

# cahier **prévention**



*Le risque cardio-vasculaire global*

# Le risque cardio-vasculaire global



Le risque cardio-vasculaire global

Un concept pertinent

Une évaluation systématique au cabinet de médecine générale

Des personnes à risque à prendre en charge

De l'éducation à la santé aux traitements

# le sommaire

<b>Introduction</b>	<b>4</b>
1 \ Quelques rappels utiles	5
2 \ Le risque cardio-vasculaire global individuel : un concept pertinent	8
3 \ La prévention cardio-vasculaire : une évaluation systématique au cabinet de médecine générale	11
4 \ Des personnes à risque à prendre en charge : la santé globale	25
5 \ De l'éducation à la santé aux traitements : des modes de vie à changer	27
6 \ Conclusions : messages principaux concernant la démarche de prévention cardio-vasculaire	32

# Introduction



« Docteur, vous pouvez contrôler ma tension ? »

« Est-ce que je n'ai pas trop de cholestérol ? »

« Vous fumez ? »

« Que pouvons-nous faire ensemble  
pour vous aider à maîtriser votre poids ? »

« Bouger, c'est bon pour la santé.

*L'alimentation méditerranéenne aussi... »*

La prévention des maladies cardio-vasculaires est une activité quotidienne des généralistes.

C'est aussi une priorité : les maladies cardio-vasculaires restent la principale cause de décès dans nos pays industrialisés. Et, comme beaucoup d'autres pathologies, elles sont encore plus fréquentes chez les patients de milieux pauvres ou précarisés<sup>1</sup>.

En pratique cependant, il n'est pas toujours simple d'agir. D'abord parce qu'il est question de modifier des comportements, ce qui est

souvent un défi. Ensuite parce que les recommandations officielles en matière cardio-vasculaire évoluent chaque année et qu'il n'est pas toujours facile de s'y retrouver (faut-il se baser sur l'Indice de Masse Corporelle ou le rapport tour de taille/tour de hanche ? Faut-il utiliser la table SCORE ou une autre table ?)

Dans ce contexte, nous vous proposons un aide-mémoire de l'Institut de Médecine Préventive. Il présente les informations essentielles et concrètes pour la médecine générale. Il souligne l'importance de la notion de risque cardio-vasculaire global et de son dépistage; il offre une aide rapide, réaliste et validée pour effectuer ce dépistage dans la pratique courante ; il propose également des pistes pour une prise en charge optimale des patients.

Nous ne visons pas l'exhaustivité et nous invitons les lecteurs désireux d'en savoir plus à compléter leur information par la lecture des nombreuses publications consacrées à ce sujet. Nous ne manquerons pas, par ailleurs, de publier dans la Revue de la Médecine Générale et sur le site [www.promosante-mg.be](http://www.promosante-mg.be) les mises à jour éventuelles concernant ce domaine.

# 1. Quelques rappels utiles

## Les pathologies cardio-vasculaires et leurs facteurs de risque

### 1a. Epidémiologie

Les pathologies cardio-vasculaires représentent la principale cause de mortalité dans nos pays occidentaux.

En Belgique, elles tuent chaque année près de 40.000 personnes (figure 1).

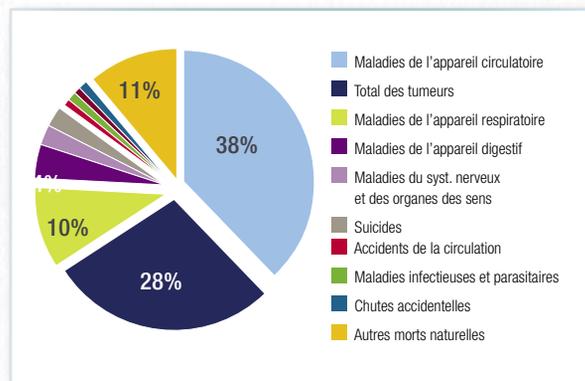


Figure 1 : Répartition des causes de mortalité en Belgique en 1997

Source: Institut Belge des Statistiques (1998) <sup>2</sup>

Les maladies cardio-vasculaires sont responsables de  $\pm$  1.900.000 décès annuels dans l'Union Européenne et de 4.350.000 décès annuels dans la région européenne de l'OMS (52 pays)!

Si les hommes décèdent de maladies cardio-vasculaires davantage que les femmes jusqu'à la soixantaine, la mortalité féminine rejoint et dépasse celle des hommes à un âge plus avancé (figure 2).

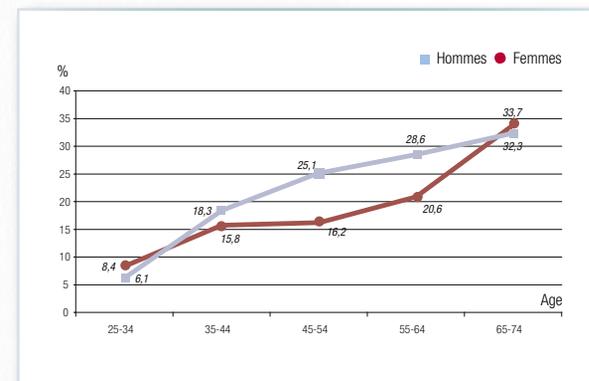


Figure 2 : Mortalité cardio-vasculaire en % de l'amortalité totale

selon l'âge et le sexe. Source: SMPA(1998) <sup>3</sup>

### **1b. Histoire naturelle**

Le processus qui sous-tend le développement des pathologies cardio-vasculaires est complexe. Nous vous proposons ici un rappel très schématique de l'histoire naturelle de ces maladies.

La paroi des artères se dégrade dès le très jeune âge. C'est du moins ce qu'on a pu observer par autopsie.

Le mécanisme principal de cette dégradation est lié au dépôt progressif de matières lipidiques (LDL cholestérol) au sein de la paroi artérielle. Les lipides infiltrés dans la paroi s'oxydent et attirent des monocytes. Certains de ceux-ci se transforment en macrophages biochimiquement actifs qui phagocytent les lipides oxydés, devenant ainsi des cellules spumeuses. Les monocytes activés sont par ailleurs responsables de la production de diverses molécules pro-inflammatoires qui altèrent à leur tour davantage la fonction endothéliale.

L'endothélium s'affine, par traction, et devient plus fragile, par étirement et par modification inflammatoire.

Les matières lipidiques infiltrées s'entourent d'une gangue fibromusculaire (collagène, fibres lisses venant de la media, matrice extracellulaire). L'épaisseur de la plaque augmente. Ces dépôts forment

une voussure plus ou moins épaisse d'abord vers l'extérieur mais ensuite vers l'intérieur de l'artère.

A ce stade, la lumière étant rétrécie, des symptômes peuvent se manifester et des pathologies se développer : angor, infarctus non-STEMI<sup>a</sup>, claudication, insuffisance rénale, claudication mésentérique, etc.

La suite naturelle du processus est la rupture de la couche endothéliale avec mise en contact du sang circulant et de la plaque. Celle-ci se voit alors recouverte d'une couche isolante de plaquettes qui, elles-mêmes vont s'agglutiner en amas capables de boucher complètement la lumière artérielle, se mêler à de la fibrine, coaguler le sang en contact. C'est la thrombose *in situ*.

Une autre évolution possible est le largage dans le torrent circulatoire d'embolies plaquettaires et/ou de matériel provenant de la plaque, qui iront obstruer des artères plus petites en aval. Les conséquences pathologiques de cette évolution sont : infarctus STEMI<sup>b</sup>, AIT, AVC, thrombose périphérique au niveau d'un membre, infarctus rénal etc.

a. non-STEMI = « non- ST elevation myocardial. Infarction »

b. STEMI = « ST elevation myocardial. Infarction »

### **1c. Les facteurs de risque**

De nombreux facteurs de risque et marqueurs<sup>c</sup> de risque sont connus au niveau cardio-vasculaire.

#### → *Intrinsèques* :

Certains facteurs de risque sont intrinsèques et ne sont pas accessibles (à ce jour) à des mesures préventives actives.

Il s'agit de l'âge, du sexe, des antécédents familiaux et de certaines caractéristiques métaboliques innées (la plus classique étant l'hypercholestérolémie familiale, p. ex.).

#### → *Extrinsèques* :

De nombreux facteurs de risque sont par contre accessibles à des mesures de prévention et sont, pour la plupart, liés aux modes de vie.

En fait, selon l'étude INTERHEART<sup>4</sup>, 6 facteurs de risque extrinsèques seulement et 3 facteurs protecteurs rendent compte des accidents cardio-vasculaires pour 90% chez

l'homme et 94% chez la femme et cela, partout dans le monde, quelle que soit l'ethnie, la civilisation ou la culture.

**Ces neuf facteurs sont les suivants:**

#### **6 facteurs de risque**

- Le tabac
- L'hypercholestérolémie
- Le diabète
- L'obésité, en particulier l'obésité abdominale
- L'hypertension artérielle
- Le stress (c'est la première étude qui le prouve)

#### **3 facteurs protecteurs**

- Un exercice physique suffisant chaque jour
- Une consommation modérée d'alcool (<14 unités de consommation/semaine)
- Un apport alimentaire suffisant en fruits et légumes

c. Un facteur de risque a prouvé une relation de cause à effet vis-à-vis d'une pathologie. Un marqueur de risque est statistiquement associé à une pathologie mais le lien de cause à effet n'est pas prouvé.

