

Risque cardiovasculaire

Lettre d'information aux médecins sur les activités de prévention de l'OSH

Edito



Les maladies cardiovasculaires, longtemps considérées comme des maladies masculines, sont un problème majeur de santé publique touchant aujourd'hui autant les femmes que les hommes. L'une des grandes difficultés réside dans le fait que le risque cardiovasculaire peut rester silencieux longtemps avant d'être dépisté : hypertension, diabète, dyslipidémie... A cela s'ajoutent des facteurs psychosociaux tels que le stress ou la charge mentale, qui pèsent également sur la santé cardiovasculaire, en particulier chez les femmes.

Si certains patients identifient ces facteurs de risque, la difficulté est alors bien souvent celle d'un changement d'habitudes pour intégrer des comportements plus favorables à la santé en matière, par exemple, d'alimentation ou d'activité physique.

Ce numéro aborde, tout d'abord, les différents aspects des facteurs de risque présents en médecine générale avec ces leviers majeurs que sont l'attention portée au patient et la régularité du suivi. Ce sont ensuite les principales difficultés rencontrées par le médecin généraliste qui sont détaillées ; puis les recommandations en matière d'évaluation du risque cardiovasculaire précisent l'ensemble des éléments devant être pris en compte.

De nouveau, sur ce thème l'importance d'une communication avec le patient est soulignée.

Professionnel de santé de proximité par excellence, ayant une connaissance de l'environnement du patient, de sa situation socio-professionnelle, vous êtes l'interlocuteur privilégié par votre accompagnement et votre écoute pour motiver le patient. Ce sont bien ces atouts majeurs basés sur un lien de confiance avec une adaptation des messages qui permettront d'introduire chez le patient un changement d'habitudes et de comportements même si l'intégration de celui-ci reste souvent complexe et difficile.

Bonne lecture.

Marie-José Couteau - Observatoire de la Santé du Hainaut

Facteurs de risque cardiovasculaire : entre réalité de terrain et leviers d'action en médecine générale

Dr Loïc Flamant - MG - Président de l'association des médecins généralistes de Mons - Havré

Dans mon cabinet, les principaux facteurs de risque cardiovasculaire modifiables sont la sédentarité, une alimentation déséquilibrée, la consommation d'alcool et le tabagisme, fréquemment présents, souvent cumulés, et parfois considérés comme banals. Dans ma patientèle variée, les patients sont généralement réceptifs et ils recherchent des conseils dès qu'un lien de confiance est établi. Cette relation privilégiée constitue ainsi mon principal levier d'action.

Des facteurs de risque bien connus mais difficiles à infléchir

Les patients identifient généralement bien les grandes lignes des risques (tabac = mauvais, activité physique = bon), le passage à l'action reste difficile. Les freins sont nombreux : précarité, fatigue psychique (on entend fréquemment : "Je sais que je devrais... mais je n'ai pas la force"), méconnaissance des recommandations ("faire attention" à son alimentation ne signifie pas la même chose pour tout le monde). Il nous faut parfois revenir aux bases, sans jugement, avec des exemples simples, le poids des habitudes culturelles et familiales notamment autour de l'alimentation et/ou de la consommation d'alcool. Enfin, chez plusieurs patients, le tabac et la sédentarité font partie d'un quotidien normalisé.

Hypertension, diabète de type 2 et dyslipidémie : des risques silencieux

Ces trois pathologies sont souvent intriquées, banalisées par les patients et rarement perçues comme des problèmes de santé nécessitant une attention immédiate.

L'hypertension artérielle figure parmi les diagnostics les plus courants en médecine générale. Sa nature silencieuse, sans symptômes perceptibles, complique sa prise en charge. Elle se heurte fréquemment à une faible adhésion thérapeutique, les patients peinant à comprendre l'intérêt d'un traitement en l'absence de signes cliniques ressentis.

Le diabète de type 2 est généralement diagnostiqué tardivement et connaît une progression constante. Cette évolution s'explique en grande partie par les effets délétères du mode de vie moderne, influencé par une société de consommation qui promeut des habitudes alimentaires nocives : alimentation ultra-transformée, riche en sucres et en graisses, marketing agressif, accessibilité accrue à des produits délétères pour la santé. Ces facteurs favorisent le surpoids, la sédentarité et, in fine, l'apparition du diabète. Les principaux freins à la prise en charge résident dans la difficulté à modifier les comportements alimentaires, l'insuffisance d'activité physique et une méconnaissance ou banalisation de la maladie.

Enfin, la dyslipidémie, souvent découverte à l'occasion d'un bilan biologique, reste une notion abstraite pour de nombreux patients. Si sa prise en charge est généralement mieux acceptée dans le cadre d'une prévention secondaire, elle requiert néanmoins un travail pédagogique important, un accompagnement régulier et une valorisation de l'intérêt du traitement pour garantir son initiation et sa continuité dans le temps.

