme tout au moins.

En effet, à court terme, les sujets qui viennent d'avoir un accident de santé grave et qui arrivent à avoir une certaine dose de déni, vont mieux, restent moins longtemps à l'hôpital...

« Cela ne veut pas dire qu'ils vont pour autant être moins compliants. Paradoxalement, beaucoup acceptent le traitement » fait remarquer le Pr Silla Consoli. *« Le seul critère à prendre en compte pour le médecin, quand il évalue un patient qui est dans le déni de sa maladie, est celui de la perte de chance potentielle. Si cette attitude de déni ne nuit pas à la relation de soins, il n'y a aucune raison de contrarier le patient : le déni peut être salutaire ; il permet au patient de tenir le coup, de ne pas s'effondrer. C'est une stratégie d'urgence et de sauvegarde ».*

- **En revanche, à long terme c'est un peu différent.**

Tout dépend, à long terme, des conséquences du déni au niveau des comportements de santé et des relations sociales. Le sujet qui est dans le déni de façon prolongée va avoir plus de probabilités de prendre des risques pour sa santé. Une fois sorti de la phase aiguë, dans sa vie quotidienne, il va par exemple se remettre à fumer en recourant à toutes sortes de rationalisations pour se rassurer (*« je ne fume pas beaucoup, je fais du sport, donc ça compense... »*), ou encore à mal manger (*« il est important que je prenne des forces... »*).

Le déni va donc, dans un certain nombre de cas, faire prendre des risques au patient : il va être plus négligent dans la prévention, insouciant, voire même *« inconscient »* aux yeux de ceux qui l'observent de l'extérieur...
« De plus, les sujets qui sont dans le déni ont moins tendance à percevoir leurs sensations somatiques (fatigue, douleurs...) qui peuvent être des signes d'alerte annonçant une aggravation ou une complication de leur maladie » précise le Pr Silla Consoli.

Ceux qui se comportent de cette façon, dans la majorité des cas, ont toujours fonctionné de cette façon. Ce sont les mêmes sujets qui ont eu un diagnostic retardé, qui ne consultaient pas alors qu'ils auraient dû...
Ce qui est vrai à distance d'un accident coronarien est à fortiori vrai en amont. Toutefois, on assiste, heureusement, dans un certain nombre de cas, à un abandon durable du recours au déni, une fois que la catastrophe somatique est arrivée, cette dernière pouvant avoir l'effet d'un électrochoc et assouplir dans le bon sens l'attitude défensive désespérante à laquelle ont eu recours certains patients pendant de longues années.

- **Le regard social joue un rôle majeur dans le déni.**

Les sujets qui mettent à distance, de façon aussi radicale que leur permet le déni, des pensées qui risquent de les ébranler sont généralement des sujets soucieux de leur image sociale, de ce que les autres vont penser d'eux. Ils essaient de donner une image parfaite ou idéale d'eux-mêmes.
« Le déni est lié à la désidérabilité sociale. Il ne faut pas décevoir les autres, il faut correspondre au maximum aux normes et aux attentes d'autrui, paraître solide, fort, invulnérable. On a recours au déni pour soi, mais aussi pour ne pas être abandonné par les autres » souligne le Pr Silla Consoli.

- **Impact du déni sur l'interlocuteur**

Le déni est un comportement qui a un impact évident sur l'interlocuteur du sujet, qu'il s'agisse du médecin ou du conjoint.

En effet, le déni est une stratégie de sauvegarde qui permet en priorité au sujet de se protéger. Résultat : le sujet n'est pas angoissé...en revanche, son entourage l'est !

« *L'entourage s'oppose fréquemment à un patient qui est dans le déni, essaie de lui faire peur, de lui ouvrir les yeux, lui parle comme s'il n'avait pas compris...alors que le patient a parfaitement compris, mais que cela est trop difficile à intégrer pour lui...* » explique le Pr Silla Consoli.

Cette confrontation, parfois très rude, avec quelqu'un qui est dans le déni peut quelquefois être efficace, mais malheureusement, le plus souvent, cela ne fait qu'accentuer le déni.