## 2. Le risque cardio-vasculaire global individuel : un concept pertinent

La notion de risque cardio-vasculaire global individuel est une notion assez récente ( $\pm$  1998<sup>5</sup>) même si cela faisait implicitement, confusément, déjà partie de la vision holistique que le médecin généraliste pouvait avoir de chacun de ses patients.

### 2a. Concept

Il s'agit de tenir compte et d'intégrer la totalité des facteurs de risque éventuels qui concernent un individu, de façon à en déduire une résultante qui établit un niveau de risque qui lui est personnel.

Cette évaluation tiendra compte, outre de la somme des facteurs de risque, de l'effet potentialisateur de certains d'entre eux sur l'impact de certains autres. Le risque global individuel ainsi établi déterminera la stratégie de prise en charge.

### 2b. Pertinence

Plusieurs arguments viennent étayer le concept de risque global.

Premièrement, l'acharnement à prendre en compte un facteur de risque déterminé risque d'en faire oublier ou minimiser d'autres, tout aussi délétables.

A contrario, un facteur de risque unique, même relevant, n'établit pas nécessairement un risque global élevé, si aucun autre ne vient le renforcer. *Par exemple, il est absurde de traiter par médicament le cholestérol mesuré à 234 mg/dl chez une femme jeune sans antécédent personnel ni familial, qui ne fume pas, ne prend pas la pilule, est normotendue, a une glycémie normale, est mince et pratique une activité physique régulière.*

Enfin, la concomitance de plusieurs facteurs de risque peu marquants peut passer spontanément inaperçue et faire sous-estimer le risque global réellement encouru.

### 2c. Conséquences

La première conséquence du concept de risque cardio-vasculaire global est qu'il a fallu établir des tables reprenant un certain nombre d'éléments de risque et les intégrant pour en déduire un niveau de risque global.

Les premières tables étaient dérivées de l'étude de Framingham (commencée en 1960, portant sur des populations américaines). Des **tables adaptées aux populations européennes** (12 populations, suivies depuis une quinzaine d'années) ont été construites par la suite. Ce sont les tables **SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)**.

Selon la table d'évaluation utilisée, le haut risque à 10 ans se définit à un niveau de :

- 20% (de risque d'accident coronarien, mortel ou non, de l'angor à la mort subite) pour Framingham
- 5% (de risque cardio-vasculaire, mortel) pour SCORE.

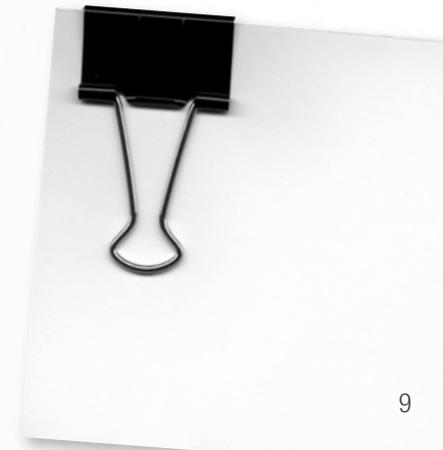
Les tables SCORE ont vocation d'être adaptées pour chaque pays européen. Cette adaptation a été faite pour la Belgique en 2004. Les tables « belges » ont, depuis, été adoptées par l'INAMI pour servir d'outil dans l'établissement de l'autorisation de remboursement de certains médicaments

Le **défaut** de ces tables réside dans l'impossibilité d'y inclure tous les facteurs de risque éventuellement pertinents. Seuls y sont repris l'âge, le sexe, le statut tabagique, la pression artérielle, le niveau de cholestérolémie (ou mieux du rapport cholestérol total sur HDL-cholestérol).

Certains éléments y échappent donc, comme les antécédents familiaux ou le périmètre abdominal pour ne citer que 2 des plus conséquents. Par ailleurs, il faut rappeler que **ces tables ne s'appliquent qu'en prévention primaire**, et que, donc, les patients ayant un antécédent cardio-vasculaire

personnel ou un diabète ne relèvent pas de cette démarche (haut risque d'emblée). Il en va de même des patients souffrant d'hypertension artérielle sévère ( $> 180/110$  mmHg), d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote (LDL-C  $> 240$  mg/dl) et d'insuffisance rénale chronique (créatinine  $> 2$  mg/dl ; GFR  $< 30$  ml/min).

Ceci est limitant dans le cadre d'une vision réellement globale de la santé cardio-vasculaire d'une personne et justifie certainement un abord clinique préalable à l'utilisation des tables, lequel permettra au médecin de prendre en compte bon nombre de caractéristiques individuelles.



Une autre conséquence du concept de risque cardio-vasculaire global concerne la prise en charge des patients. D'une part, certaines anomalies concernant un facteur de risque déterminé ne justifieront pas nécessairement un traitement énergique. D'autre part, un ensemble d'anomalies frustrées, non impressionnantes, mais multiples, relèveront bel et bien d'une prise en charge sérieuse parce que celles-ci s'additionnent et même, parfois s'amplifient l'une l'autre (*exemple : oxydation du LDL cholestérol et tabac*). Cela peut nous amener à modifier nos habitudes.

Enfin, une troisième conséquence de ce concept est que l'abord global de l'évaluation du risque amène naturellement le médecin à un abord global de la prise en charge du patient. On tient alors davantage compte des modes de vie des gens, de leurs souhaits, projets et capacités, à côté d'un traitement médicamenteux éventuel.

*On sait, par exemple, qu'il est plus rentable de prôner l'activité physique car elle aura un impact sur les chiffres tensionnels, le poids, la qualité de l'alimentation, la cholestérolémie, la glycémie, etc. sans parler du bien être de vie, par rapport à l'administration d'un médicament qui tentera de corriger une seule anomalie, au prix éventuel de certains effets secondaires.*

Qui plus est, un facteur de risque déterminé reconnu pour son impact cardio-vasculaire peut l'être aussi pour bien d'autres pathologies.

Par exemple, il est incohérent de considérer le tabagisme comme facteur de risque pour son effet délétère sur les artères et pour le cancer bronchique, en oubliant les cancers de gorge, de vessie, du sein, la BPCO, etc



## 3. La prévention cardio-vasculaire : une évaluation systématique au cabinet de médecine générale

### 3a. Le dépistage des facteurs de risque

Parce qu'il cumule les effets potentiels de plusieurs facteurs, parfois frustrés, le concept de risque cardio-vasculaire global peut amener à dépister des personnes à risque qui sont totalement asymptomatiques. Comme aucun signe ne vient les alerter, les patients ne se savent donc pas à risque.

*Plusieurs études ont montré que 50 % des patients de 30 ans et plus vus en médecine générale présentent un risque cardio-vasculaire global nécessitant un suivi. Le dépistage précoce est donc indispensable si l'on veut diminuer la mortalité et la morbidité dues aux maladies cardio-vasculaires.*

Selon les recommandations européennes de 2003 et 2007, l'appréciation du risque cardio-vasculaire global implique de faire, chez presque tous les patients<sup>d</sup>, une prise de sang, le recueil des facteurs de risque classiques, et l'appréciation du niveau de risque en utilisant la charte SCORE.

d. Pas chez ceux à haut risque suite à 3 maladies spécifiques, comme l'hypertension artérielle sévère (> 180/110 mmHg), l'hypercholestérolémie familiale hétérozygote (LDL-C > 220 mg/dl) et l'insuffisance rénale chronique (créatinine > 2 mg/dl ; GFR < 30 ml/min).

Pour faciliter cette démarche en médecine générale, une approche complémentaire a été élaborée par une équipe médicale de l'UCL<sup>6</sup>. Cette approche simplifie le dépistage **en triant d'abord les patients en niveaux de risque sur une base purement clinique, sans recours à la prise de sang ni à la charte du risque**. Pratiquement un patient sur 2 peut ainsi être classé d'emblée (niveau bas ou haut), le reste étant à risque indéterminé. Un algorithme simple et validé reprend cette démarche clinique. Il a été retenu par consensus en 2003 par les principaux groupes de médecins actifs en prévention cardio-vasculaire en Belgique francophone. Il sert également de base aux Recommandations de Bonne Pratique rédigées par Domus Medica (Société représentant les médecins généralistes en Flandre) et validées par le Cebam (Centre Belge d'Evidence Based Medicine) début 2007.

Pour intégrer l'algorithme dans la pratique, un outil a été rédigé par l'asbl « **Promotion Santé et Médecine Générale** ». Cet outil a pris la forme d'une plaquette (disponible sur le site [www.promosante-mg.be](http://www.promosante-mg.be)). Son but est d'**aider le médecin généraliste à classer les patients adultes (entre 30 et 75 ans) selon leur niveau de risque, et à**

**progressivement négocier avec eux des changements de modes de vie, voire la prise de médicaments si nécessaire, afin de diminuer leur niveau de risque.** Car dépister ne suffit pas. Il faut aussi mettre en place la prise en charge du risque calculé. Or cela implique souvent de promouvoir des changements de comportements, mission difficile s'il en est !