Deux leviers efficaces : l'attention portée au patient et la régularité du suivi

Notre rôle ne se limite pas à alerter ; il consiste avant tout à accompagner les patients dans la durée. A ce titre, certains principes concrets se révèlent particulièrement efficaces : individualiser les conseils, en adaptant les messages aux capacités de compréhension de chacun, au-delà des simples recommandations générales ; valoriser les petites victoires du quotidien. Par exemple, marcher dix minutes de plus, cuisiner sans matière grasse ou réduire progressivement le tabagisme ; assurer un suivi régulier, en profitant notamment des consultations récurrentes (même pour d'autres motifs) pour évaluer les progrès réalisés. Et enfin, utiliser les ressources locales, en orientant les patients vers des diététiciens de proximité, des services de soutien au sevrage tabagique ou d'autres structures utiles présentes sur le territoire.

Réfléchir collectivement à nos outils

Nous gagnerions à mutualiser davantage nos outils de sensibilisation : brochures, carnets de suivi de l'activité physique ou du poids, listes actualisées de ressources locales fiables. A Mons, quelques collègues ont initié des collaborations avec le CPAS ou les hôpitaux pour organiser des séances d'information ou des dépistages en lien avec le risque cardio-métabolique.

Conclusion

Travailler sur les facteurs de risque cardiovasculaire, c'est souvent accepter de ne pas avoir de résultats immédiats. Mais c'est aussi constater que notre rôle de proximité, notre régularité et notre écoute peuvent amorcer des changements profonds. La prévention cardiovasculaire reste l'un des piliers majeurs de notre beau métier. Et elle commence souvent par une simple question, posée avec attention.

Des difficultés face au risque cardiovasculaire

Dr Muriel Chiang - MG - Chimay

Accueillir un patient à risque cardiovasculaire est notre quotidien à tous.

La difficulté majeure que je rencontre est d'amener le patient à percevoir la plus-value d'un changement d'habitudes.

Discuter d'une hypertension artérielle, d'un diabète, d'une hyperlipidémie se fonde sur des chiffres qu'un traitement aide à atteindre. Une fois l'adhésion au traitement acquise, les contrôles cliniques et biologiques cadrent le patient dans des normes.

En revanche, aborder le changement d'habitudes alimentaires, le contrôle du poids, la gestion de la consommation de toxiques comme le tabac ou l'alcool, et la nécessité de gérer le stress, se heurtent à beaucoup plus de difficultés, notamment la motivation du patient et le temps dont dispose le praticien.

Si la nuisance du tabac et de l'alcool sont des notions clairement comprises par les patients, le lien entre cette consommation et les problématiques cardiovasculaires ne semble pas toujours une évidence. Ceci est probablement plus clairement identifié pour le tabac ; quant à l'alcool, il n'est perçu comme un toxique qu'en cas d'exagération. La notion de consommation à risque est loin d'être claire. Son impact sur la problématique cardiovasculaire est largement sous-estimé.

Un screening systématique de la consommation alcool-tabagique est indispensable mais elle se heurte, pour ma part, à une acceptation peut-être trop facile de la situation et sans doute un manque d'énergie à remotiver encore et encore au changement.

L'autre volet de la prise en charge par le biais de l'activité physique, du contrôle du poids et de la gestion du stress est également à discuter.

Inciter à bouger reste facile à suggérer mais faire comprendre aux patients que travailler n'est pas suffisant et ne s'apparente pas aux 5 x 30 minutes d'activité recommandées, reste plus difficile. Les motiver à rejoindre un club ou tout simplement à commencer à se remettre en forme est understandable. Cependant, malgré mes incitations, ce type de conseil est souvent moins régulièrement mis en œuvre. J'essaie parfois de prescrire de l'activité physique comme un médicament et il m'arrive de remettre aux patients une ordonnance stipulant juste "bouger". Cela interpelle les patients mais ce n'est pas spécifiquement suivi d'effets. La prescription de kinésithérapie peut également être un appui ainsi que la référence à des tutos sur les réseaux sociaux. Discuter activité physique peut également ouvrir le volet diététique et contrôle du poids. Les facteurs socio-économiques sont aussi à prendre en considération.

Motiver les patients à varier les menus, à diminuer la consommation de plats cuisinés ultra-transformés, à s'ouvrir à d'autres cuisines ou à d'autres techniques de préparation, si possible avec l'aide d'une diététicienne, trouve également toute sa place. Pour être complet, il faut encore trouver un peu de temps pour aborder la gestion du stress. Élément qui, ici aussi, ne fait pas spontanément lien avec la problématique cardiovasculaire. Discuter de relaxation, yoga, pleine conscience, bain de forêt, méditation après avoir essayé d'aborder toutes les notions précédentes est loin d'être une évidence.