- **Mettre en place des stratégies motivationnelles**

En ce qui concerne la prévention, beaucoup de médecins s'efforcent, voire s'épuisent, à trouver les bons arguments pour convaincre un patient de changer certaines de ses habitudes de vie (tabac, sédentarité, alimentation...). Or vouloir convaincre c'est tenter d'imposer de l'extérieur une motivation qui peut ne pas être du tout parlante pour tel ou tel patient particulier.

« *C'est ainsi que, dans la formation continue des médecins, on insiste de plus en plus de nos jours sur les 'stratégies motivationnelles' qui permettent de s'appuyer sur des facteurs de mobilisation plus personnels et plus efficaces pour les patients. Les critères médicaux (' vous allez éviter de faire un infarctus...') ne sont pas forcément ceux qui sont les plus pertinents pour les malades. Il faut arriver à définir ce qui va toucher le plus ou ce qui va faire envie le plus à chaque patient et qui peut le faire changer d'habitudes de vie. Chacun a ses raisons personnelles : il faut trouver ce qui peut parler au patient et le motiver, plutôt que de vouloir le persuader à n'importe quel prix.*»

Références

- Jadoulle, V. 2006. *Le déni comme angle d'approche psychosomatique en cardiologie et en oncologie. Annales Médico-Psychologiques*, 164 : 108-114.
- Goldbeck, R. 1997. *Denial in physical illness. Journal of Psychosomatic Research*, 43 : 575-593.
- Flowers, B.J., 1992. *The cardiac denial of impact scale: a brief, self-report research measure. Journal of Psychosomatic Research* 36 : 469-475
- Ketterer MW, Denollet J, Chapp J, Thayer B, Keteyian S, Clark V, John S, Farha AJ, Deveshwar S. 2004. *Men deny and women cry, but who dies? Do the wages of "denial" include early ischemic coronary heart disease? Journal of Psychosomatic Research* 56 : 119-23.
- Perkins-Porras L, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. 2008 *Causal beliefs, cardiac denial and pre-hospital delays following the onset of acute coronary syndromes. Journal of Behavioral Medicine* 31 : 498-505.
- Druss RG, Douglas CJ. 1988 *Adaptive responses to illness and disability. Healthy denial. General Hospital Psychiatry*. 10 : 163-8.

④ **Boehringer Ingelheim, la recherche**

Boehringer Ingelheim s'est engagé dans la découverte et le développement de molécules innovantes pour les patients. Le Groupe développe de nouvelles molécules dans sept domaines thérapeutiques :

Maladies respiratoires	Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), asthme sévère, fibrose pulmonaire idiopathique, mucoviscidose
Maladies cardiovasculaires	Hypertension, infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, maladies thromboemboliques, athérosclérose
Maladies du système nerveux central (SNC)	Maladie de Parkinson, migraine, dépression, maladie d'Alzheimer, douleurs chroniques, baisse du désir sexuel féminin
Oncologie	Tumeurs solides et cancers hématologiques
Virologie	Maladies virales aiguës et chroniques, VIH, hépatite C
Maladies métaboliques	Diabète de type II, obésité, dyslipidémie
Immunologie et inflammation	Maladies auto-immunes : polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques et psoriasis

La recherche tient une place prépondérante chez Boehringer Ingelheim. Le Groupe développe un modèle de recherche innovant basé sur la décentralisation et la compétence des différents pays. La France y joue un rôle prépondérant notamment en oncologie en tant que référent pour de nombreuses études internationales.