### **3b. Les trois étapes du dépistage des facteurs de risque**

→ *Dépister les facteurs de risque : ABCDEFGH*

**Six questions et deux mesures physiques, rapides et simples, permettent de tenir compte rapidement de 8 facteurs de risque. Elles sont résumées par les 8 premières lettres de l'alphabet (moyen mnémotechnique):**

#### **Six questions :**

Elles portent sur:

- **A:** l'âge (> 50 ans chez l'homme ou la femme);
- **B:** le tabagisme quotidien (B pour briquet);
- **C:** le cholestérol [notion de mauvais cholestérol trop élevé (LDL-cholestérol) et/ou de bon cholestérol trop bas (HDL-C)];

- **D:** le diabète de type 2;
- **E:** des antécédents cardio-vasculaires personnels (E pour événement), et
- **F:** des antécédents cardio-vasculaires précoces dans la famille au 1er degré (F pour famille) (précoce : voir l'encadré de la page 13).

#### **et deux mesures physiques :**

- **G:** l'excès de graisses présent en cas d'obésité, défini par un tour de taille excessif (> 88 cm chez la femme, > 102 cm chez l'homme) et/ou par un Indice de Masse Corporelle (IMC) > 30 kg/m<sup>2</sup> (IMC = poids en Kg, divisé par le carré de la taille en mètre);
- **H:** l'hypertension considérée présente si elle est traitée et/ou si des valeurs de pression artérielle élevées sont mesurées à plusieurs reprises (pression artérielle systolique > 140 mmHg et/ou pression artérielle diastolique > 90 mmHg).

*Cette démarche concerne tous les patients, hommes et femmes, de 30 à 75 ans.*

*Résumé des principaux facteurs cliniques à collecter*

A= Age  $\geq 50$  ans

B= Briquet pour tabac ( $\geq 1$  cigarette par jour)

C= Cholestérol (notion anamnestique de cholestérol défavorable, le bon ou le mauvais)

D= Diabète (notion anamnestique de diabète de type 2)

E= Évènement  
(antécédent cardio-vasculaire ischémique personnel)

F= Antécédent cardio-vasculaire familial précoce (infarctus, pontage, dilatation ou mort subite chez le père, la mère ou dans la fratrie avant 55 ans chez un homme et 65 ans chez une femme)

G= Graisse = Index de masse corporelle  $> 30 \text{ kg/m}^2$  et/ou tour de taille  $> 102 \text{ cm}$  chez les hommes et  $88 \text{ cm}$  chez les femmes

H= HTA = hypertension traitée ou pression artérielle mesurée  $\geq 140/90 \text{ mmHg}$

→ Déterminer le niveau de risque cardio-vasculaire

Une fois les 6 questions posées et les 2 mesures physiques effectuées (ABCDEFGH), il est possible de classer chaque patient dans un groupe de risque cardio-vasculaire.

Quatre options existent:

- 1- Les personnes qui n'ont aucun des 8 facteurs de risque clinique. Elles sont d'emblée à bas risque. Elles n'ont donc pas encore 50 ans. Tout va pour le mieux sur le plan des artères. Elles portent la couleur **VERTE**.
- 2- Les personnes qui n'ont aucun facteur de risque sauf le tabac (cigarette fumée chaque jour); elles n'ont donc pas non plus atteint l'âge de 50 ans. Elles reçoivent la lettre « B » (Briquet) et on leur attribue la couleur **BRUNE** tant que l'arrêt du tabagisme n'est pas encore réussi. L'essentiel du risque cardio-vasculaire lié au tabagisme s'effacerait après deux ans de sevrage.

- 3- Les personnes qui ont déjà souffert d'un accident cardio-vasculaire (E) et celles qui présentent un diabète de type 2 (D). Elles sont d'office à haut risque et sont dans la couleur **ROUGE**. Les traitements aideront au contrôle de leur risque.
- 4- Enfin les personnes, qui présentent un ou plusieurs autres facteurs de risque (Age, Cholestérol, Familial, Graisse, Hypertension). Elles sont à risque encore indéterminé au terme de ce dépistage clinique, et reçoivent momentanément la couleur **GRISE**. Chez elles, la démarche diagnostique doit être poursuivie par une prise de sang et l'utilisation de la charte SCORE du risque global, adaptée à la Belgique. Cette dernière attribuera à ces patients un niveau de risque cardio-vasculaire bas (**VERT**), moyen (**ORANGE**) ou élevé (**ROUGE**).

**Une prise de sang est donc nécessaire à la détermination du niveau de risque uniquement chez les personnes du groupe gris!**

L'analyse du sang doit mesurer au minimum la glycémie à jeun, le cholestérol total (CT) et le HDL-cholestérol (le bon cholestérol). Ces 2 mesures du CT et HDL permettent de quantifier la toxicité du cholestérol pour les artères à l'aide du rapport CT/HDL. Notons qu'un rapport CT/HDL inférieur à 3,5 est optimal; inférieur à 4,5 est favorable; entre 4,5 et 5,5 est limite; et si supérieur à 5,5 est défavorable.

La prise de sang étant faite à jeun, elle devrait aussi mesurer les triglycérides pour permettre le calcul du LDL-C.

L'algorithme de prévention cardio-vasculaire résume ces différentes options.

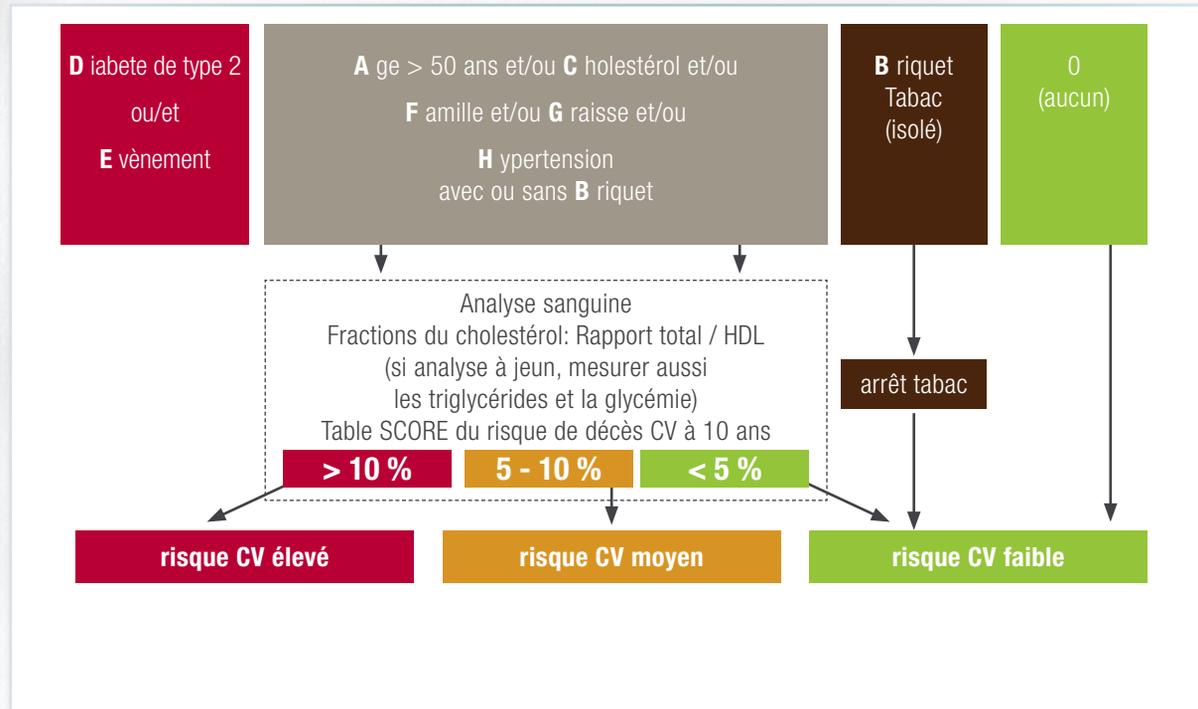


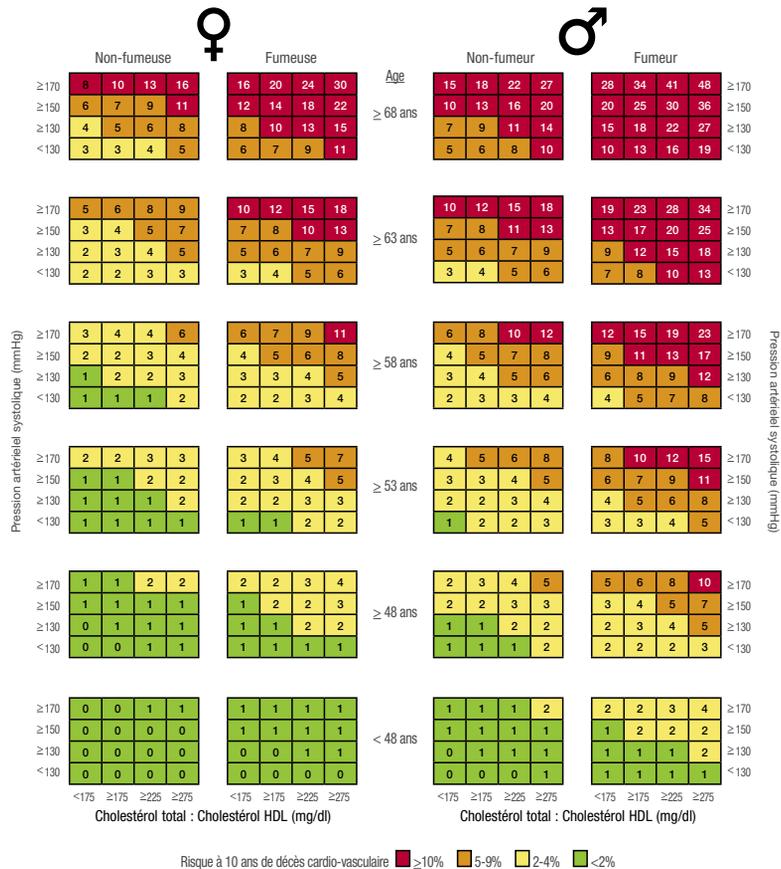
## Résumé des étapes 1 et 2 : L'algorithme de prévention cardio-vasculaire

### Étape 1. Dépistage clinique des facteurs de risque

→ 6 questions (A B C D E F) & 2 mesures physiques (G H)

### Étape 2. Classification en niveaux de risque





Pour calculer le risque global et donc l'interaction entre les différents facteurs de risque, des **tables** (chartes) sont nécessaires. Elles reposent sur les résultats de travaux scientifiques dans des populations où l'on a étudié l'apparition des accidents d'origine vasculaire, de nature cérébrale et/ou cardiaque, en fonction des principaux facteurs de risque.

Les tables SCORE se basent sur 12 populations européennes, suivies depuis une quinzaine d'années.

Elles estiment le risque de décéder d'un accident cardiaque ou cérébral dans les 10 ans. Ce système de calcul de risque intègre également les paramètres suivants : l'âge, le tabagisme, le sexe, la pression artérielle systolique et le cholestérol (cholestérol total ou son ratio total/HDL).

### ***c. Etablir les principales cibles thérapeutiques***

Déterminer le niveau de risque du patient n'est évidemment pas un but en soi. Il faut ensuite agir pour faire en sorte de diminuer ce risque.

Des objectifs doivent alors être fixés, objectifs qui différeront selon le niveau (couleur) de risque cardio-vasculaire : vert, brun, orange ou rouge.

#### ***VERT: le risque cardio-vasculaire est faible***

Un risque faible n'est pas un risque nul. **Des conseils de modes de vie sains peuvent être donnés : alimentation saine de type méditerranéen et pratique régulière d'activités physiques.**

Le risque faible sera réévalué tous les 3 à 4 ans.

*L'expression "régime méditerranéen" fait référence aux habitudes alimentaires traditionnelles qui persistaient au début des années 1960 dans quelques régions méditerranéennes comme la Crète, certaines parties de la Grèce et l'Italie du Sud.*

### ***Ce régime se caractérisait essentiellement par:***

- *des aliments d'origine végétale en grande quantité (fruits, légumes, pain, autres formes de céréales, pommes de terre, haricots, noix et graines diverses);*
- *des aliments peu traités, consommés en saison et produits localement;*
- *un fruit frais comme dessert quotidien typique avec de rares pâtisseries contenant des sucres concentrés ou du miel;*
- *des matières grasses apportées principalement par l'huile d'olive;*
- *des produits laitiers (surtout fromages et yaourts) consommés quotidiennement en quantités modérées;*
- *du poisson et des volailles en quantités faibles à modérées;*
- *peu de viande rouge;*
- *une consommation faible à modérée de vin, en général pendant les repas (moins de 21 verres/sem. pour les hommes et 14 pour les femmes).*

*Ce régime était donc pauvre en graisses saturées (< 7 à 8% des apports énergétiques), mais riche en acide gras mono-insaturés et en acides gras essentiels (EPA et DHA, c.à.d. les fameux "omega-3"). Les graisses étaient limitées à 25 à 35% des apports énergétiques quotidiens, compris entre 2.500 et 3.000 kcal/j. La consommation de légumes, fruits et céréales complètes était importante. Par ailleurs, le travail aux champs et à la maison ainsi que les déplacements impliquaient un exercice physique régulier.*

***Une activité physique régulière contribue à la prévention des maladies cardio-vasculaires mais aussi du diabète de type 2, des troubles dépressifs et de l'anxiété. Elle exerce également une influence positive sur l'évolution des maladies chroniques, allant d'un meilleur bien-être à une diminution du taux de mortalité.***

*30 minutes par jour d'une activité physique légère suffisent. Les activités sportives comme les activités de la vie quotidienne (monter les escaliers, marcher, tondre le gazon...) interviennent dans le décompte. Pourtant, plus de 65% de la population des pays développés ne pratiquent pas assez d'activités physiques.*

### **BRUN: le risque cardio-vasculaire est essentiellement lié au tabagisme**

L'attention médicale doit se focaliser sur l'abandon des habitudes tabagiques. En 2 ans, les patients reviennent à un risque proche de celui d'un non fumeur quand ils parviennent à se défaire du tabagisme.

Les conseils personnalisés (donnés par des médecins, des infirmier(e)s) et les substituts nicotiques (gommes, patches, tablettes) ont démontré leur efficacité dans l'arrêt du tabagisme. Le suivi et l'accompagnement du patient sont essentiels. Dans certains cas particuliers, une aide médicale spécifique avec des molécules comme le bupropion (Zyban©) ou la varenicline (Champix©) pourra être envisagée en tenant à chaque fois bien compte de la balance risques/bénéfices de ce type de traitement.

Le choix de la meilleure méthode d'arrêt est fonction du niveau des dépendances physique, psychologique et comportementale du fumeur (évaluables par un questionnaire standardisé). Pour être efficace, la méthode sera mise en œuvre dès que le fumeur est arrivé à une décision d'arrêt.

Plusieurs tentatives sont souvent nécessaires avant l'abandon complet et définitif du tabagisme. Une réduction progressive de la consommation de cigarettes mène fréquemment à un échec. Par contre, un arrêt complet, à une date choisie comme étant favorable, est plus efficace. Ce peut être

le début des vacances, l'inscription dans un club sportif, un jour d'anniversaire... Une approche multidisciplinaire dans un centre d'aide aux fumeurs améliore le taux de réussite.

**ORANGE: le risque cardio-vasculaire est moyen**

Les patients dans cette situation sont nombreux. Plus du tiers des accidents cardio-vasculaires surviennent chez eux.

**Six cibles sont visées dans la prise en charge du risque moyen (tableau ci-contre).**

Le sevrage tabagique, l'adoption d'une alimentation de type méditerranéen et la pratique d'activités physiques régulières sont les pierres angulaires de la prévention. Il faut également veiller à normaliser la pression artérielle (< 140/90 mmHg). Si la modération des apports en sel de cuisine (max. 6 g/j), une alimentation saine et un poids normal ne suffisent pas, il importe d'ajouter un ou des médicament(s) anti-hypertenseur(s).

De plus, des traitements médicamenteux de l'agrégation plaquettaire (acide acétylsalicylique...) et de la synthèse du cholestérol (statine...) seront envisagés au cas par cas.

**Un risque moyen doit être réévalué tous les ans.**

***Les 6 cibles thérapeutiques du risque cardio-vasculaire moyen***

- Absence de tabagisme (actif ou passif)
- Adoption d'une alimentation de type méditerranéen
- Pratique d'activités physiques régulières (≥ 30 min./jour)
- Pression artérielle normale (systolique <140 mmHg et diastolique <90 mmHg)
- Anti-agrégant plaquettaire éventuel (acide acétylsalicylique, ...)
- Hypocholestérolémiant éventuel (statine, ...)

## Cas clinique

À 59 ans, André est un bon vivant, il ne s'en cache pas. Sa "brioche" en atteste. Au cours d'une visite chez son médecin traitant, André passe en une minute au travers du filtre ABCDEFGH pour identifier ses facteurs de risque.

On (re)découvre, outre son âge à risque (A), des notions de cholestérol perturbé (C), une obésité abdominale (G) ainsi qu'une hypertension légère à 145 mmHg (H). Heureusement, il n'est ni fumeur, ni diabétique, et il n'y a pas eu d'accident cardio-vasculaire précoce chez ses proches.

Son risque est donc cliniquement "indéterminé" (couleur grise). Dès lors, une prise de sang et le calcul du risque par la charte sont requis. La prise de sang est faite à jeun et montre une glycémie normale, mais confirme que l'équilibre du cholestérol est perturbé, avec un peu trop de "mauvais" et pas assez de "bon" (le rapport CT/HDL est élevé à 5,2). La charte SCORE indique que son risque de décéder d'un accident cardio-vasculaire dans les 10 ans est de l'ordre de 4%; il est dans le groupe ORANGE.

André présente toutes les caractéristiques du syndrome métabolique, lié à son obésité abdominale et associant plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire modérément perturbés. Il ne fume pas, c'est déjà ça, mais il serait bénéfique qu'il bouge régulièrement et modifie ses habitudes alimentaires.

Quelques mois plus tard, on le retrouve légèrement amaigri. Son médecin est satisfait, car une perte de poids de 5 à 10% suffit pour obtenir l'essentiel des bénéfices santé. En outre, conjuguée à l'exercice physique, cette perte de poids a permis de retrouver une tension artérielle normale sans devoir recourir aux médicaments. Sa tension est redevenue inférieure à 130 mmHg et son rapport CT/HDL est tombé à 4,3 grâce à l'augmentation du bon cholestérol HDL et à la diminution du cholestérol total.

André aussi est satisfait, d'autant plus que l'alimentation méditerranéenne lui plaît vraiment. Et il retrouve son fils au travers de certains jeux et de belles ballades.