La recherche clinique en France

En France, une centaine de collaborateurs de Boehringer Ingelheim sont investis en recherche clinique. L'équipe française de développement clinique participe à toutes les phases (I, II, III, IV) de recherche clinique sur les produits existants et à venir :

- 48 essais cliniques en France, 2 en Tunisie, 1 au Maroc
- 4 membres de groupe d'experts cliniques internationaux en SNC, cardiologie, oncologie
- 11 membres de groupes internationaux de réflexion thérapeutique dans tous les domaines
- Responsabilité mondiale de :
 - . 7 programmes de développement clinique en SNC, cardiologie, oncologie
 - . 18 études cliniques internationales en SNC, cardiologie, métabolisme, oncologie, virologie, pneumologie
 - . 4 programmes biostatistiques en oncologie, pneumologie
 - . biostatistiques dans 22 essais cliniques et data management dans 18 essais cliniques en SNC, cardiologie, oncologie, virologie, pneumologie

⑤ **Boehringer Ingelheim, expert en cardiovasculaire**

Boehringer Ingelheim est engagé dans la lutte contre les maladies cardiovasculaires depuis plus de 50 ans. Ses activités de R&D ont produit des médicaments majeurs, qui ont compté et comptent, de Cadehol® et Sympatol® à Pradaxa® en passant par Persantine® , Catapressan® , Asasantine® et Micardis®. Dès le début de cet engagement, les axes de recherche ont été ceux qui font aujourd'hui l'expertise du laboratoire et couvrent le champ de la maladie cardiovasculaire, de sa prévention, de ses facteurs de risque, tels l'HTA et le diabète, dans le cadre du respect et de l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Une étude a démontré qu'administrer un thrombolytique jusqu'à 4,5 heures après l'apparition des symptômes d'AVC ischémique aigu accroît la probabilité d'obtenir une évolution favorable avec peu ou pas de handicap.

La prise en charge post AVC peut donc être étendue à 4,5 heures ce qui offre des possibilités thérapeutiques supplémentaires. L'HAS* ne s'y est pas trompée et de nouvelles recommandations préconisent cette prise en charge étendue de 3 heures à 4,5 heures.

Avant ces résultats, les patients de plus de 80 ans ne devaient pas recevoir de thrombolytique post AVC. Au vu de ces résultats, l'HAS recommande leur prise en charge dans un délai de 3 heures par un thrombolytique.

Ces résultats devraient influencer favorablement sur les données de l'Organisation Mondiale de la Santé qui estime qu'au plan mondial, 5,7 millions de personnes décèdent chaque année d'un AVC. Parmi les survivants, 40% conservent des handicaps modérés à sévères qui dégradent souvent leur qualité de vie.

* Haute Autorité de Santé

⑥ **Boehringer Ingelheim France à l'écoute des associations de patients**

Boehringer Ingelheim s'attache à l'amélioration de la qualité de vie du patient en mettant à sa disposition des posologies simplifiées et en élaborant des formulations à libération prolongée. Pour être au cœur de ces préoccupations, Boehringer Ingelheim France est partenaire de nombreuses associations de patients :

Insuffisants Respiratoires (maladie BPCO)

- ↪ Fédération Française des Associations et Amicales de malades Insuffisants ou handicapés Respiratoires (FFAAIR)
- ↪ BREIZH O² Respirons ensemble
- ↪ A.I.R. KHMER
- ↪ Bol d'R

Parkinson

- ↪ France Parkinson
- ↪ Fédération Française des Parkinsoniens

Syndrome des Jambes Sans Repos (SJSR)

- ↪ Association française des personnes affectées par le SJSR

Accident Vasculaire Cérébral

- ↪ France AVC
- ↪ Les Aphasiques de France
- ↪ SOS AIT

Virologie (VIH)

- ↪ TRT5
- ↪ Dessine-moi un mouton
- ↪ Actions Traitements
- ↪ Act-up Paris
- ↪ Aides
- ↪ Les petits bonheurs

Oncologie

- ↪ Etincelle
- ↪ La Ligue contre le Cancer
- ↪ Europa Dona

Douleur

- ↪ Association francophone pour vaincre les douleurs (AFVD)

Divers

- ↪ Le Rire Médecin

09-453 09/2009

Nous vous remercions de bien vouloir tenir compte, dans l'utilisation que vous pourriez faire des informations contenues dans ce dossier, des dispositions du Code de la Santé Publique réglementant la publicité pour le médicament.



Pr. Xavier GIRERD

**Vice président de la Société Française
d'Hypertension Artérielle**

Le Docteur Xavier Girerd est cardiologue et Professeur de thérapeutique à la faculté Pierre et Marie Curie à l'Université Paris VI.