Si l'évolution n'avait pas été aussi favorable, les prescriptions d'acide acétylsalicylique et d'une statine auraient pu être envisagées et discutées.

**ROUGE: le risque cardio-vasculaire est élevé!**

L'athérosclérose est la même maladie, quel que soit le profil des facteurs de risque responsables du haut risque cardio-vasculaire. Aussi, le même traitement sera appliqué chez tous les patients dans cette situation de risque élevé.

En cas de risque élevé, douze cibles thérapeutiques sont visées (voir tableau p. 22).

**Le sevrage tabagique, l'adoption d'une alimentation de type méditerranéen et la pratique d'activités physiques régulières sont ici aussi essentiels. Le contrôle du risque élevé se poursuit par l'utilisation de 3 classes médicamenteuses, chacune efficace dans l'inhibition d'un processus majeur intervenant dans l'athérosclérose.**

- D'abord, l'inhibition des **plaquettes (P)**  
(acide acétylsalicylique, ...);
- puis l'inhibition du **cholestérol (C)**  
(principalement par les statines);
- enfin l'inhibition de la contraction de la paroi des **artères (A)**  
(principalement par les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, IEC).

Chacune de ces 3 classes médicamenteuses réduit d'un tiers environ les accidents cardio-vasculaires. L'administration concomitante de ces 3 types de médicaments diminue en théorie d'environ 60 à 70% le risque élevé, qui dès lors redevient orange, voire vert !

Les récentes modifications des règles de remboursement de certains IEC et statines permettent leur remboursement en cas de risque cardio-vasculaire élevé, et ce, quelles que soient les valeurs de cholestérol et de pression artérielle.

Il n'y a donc plus d'obstacle financier à cette **“trithérapie cardio-vasculaire”** chez les patients à haut risque.

**Un risque élevé doit être réévalué 3 à 4 fois par an.**

### *Les 12 cibles thérapeutiques du risque cardio-vasculaire élevé (pas pour l'ensemble de la population)*

#### *Six cibles principales (dont l'impact est le mieux prouvé)*

- **O = 0** : absence de tabagisme
- **M = Méditerranéen** comme type d'alimentation
- **E = Exercices** physiques réguliers, 30 min/j
- **P = Plaquettes** inhibées (acide acétylsalicylique, ...)
- **C = Cholestérol** inhibé (statine, ...)
- **A = Angiotensine** inhibée (IEC, ...)

#### *Et six autres cibles secondaires*

- Si diabète, HbA1C normale < 7% (ou mieux <6,5%)
- Cholestérol total optimal < 175 mg/dl (voire <155)
- LDL-Cholestérol optimal < 100 mg/dl (voire <80)
- Pression systolique optimale < 130 mmHg
- Pression diastolique optimale < 85 mmHg
- Masse Corporelle (IMC) normale < 25 kg/m<sup>2</sup>

Les lettres OME et PCA constituent un moyen mnémotechnique

Attention: les cibles à atteindre sont comme leur nom l'indique des cibles et non des normes. Elles sont "ce vers quoi" on doit tendre, ce qui pousse à entamer et maintenir un processus de prise en charge. Ne pas y arriver ne doit pas être interprété comme un échec mais comme le signe que le suivi est nécessaire et doit subsister.

### Cas clinique

*Jean a 57 ans. Son médecin généraliste vient de lui découvrir diabète et hypertension. Que doit-on en penser?*

*Le diabète de Jean le met directement dans la catégorie des sujets à risque cardio-vasculaire élevé. Le fait qu'il soit hypertendu n'est guère étonnant, car deux tiers des personnes diabétiques souffrent d'hypertension (sans s'en rendre compte). Ce diabète n'est pas une surprise: plusieurs membres de sa famille sont devenus diabétiques, et sa glycémie à jeun augmentait peu à peu depuis des années.*

*Comme Jean est à risque élevé, on le traite en commençant par le commencement, c.à.d. les modes de vie, pour rechercher les cibles O M E (voir l'encadré p. 22) et on lui propose la prise des trois médicaments qui protègent ses artères, afin de rencontrer les cibles P C A.*

*Comme les autres patients à risque élevé, Jean recevra une statine (diminution des plaques de cholestérol), de l'acide acétylsalicylique (afin de prévenir la formation d'un caillot artériel), et un régulateur de la pression artérielle (pour protéger les parois artérielles). On ne lui proposera pas les médicaments antihypertenseurs de "première ligne" mais un IEC qui protégera ses artères, en association avec un ou même 2 autre(s) médicament(s) antihypertenseur(s) pour atteindre une pression artérielle optimale (< 130/85 mmHg).*



## Questions fréquentes à propos de l'algorithme

→ ***Dans les facteurs de risque dépistés (ABCDEFGH), se trouve le C pour "Cholestérol". Cela signifie-t-il qu'une prise de sang est systématiquement requise?***

Pas du tout, il s'agit bien d'une donnée clinique (anamnestique), càd déduite de la conversation qui a lieu entre le médecin et son patient ("Avez-vous déjà présenté une anomalie du cholestérol?"). La même remarque vaut pour le D de "Diabète".

→ ***Quand un ex-fumeur (couleur brune) peut-il être considéré comme non-fumeur d'un point de vue risque cardio-vasculaire?***

On avait coutume de considérer qu'après deux ans d'abstinence, le risque cardio-vasculaire était normalisé. Des éléments récents sont moins optimistes.

→ ***Quand doit-on considérer quelqu'un comme fumeur actif?***

Une cigarette (ou autre unité de tabac) par jour suffit pour accéder à ce statut, car cela suffit pour irriter les parois des artères (effet abrasif de type « papier de verre »).

→ ***Des facteurs de risque comme la sédentarité, le stress ou la nutrition ne figurent pas dans le recueil des facteurs de risque. Pourquoi?***

Ce n'est pas un oubli. Ces situations sont bien associées aux accidents cardio-vasculaires, mais ne peuvent pas être considérées pour autant comme facteurs de risque indépendants. Cela signifie qu'elles ne font que contribuer aux facteurs de risque majeurs de l'ensemble ABCDEFGH. À noter que l'alcool à faible dose n'est pas un facteur de risque cardio-vasculaire, mais il l'est à dose plus importante, comme pour d'autres maladies du foie ou du système nerveux, notamment.

→ ***Si le risque CV est indéterminé (gris) et nécessite donc une prise de sang, quelle est la limite de validité des résultats d'une prise de sang antérieure?***

Six mois semble le délai au-delà duquel une prise de sang est "périmée". Vu la variabilité biologique du cholestérol et le degré de précision des laboratoires ( $\pm 5\%$ ), il est préférable de se baser sur la moyenne de 2 mesures (qui peuvent ne pas avoir été faites à jeun).

→ ***L'hypertension sévère est un facteur de risque sévère, mais ne se retrouve pas dans l'algorithme: pourquoi?***

La typologie de l'HTA sévère ( $> 180$  ou  $> 110$  mmHg) est reconnue comme équivalente de haut risque et figure dans le carré rouge d'emblée, tout comme, d'ailleurs, l'hypercholestérolémie sévère (cholestérol total  $> 320$  ou LDL-C  $> 240$  mg/dl) qui signe souvent la présence d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote (1/500 personnes). Pour éviter de surcharger l'algorithme, nous n'avons retenu que les typologies les plus fréquentes (D+ et/ou E+).

→ ***La personne à risque intermédiaire (couleur orange) peut-elle bénéficier d'une prévention primaire par acide acétylsalicylique (AAS)?***

Les avantages (protection contre la formation d'un caillot artériel) et les inconvénients (risque de saignement) doivent être mis en balance chez ces patients à risque moyen. L'AAS peut, mais ne doit pas, être proposé aux patients à risque moyen. Idem pour une statine, qui est à envisager chez les patients à risque intermédiaire.

## 4. Des personnes à risque à prendre en charge : la santé globale

L'approche globale et simultanée des huit principaux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires et le passage par les tables permettent de situer tous les patients de 30 à 75 ans dans quatre catégories de risque cardio-vasculaire global : tabagisme isolé, risque bas, risque moyen ou risque élevé.

De manière générale, la moitié des patients ainsi dépistés sont à risque et nécessitent un suivi, faute de quoi leur risque augmentera<sup>7</sup>. Mais nous savons tous que certains contextes de vie fragilisent le patient, l'empêchent de lâcher sa cigarette, de manger mieux, de bouger plus : ruptures sociales et familiales, isolement, chômage, conditions de travail ou de logement, ... Ce n'est pas notre affaire ? Si, parce qu'en médecine générale, nous considérons chaque patient dans sa globalité et nous connaissons son contexte de vie<sup>8</sup>.

Bien sûr, nous ne pouvons pas tout changer ! Mais nous pouvons être attentifs à ces fragilités, à ces contextes de vie. Et cela nous permettra de mieux comprendre, avec le patient, quels changements sont possibles pour lui, de quel soutien médical ou non médical il aurait besoin, comment développer ses compétences...

Cherchons ensemble ce qui peut être modifié, ouvrons le dialogue. Dialogue pour améliorer la compliance et la santé, selon nos désirs de médecin... Dialogue pour développer l'autonomie et la santé, selon les désirs du patient... Dialogue et concertation avec nos collègues diététiciens, médecins spécialistes ou travailleurs sociaux...

## Santé subjective et santé objective<sup>9</sup>

« *Ma santé, c'est d'abord comment moi je vis, comment je me sens. En moi et avec les autres* », dit le patient.

C'est la santé **subjective**.

« *Mais, même si je me sens bien, cela ne veut pas dire que je ne suis pas à risque d'être atteint de l'une ou l'autre maladie* »

« *Votre santé, c'est aussi comment moi, médecin, je la perçois,* » dit le médecin.

« *Votre santé, c'est également le résultat des mesures du fonctionnement de votre cœur, de vos poumons, de votre tension... Ou encore votre niveau de risque de faire une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral dans les années à venir, c'est-à-dire votre risque cardio-vasculaire global* ».

C'est la santé **objective**.

Ces deux visions sont indispensables, elles se complètent mutuellement. L'idéal est que chacun – patient et médecin – prenne en compte la vision de l'autre pour compléter la sienne. Qu'ils construisent ensemble une vision commune de la santé, à la fois subjective et objective.



## 5. De l'éducation à la santé aux traitements : des modes de vie à changer <sup>10</sup>.

### 5a. Changer les habitudes de vie

Parmi les différentes cibles évoquées dans la prise en charge du risque cardio-vasculaire, 3 concernent des habitudes de vie :

#### **Le tabac**

→ absence de tabagisme

#### **L'alimentation**

→ alimentation méditerranéenne

#### **L'activité physique**

→ 30 minutes par jour d'exercices physiques

Or, chacun le sait, changer les habitudes de vie constitue un défi de taille.

Le premier rôle du médecin généraliste est alors d'informer... mais beaucoup de patients connaissent déjà l'essentiel et ne changent pas d'habitudes pour autant. Il est clair que, bien souvent, la simple information ne suffit pas.

*Il n'est pas facile pour le patient de se découvrir porteur d'un risque qu'il ne soupçonnait pas et dont il ne ressent peut-être aucun effet. Cette annonce l'engage, ainsi que son médecin, dans une longue aventure !*

*Il faudra le motiver à entreprendre des changements parfois difficiles, sans mettre la barre trop haut ; accompagner ses moments de découragement, trouver avec lui comment développer des habitudes, des compétences nouvelles ; trouver les mots justes pour qu'il découvre ses propres ressources et garde confiance en lui, en nous ; l'aider à explorer ce qui peut l'aider – par exemple, aller vers un club de marche, découvrir de nouvelles recettes avec une diététicienne, ...*

*Dans ce trajet, il faudra être attentif à lui donner une information utile, au moment où il peut l'entendre, dans des mots qu'il peut comprendre.*

On ne le répétera jamais assez : les médecins généralistes sont de puissants agents de changements ! Leurs interventions, même courtes, peuvent avoir une portée non négligeable ; une réflexion faite au bon moment, quelques minutes consacrées peuvent constituer des éléments déclencheurs. Il y a cependant un réflexe à acquérir : celui d'aborder ces sujets d'une façon non culpabilisante<sup>11</sup>.

Un atout essentiel pour développer une « pédagogie active » est la relation personnelle, faite d'écoute et de confiance, que nous avons construite avec nos patients. Nous connaissons bien le contexte individuel de nos patients. Leurs motivations, représentations, priorités, connaissances, capacités de changement, leur environnement,... Or pour les changements de comportement, rien de tel qu'une approche centrée sur les patients : ce sont eux qui définissent leurs priorités, nous les aidons à établir des objectifs réalisables et concrets en évitant ainsi de viser trop de changements à la fois.

**Nous pouvons le faire seul et avec d'autres.** Il ne faut certes pas hésiter à faire appel à d'autres ressources pour aider les patients à changer leurs habitudes de vie ; que ce soit d'autres professionnels de la santé tels que des diététiciens, des tabacologues, des thérapeutes comportementaux mais aussi à les envoyer vers des centres sportifs, des piscines, des cours particuliers.

En effet, des recommandations trop floues laissent souvent le patient démuni face à sa situation.

Le patient se sentira d'autant plus soutenu si lui sont remises (après discussion) des adresses bien précises dont il sent qu'elles ont toute la confiance de son médecin.

**Souvent, on se décourage;** autant le professionnel que le patient d'ailleurs.

→ Tout d'abord, il y a les rechutes, les abandons. Il est important de savoir et de faire savoir que c'est tout à fait normal : cela fait partie du cycle du changement (Prochaska et Di Clemente)<sup>12</sup>. Très peu de personnes arrivent à changer de comportement dès la première tentative. Ne laissez pas votre patient se décourager. Au contraire, encouragez-le à réessayer à nouveau, en soulignant qu'une rechute peut fournir de l'information précieuse pour une prochaine tentative. Rappelez-vous que les patients sont vulnérables aux rechutes des mois encore après leur changement de comportement et envisagez d'emblée un suivi à long terme.

→ Ensuite, mieux vaut s'armer de patience et avoir des attentes réalistes car les patients ne peuvent changer du jour au lendemain. Les réussites se mesurent d'ailleurs de bien des façons. Par exemple, une augmentation de la motivation à changer est un pas dans la bonne direction, et il faut féliciter le patient pour chaque petit pas effectué.

### **5b. L'entretien motivationnel**

L'entretien motivationnel (Miller et Rollnick<sup>11</sup>) développe une approche relationnelle centrée sur le patient, se basant sur la collaboration, l'autonomie du patient et l'évocation par le patient de son opinion et de ses propres solutions. Il s'appuie sur les outils de la communication (la reformulation-reflet, les questions ouvertes, la valorisation et les résumés) pour amener le patient, dans un climat de non-jugement, de confiance et d'empathie, à explorer son ambivalence afin de pouvoir la résoudre. Le soignant devient un guide qui aide le patient à trouver son chemin vers le but qu'il s'est lui-même fixé.

L'entretien motivationnel est une approche validée qui a fait l'objet d'une revue systématique et d'une méta-analyse<sup>13</sup>.

La définition exacte de l'entretien motivationnel est la suivante:

*« Méthode de communication directive, centrée sur la personne, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. »*

L'ambivalence est naturelle devant toute perspective de changement. En la respectant, en l'explorant, en élucidant les valeurs propres et les perceptions du sujet (centrée sur la personne), la relation vise à augmenter la motivation au changement (directive). C'est au patient de formuler les arguments (motivation intrinsèque) en faveur du changement. Ses préoccupations prennent le pas sur celles de l'intervenant.

Les principes de base de l'entretien motivationnel définissent les attitudes de l'intervenant dans la conduite de l'entretien.

Ce sont les suivants :

→ **Exprimer l'empathie**

L'empathie est essentielle dans l'entretien motivationnel. L'intervenant cherche à comprendre les sentiments, les points de vue du patient, sans les juger, les critiquer ni les blâmer. Se sentant compris, le patient est plus enclin à s'ouvrir et à parler « vrai » en partageant ses craintes, ses aspirations, ses expériences. L'acceptation de la personne comme elle est facilite le changement.

→ **Éviter l'argumentation et gérer les résistances**

Lorsque le patient se montre résistant au changement lors des consultations, les professionnels interprètent souvent cela comme un manque de motivation. Or, le fait même de tenter de convaincre une personne de modifier son comportement, induit la résistance au changement. Il est préférable donc de ne pas argumenter à tout prix en faveur de celui-ci et lorsque l'on a en face de soi un patient « résistant » (niant le problème, passif, « *oui mais* », ...) il est intéressant de se poser la question de sa propre attitude. La résistance émane en effet avant tout de l'interaction entre le thérapeute et le patient ; celui-ci peut se sentir acculé, privé de sa liberté de choix et optera alors pour la position inverse. Reconnaître cette résistance, l'accepter est un premier pas vers sa diminution.

→ **Augmenter la confiance**

Le fait que le patient se sente capable de changer est un élément essentiel pour qu'il s'engage dans le changement. Il est important donc pour le thérapeute d'y prêter une attention particulière. Demander au patient d'exprimer ses réussites passées (tentative d'arrêt du tabac [même si cela n'a duré que deux jours], efforts pour perdre du poids...) est une bonne stratégie.

→ **Mettre en évidence les dissonances**

« *La motivation au changement apparaît quand les gens perçoivent une contradiction entre ce qu'ils sont et ce qu'ils aimeraient être* ». Les thérapeutes essaient de susciter cette situation en aidant le patient à examiner les contradictions entre son comportement actuel et ses objectifs futurs. Quand le patient se rend compte que son comportement actuel ne l'amène pas à réaliser certains projets futurs, il devient plus motivé à faire des changements de vie importants.

Tout cela paraît simple, mais à l'instar de tout travail visant un changement, il nécessite du temps et de la pratique. La récompense : des entretiens plus agréables entre le professionnel et son patient et de meilleurs résultats !

Car si l'entretien motivationnel propose diverses stratégies et techniques, il ne faut pas oublier qu'avant toute chose, c'est une façon d'être avec les personnes.

### **5c. L'intervention brève motivationnelle**

L'entretien motivationnel et l'intervention brève « 5A's » sont deux méthodes reconnues efficaces pour aider les patients à changer. Une équipe de médecins suisses a combiné ces deux méthodes pour une meilleure adaptation à la médecine générale<sup>14</sup>.