Il est responsable de l'unité de prévention des maladies cardiovasculaires dans le Pôle d'Endocrinologie du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière à l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris qui est reconnue comme Hypertension Excellence Center par l'European Society of Hypertension.

Actuellement Vice-Président de la Société Française d'Hypertension Artérielle, il a été Président du Comité Français de Lutte contre l'hypertension artérielle. Il est Fellow de l'European Society of Cardiology et de l'European Society of Hypertension.

Il est signataire de plus de 160 articles scientifiques dans des revues médicales internationales et son expertise dans le domaine de l'Hypertension artérielle est reconnue en France et en Europe.



Pr. Silla CONSOLI

Professeur de psychiatrie adulte à l'Université Paris Descartes,
Chef du service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison
Hôpital Européen Georges Pompidou de Paris

Le Pr Silla Consoli s'est beaucoup impliqué dans la promotion de la psychologie médicale et le développement de la psychiatrie de liaison en France (la psychiatrie de liaison consistant à offrir un appui psychologique à des patients suivis en médecine ou chirurgie pour des raisons somatiques).

Il a écrit, en partenariat :

- quelques ouvrages sur la psychiatrie ou la psychologie médicale,
- un essai psychanalytique sur le mythe de la sirène « La candeur d'un monstre »,
- un ouvrage en commun avec son épouse Sylvie « Psychanalyse, Dermatologie, Prothèses »,
- plusieurs petits ouvrages destinés aux médecins sur la communication médecin-malade,
- Il est le co-éditeur d'un ouvrage de « Psycho-oncologie », publié chez John Libbey Eurotext

Ses recherches ou celles de son groupe concernent prioritairement :

- l'observance,
- la relation médecin-malade et l'alliance thérapeutique dans diverses pathologies somatiques,
- la réactivité tensionnelle au stress,
- le rôle des facteurs psychologiques de risque ou de pronostic dans diverses affections somatiques,
- la régulation émotionnelle et l'alexithymie (ou difficulté à reconnaître et communiquer ses émotions).



Pr. Claire VACHERON MOUNIER-VEHIER

Service de Médecine Vasculaire (MV) et Hypertension artérielle (HTA)
Hôpital Cardiologique CHRU
59037 Lille Cedex

Professeur des Universités – Praticien hospitalier
Chef de service de médecine Vasculaire (MV) et Hypertension artérielle (HTA)
Membre de sociétés savantes internationales (European Society of Hypertension),
nationales (Société Française de Cardiologie), régionales.

Activités de soins de prévention/éducation

- PU-PH : structurer et développer la discipline vasculaire médicale avec la mise en place de partenariats multidisciplinaires sur le site CHRU et sur la région Nord-Pas de Calais ;
- Responsable de deux unités avec deux segments d'activité « médecine vasculaire » et « HTA », Hôpital Cardiologique, niveau 8, CHRU de Lille (hospitalisation conventionnelle et hospitalisation programmée) ;
- Consultations spécialisées de Médecine Vasculaire et d'HTA ;
- Accompagnement éducatif du patient à risque cardiovasculaire, s'inscrivant dans le Projet Régional de Santé Publique ;
- Mise en place d'un programme innovant médico-éducatif de rééducation « Rééduvasc ».

Activités universitaires

- Enseignement – formation
- Travaux de recherche collaboratifs, thématiques engagées en 2008-2009 : syndromes aortiques aigus, étude de l'HTA masquée, dysplasie artérielle rénale, rigidité aortique, démence vasculaires, éducation thérapeutique,....

Travaux publiés

- revues internationales et nationales
- chapitres d'ouvrage
- publications à visée didactique

Communications scientifiques

- 35 congrès nationaux
- 26 congrès internationaux avec comité de lecture : international Society of Hypertension, Journées européennes de Cardiologie,...
- 44 congrès nationaux avec comité de lecture
- Formations médicales continues : séminaire annuel de l'HTA et de la pathologie vasculaire,...