L'entretien est **structuré** d'après les recommandations de l'intervention brève, adaptées en 6 étapes :

- 1- négocier l'**A**genda, étape rajoutée qui permet de faire la transition entre le reste de la consultation médicale et de s'assurer de l'accord du patient
- 2- explorer l'**A**mbivalence, évaluer le comportement de santé
- 3- **A**viser, conseiller le patient en fonction de ses besoins
- 4- se mettre d'**A**ccord sur un objectif réaliste

5- **A**ider à s'appuyer sur les ressources nécessaires, surmonter les obstacles

6- **A**rranger, organiser le plan d'action et le suivi

Il s'inspire de l'entretien motivationnel pour ce qui est du **climat** de non-jugement, du respect de l'autonomie du patient et du climat de partenariat pour aider le patient à explorer puis sortir de son ambivalence afin d'engager le changement.



## 6. Conclusions : messages principaux concernant la démarche de prévention cardio-vasculaire

- La prévention CV se fait principalement via le **Médecin Généraliste** (MG) ; il doit en prendre l'initiative. Cette stratégie de prévention s'accorde bien avec la position centrale du médecin généraliste dans notre système de soins. En Belgique, plus de 80% des adultes consultent chaque année un MG. Il est le seul acteur de santé à pouvoir assurer une action personnalisée, intégrée et longitudinale, caractéristiques essentielles à la prévention CV. Pour les patients, il est l'interlocuteur de choix, scientifique de proximité, librement choisi et investi de leur confiance.
- C'est le niveau de risque **CV global**, et non la présence d'un facteur de risque, qui doit déterminer l'intensité de la prise en charge du patient. Les études d'intervention (mode de vie et médicaments) montrent que l'efficacité est d'autant plus grande que le risque CV est élevé (autrement dit, le nombre de patients à traiter pour éviter un accident CV est d'autant plus faible)
- **Trois maladies spécifiques**, assez rares, sont d'emblée associées à un haut risque CV et demandent une collaboration avec un médecin spécialiste pour une prise en charge particulière : l'hypertension artérielle sévère (> 180/110 mmHg), l'hypercholestérolémie familiale hétérozygote (LDL-C > **240** mg/dl) et l'insuffisance rénale chronique (créatinine > 2 mg/dl ; GFR < 30 ml/min).
- La prévention CV doit débuter par un **dépistage systématique** des facteurs de risque CV chez tout adulte âgé de 30 à 75 ans, quel que soit le motif de consultation. Le choix de l'âge de 30 ans est justifié par le fait que l'infarctus survient souvent précocement (25% avant l'âge de 50 ans). Une brève anamnèse en six points (ABCDEF) et un examen clinique ciblé (GH) sont facilement intégrables au travail quotidien du MG (~1-2 minutes) et permettent une bonne estimation du niveau de risque.
- **Les tables du risque** ne sont utiles que chez 50% des patients : comme tout outil diagnostique, elles ne sont utiles que si ... le diagnostic n'est pas encore connu ! Leur apport est de préciser le niveau de risque (bas, moyen, élevé) lorsque celui-ci n'est pas évident. Le choix des tables (Framingham ou SCORE) est assez secondaire, même si les tables SCORE adaptées à la Belgique sont indiscutablement les plus pertinentes. La définition du haut risque en pourcentage est arbitraire, basée sur des notions statistiques, et influence le nombre de personnes à traiter intensivement.

- 
- Les **cibles thérapeutiques** sont définies pour les patients à haut risque CV, quelle(s) que soi(en)t la(es) maladie(s) en cause: athérosclérose symptomatique (coronarienne, carotidienne, fémorale, ...), diabète, dyslipidémie, hypertension, ... Ces cibles thérapeutiques sont communes à tous les patients à haut risque, chacune à définition unique, et reposent sur les données des études cliniques et épidémiologiques (approche evidence-based medicine) et sur les recommandations officielles.
  - Un **suivi dans le temps** est nécessaire. Les patients doivent être réévalués tous les 3 à 4 ans en cas de **risque faible**. La fréquence devient annuelle en situation de **risque moyen**, et 3 à 4 fois par an en cas de **risque élevé**.
  - L'**algorithme** détaillé dans ce texte est basé sur des données épidémiologiques et les recommandations européennes. Il a été soumis à la critique d'experts et de cliniciens de manière à en valider le contenu et à vérifier son adéquation avec les recommandations existantes. Il est discriminant et reproductible.
  - Pour la **prise en charge**, le médecin généraliste apprend à négocier ce qui est réaliste avec chaque patient. Négocier n'est pas démissionner. Négocier, c'est écouter et proposer. Ecouter les réalités vécues par ce patient. Ecouter ses projets de vie. Identifier ses ressources à lui et l'accompagner vers une santé parfois moins fragile. Proposer une mesure du risque global et proposer des changements adéquats, si nécessaire.
  - **Le médecin n'est pas seul**. D'autres professionnels et acteurs de la vie sociale sont eux aussi compétents pour aider au changement. Une diététicienne, un club de marche, une consultation centrée sur le tabac, un travailleur social qui apaise les soucis en débrouillant l'imbroglio... Eux aussi contribuent à la santé globale de chaque patient et de tous les patients. Eux aussi font partie d'un réseau de ressources locales à la disposition des patients et des généralistes.
  - **La démarche proposée est faisable**. Elle a été abondamment testée et est régulièrement utilisée par de nombreux généralistes belges francophones.

## Références :

- 1 Leclerc A., Fassin D., Granjean H. Les inégalités sociales de santé. INSERM. Paris, La découverte, 2000, 448 p.
- 2 [http://www.statbel.fgov.be/figures/d364\\_fr.asp#1](http://www.statbel.fgov.be/figures/d364_fr.asp#1)
- 3 Institut Scientifique de la Santé Publique. Section Epidémiologie. SPMA : Statistiques d'Etat Civil. <http://www.iph.fgov.be/epidemio/spma/index.htm>
- 4 Interheart : Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. The Lancet, Vol 364, september 11, 2004.
- 5 2d Task Force on cardiovascular diseases prevention in clinical practice, European Heart Journal, 1998
- 6 Boland B., De Muylder R et al. Cardiovascular prevention in general practice: development and validation of an algorithm. Acta Cardiologica 2004;59(6):598-605
- 7 Laperche J, Hubens V. Dépistage du risque cardio-vasculaire global: un projet pilote en médecine générale RMG, n° 237, novembre 2006: 451-452
- 8 Laperche J., Hubens V. Dépistage du risque cardio-vasculaire global: que deviennent les patients dépistés à risque? RMG, n° 238, décembre 2006: 504-505
- 9 Flick U. La perception quotidienne de la santé et de la maladie. L'Harmattan, Paris, 1993.
- 10 D'Ivernois J.-F., Gagnayre R. Apprendre à Eduquer le patient. Ed. Maloine, 2004.
- 11 Miller W., Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. Inter Editions-Dunod, Paris, 2006
- 12 Prochaska and Di Clemente. Am Psychologist 1999; 47:1102
- 13 Rubak S et al. Motivational interviewing : a systematic review and meta-analysis. BR J Gen Pract. 2005; 55: 305-12
- 14 Sommer J et al. L'intervention brève motivationnelle au cabinet du médecin. Revue Médicale Suisse; septembre 2007: 126

## Editeur responsable:

Dr. Michel Méganck, Rue de Suisse 8 - 1060 Bruxelles

Société Scientifique de Médecine Générale, Rue de Suisse 8 - 1060 Bruxelles Tél. : 02.533.09.80 - Fax : 02.533.09.90 [www.ssmg.be](http://www.ssmg.be)

SCPS - Question Santé asbl, Rue du Viaduc 72 - 1050 Bruxelles [www.questionsante.org](http://www.questionsante.org)

## Pour plus d'informations:

PromoSanté et Médecine Générale asbl, Rue de Suisse 8 - 1060 Bruxelles - Tél. : 02/533.09.87 - Fax : 02/533.09.90 - [www.promosante-mg.be](http://www.promosante-mg.be)

**KINZALMONO 20 mg / KINZALMONO 40 mg - KINZALMONO 80 mg comprimés**; Principe actif: telmisartan, respectivement 20 mg / 40 mg / 80 mg, par comprimé. **KINZALKOMB 40/12,5 mg comprimés - KINZALKOMB 80/12,5 mg comprimés**; Principe actif un comprimé Kinzalkomb 40/12,5 mg comprimés contient 40 mg de telmisartan et 12,5 mg d'hydrochlorothiazide; un comprimé Kinzalkomb 80/12,5 mg comprimés contient 80 mg de telmisartan et 12,5 mg d'hydrochlorothiazide. Indications thérapeutiques: Traitement de l'hypertension artérielle essentielle. L'association à doses fixes Kinzalkomb (telmisartan 40 mg / hydrochlorothiazide 12,5 mg) (telmisartan 80 mg / hydrochlorothiazide 12,5 mg) est indiquée chez les patients dont la pression artérielle n'est pas suffisamment contrôlée par le telmisartan en monothérapie. Posologie et mode d'administration: Adultes: La dose habituellement efficace est de 40 mg par jour en une prise. Chez certains patients, une posologie quotidienne de 20 mg peut toutefois être suffisante. Dans les cas où la pression artérielle n'est pas contrôlée à la posologie usuelle, la dose de telmisartan peut être augmentée jusqu'à une dose maximale de 80 mg en une prise par jour. Le telmisartan peut également être associé à des diurétiques de type thiazidique, tels que l'hydrochlorothiazide, avec lequel une additivité des effets anti-hypertenseurs a été mise en évidence en association au telmisartan. Avant d'augmenter la posologie du telmisartan, il faut tenir compte du fait que l'effet antihypertenseur maximal est atteint entre la quatrième et la huitième semaine suivant l'initiation du traitement. Insuffisance rénale: Kinzalmono: Aucun ajustement posologique n'est nécessaire en cas d'insuffisance rénale légère à modérée. Kinzalkomb: Une surveillance périodique de la fonction rénale est recommandée. Insuffisance hépatique: En cas d'insuffisance hépatique légère à modérée, la posologie quotidienne ne doit pas excéder 40 mg Kinzalmono en une prise par jour, ou un comprimé de Kinzalkomb 40/12,5 mg en une prise par jour. Kinzalkomb

# Kinzal® The Dual Acting ARB<sup>1</sup>



n'est pas indiqué chez les patients atteints d'insuffisance hépatique sévère. Les dérivés thiazidiques doivent être utilisés avec précaution chez les patients dont la fonction hépatique est altérée. Patients âgés: Aucun ajustement posologique n'est nécessaire. Enfants et adolescents: L'efficacité et la sécurité d'emploi de Kinzalmono/Kinzalkomb n'ont pas été établies chez les enfants et adolescents moins de 18 ans. Contre-indications: Kinzalmono & Kinzalkomb: Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients - Deuxième et troisième trimestres de la grossesse et allaitement - Obstruction biliaire - Insuffisance hépatique sévère - Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min). Kinzalkomb: Hypersensibilité à toute autre substance dérivée des sulfamides (l'hydrochlorothiazide est une substance dérivée des sulfamides) - Cholestase - Hypokaliémie réfractaire, hypercalcémie. Effets indésirables (F = fréquent; PF = peu fréquent) L'incidence globale des événements indésirables observés lors du développement clinique (études contrôlées contre placebo) avec le telmisartan (41,4%) a été comparable à celle observée dans le groupe placebo (43,9%). L'incidence de ces événements indésirables n'était pas liée à la dose et aucune corrélation n'a été mise en évidence avec le sexe, l'âge ou la race des patients. Les effets indésirables présentés ci-dessous ont été observés lors des essais cliniques incluant 5.788 patients hypertendus traités par le telmisartan. Les effets indésirables ont été classés en fonction de leur incidence en utilisant la classification suivante: Très fréquent (≥ 1/10); fréquent (≥ 1/100, < 1/10); peu fréquent (≥ 1/1000, < 1/100); rare (≥ 1/10 000, < 1/1000); très rare (< 1/10 000). Kinzalmono: Etat général: F: Lombalgie (par exemple sciatique), douleurs thoraciques, syndrome pseudo-grippal, infections (par exemple infections urinaires incluant des cystites). PF: Troubles de la vue, sueurs. Système nerveux central et périphérique: PF: Vertiges. Système gastro-intestinal: F: Douleurs abdominales, diarrhées, dyspepsies, troubles gastro-intestinaux. PF: Sécheresse buccale, flatulences. Système locomoteur: F: Arthralgies, crampes ou douleurs des membres inférieurs, myalgies. PF: Syndromes de type tendinite. Troubles psychiatriques: PF: Anxiété. Système respiratoire: Fréquent: Infections hautes de l'appareil respiratoire telles que pharyngite et sinusite. Peau et annexes: F: Troubles cutanés de type eczéma. Par ailleurs, depuis la mise sur le marché du telmisartan, des cas d'érythème, de prurit, de malaises, d'insomnie, de dépression, de troubles digestifs, de vomissements, d'hypotension, de bradycardie, de tachycardie, de dyspnée, d'éosinophilie, de thrombocytopénie, de faiblesse et de manque d'efficacité ont été rarement rapportés.

> **Kinzalmono®**  
TELMISARTAN

> **Kinzalkomb®**  
TELMISARTAN + 12,5 mg HCTZ

	Prix public
<b>Kinzalmono® 40 mg</b>	28 comp. € 30,49
<b>Kinzalmono® 80 mg</b>	28 comp. € 43,21
<b>Kinzalmono® 80 mg</b>	56 comp. € 63,24
<b>Kinzalmono® 80 mg</b>	98 comp. € 94,28
<b>Kinzalkomb® 40 mg + 12,5 mg</b>	28 comp. € 31,48
<b>Kinzalkomb® 80 mg + 12,5 mg</b>	28 comp. € 43,21
<b>Kinzalkomb® 80 mg + 12,5 mg</b>	56 comp. € 59,01
<b>Kinzalkomb® 80 mg + 12,5 mg</b>	98 comp. € 95,87

Comme avec les autres antagonistes de l'angiotensine II, des cas isolés d'œdème de Quincke, d'urticaire et d'autres événements similaires ont été rapportés. Constantes biologiques: Rarement, une baisse du taux d'hémoglobine ou une augmentation du taux d'acide urique ont été observées; elles se sont produites plus fréquemment chez les patients traités par le telmisartan que chez les patients sous placebo. Des élévations des taux de créatinine ou des enzymes hépatiques ont été rapportées sous traitement; toutefois, elles ont été observées avec une fréquence similaire ou plus élevée dans le groupe placebo. Kinzalkomb: Système nerveux autonome: F: Impuissance. Etat général: F: Lombalgie, syndrome pseudo-grippal, douleur. PF: Allergie, douleur dans les membres inférieurs. Système nerveux central et périphérique: F: Vertiges, étourdissements. Système gastro-intestinal: F: Douleurs abdominales, diarrhées, dyspepsies, gastrites. PF: Troubles gastro-intestinaux. Métabolisme et nutrition: F: Hypercholestérolémie, hypokaliémie. PF: Perte du contrôle glycémique chez les patients diabétiques, hyperuricémie. Système locomoteur: F: Arthralgies, arthrose, myalgies. Troubles psychiatriques: F: Anxiété. Système respiratoire: F: Bronchite, pharyngite, sinusite, infection haute de l'appareil respiratoire. Peau et annexes: F: Eczéma. PF: Troubles cutanés. Système urinaire: F: Infection urinaire. Comme avec les autres antagonistes de l'angiotensine II, des cas isolés

d'œdème de Quincke, d'urticaire et d'autres réactions apparentées ont été rapportés. Constantes biologiques: Les modifications des constantes biologiques observées au cours du développement clinique de l'association telmisartan-hydrochlorothiazide sont incluses dans le tableau ci-dessus. Informations complémentaires sur les principes actifs pris individuellement: Les effets indésirables rapportés pour chacune des substances actives prises individuellement peuvent potentiellement survenir au cours de traitements par Kinzalkomb, même s'ils n'ont pas été mis en évidence au cours des essais cliniques. Hydrochlorothiazide: L'hydrochlorothiazide peut induire ou aggraver une déplétion volémique pouvant entraîner un déséquilibre électrolytique. Les effets indésirables suivants ont été rapportés lors de traitements par l'hydrochlorothiazide seul: Système gastro-intestinal: Anorexie, perte d'appétit, troubles gastriques, diarrhées, constipation, sialadénite, pancréatite. Troubles hépato-biliaires: Ictère (ictère intra-hépatique cholestatique). Troubles de la vision: Xanthopsie, vision floue transitoire. Sang et système lymphatique: Leucopénie, neutropénie, agranulocytose, thrombocytopénie, anémie aplasique, anémie hémolytique, aplasie médullaire. Peau et tissus sous-cutanés: Réactions de photosensibilité, éruptions, réaction de type lupus érythémateux, réactivation d'un lupus érythémateux, urticaire, angéite nécrosante (vasculite, vasculite cutanée), réactions anaphylactiques, syndrome de Lyell. Troubles généraux: Fièvre. Troubles respiratoires: Détresse respiratoire (y compris pneumonie et œdème pulmonaire). Troubles rénaux et urinaires: Altération de la fonction rénale, néphrite interstitielle. Troubles du système locomoteur: Spasmes ou faiblesse musculaire. Troubles du système nerveux: Nervosité, étourdissements, vertiges, paresthésies. Troubles vasculaires: Hypotension orthostatique. Troubles cardiaques: Arythmies cardiaques. Troubles psychiatriques: Troubles du sommeil, dépression. Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché: Bayer AG - D-51368 Leverkusen. Numéros d'autorisation de mise sur le marché: Kinzalmono 20 mg comprimés EU/1/98/091/009-012. Kinzalmono 40 mg comprimés EU/1/98/091/001-004, EU/1/98/091/013. Kinzalmono 80 mg comprimés EU/1/98/091/005-8, EU/1/98/091/014. Kinzalkomb 40/12,5 mg comprimés: EU/1/02/214/001-005. Kinzalkomb 80/12,5 mg comprimés: EU/1/02/214/006-010. Date de mise à jour du texte: février 2003. Délivrance: sur prescription médicale. 1. Farley S.; Nature Reviews 2004; 3: 475. 2 Yamagishi S. et al; Medical Hypotheses 2005; 64: 476-478. \* Pour les indications et dosages, veuillez vous référer aux notices.

## 24 Hour Cardiometabolic Power<sup>2</sup>



Rédaction: Valérie Hubens, Pascale Jonckheer, Jean Laperche, Pierre Legat, Marianne Prévost

Relecture : Christian Brohet, Jacques Charles, André Crismer, Patrick Jadoulle, Patrick Trefois, Thierry Wathelet



Avec la collaboration du Service communautaire de promotion de la santé



L'asbl Question Santé est soutenue par la Communauté Française