Conclusion

Les difficultés que je rencontre pour cerner l'ensemble de la problématique cardiovasculaire s'articulent autour des éléments suivants :

1. la multiplicité des facettes de cette pathologie et les différents angles d'approche ;
2. la compréhension relative des enjeux et des plus-values de la prise en charge par nos patients ;
3. le frein socio-économique ;
4. l'offre de la région : il n'y a ni tabacologue, ni alcoologue de proximité ;
5. le temps dont je dispose ;
6. l'acceptation de situations chronicisées de part et d'autre.

Evaluation du risque cardiovasculaire en médecine générale

Dr Pierre Jossart - MG - Givry

Selon Statbel, en 2022, les maladies cardiovasculaires (MCV) constituent une des causes principales de mortalité en Belgique. Il s'agit même de la première cause chez les femmes. Ceci met en lumière l'importance de leur prévention et de leur dépistage.

Il n'existe toutefois pas, dans notre pays, de système organisé invitant les patients à évaluer leur risque cardiovasculaire (RCV). Il s'agit donc d'un dépistage opportuniste qui incombe principalement à la première ligne de soin. En effet, le médecin généraliste voyant régulièrement ses patients peut profiter de ces occasions pour leur proposer proactivement une évaluation du RCV. On peut, à ce propos, regretter la disparition du projet "DMG +" qui comportait un volet sur ce sujet et incitait les médecins à la prévention.

Les principales recommandations sur le sujet sont celles de la Société européenne de cardiologie (ESC) de 2021¹ sur lesquelles nous nous baserons principalement dans cet article.

Qui dépister ?

L'évaluation systématique du RCV est recommandée chez toutes personnes :

- présentant un facteur de RCV majeur (antécédent familial de MCV prématurée, hypercholestérolémie familiale, tabagisme, hypertension artérielle (HTA), diabète, dyslipidémie, obésité ou comorbidité augmentant le RCV) ;
- tous les hommes de plus de 40 ans et les femmes de plus de 50 ans.

Il est suggéré de la répéter tous les 5 ans.

Comment évaluer le RCV ?

En présence d'une MCV établie, d'un diabète, d'une néphropathie modérée ou sévère, d'hypercholestérolémie familiale ou d'une hypertension secondaire, le risque sera d'emblée estimé comme élevé à très élevé.

Dans les autres cas, il sera par contre nécessaire de calculer le risque à 10 ans d'évènement cardiovasculaire (fatal ou non) sur base de tables (SCORE2 entre 40 et 69 ans, SCORE2-OP entre 70 et 89 ans). Il faut, en premier lieu, s'assurer de choisir la bonne table selon l'origine géographique. En effet, il en existe quatre différentes en fonction du risque de base de la population : pays à risque bas (cas de la Belgique), modéré, haut ou très haut. Attention, il faut se baser sur le lieu de naissance et non de vie ! Cependant, comme SCORE2 n'a pas été évaluée dans des populations non-européennes, sa valeur dans ces contextes n'est pas entièrement connue. Ensuite, sur base de l'âge, du sexe, de la TA, du cholestérol non-HDL et du statut tabagique, un pourcentage de risque peut être obtenu.

L'âge étant le déterminant principal, l'interprétation du pourcentage de risque variera donc suivant celui-ci. La recommandation de traitement des facteurs de risque dépendra in fine du niveau de risque obtenu :

- bas à modéré : un traitement n'est généralement pas recommandé ;
- élevé : il devrait être envisagé ;
- très élevé : il est généralement recommandé.

1. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>

En d'autres termes, les seuils de niveau de risque diffèrent selon l'âge pour éviter de sous-traiter les plus jeunes et sur-traiter les plus âgés. Les patients plus jeunes, ayant un bénéfice plus important d'un traitement à vie, seront donc plus vite traités.

Certains modificateurs viendront encore affiner cette évaluation. Citons notamment les facteurs psychosociaux (stress, isolement, solitude, dépression...) qui peuvent multiplier le risque par un facteur 1,2 à 2 ! La présence d'une fragilité ou de comorbidité va également influencer l'interprétation des résultats.

Si le risque absolu est plus élevé pour les hommes, il ne faut pas minimiser certaines spécificités chez la femme. Ainsi, les données suggèrent un RCV augmenté chez les femmes pour des niveaux de TA plus bas. Le tabac se révèle également plus délétère chez elles. Les antécédents de pré-éclampsie, d'hypertension gravidique, de diabète de grossesse, les ovaires micropolykystiques et la ménopause précoce majorent également le RCV.

A noter que des calculateurs en ligne sont disponibles tels celui du KCE² (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) (en français mais basé sur les tables SCORE de 2010) ou celui à jour de l'ESC³ (mais en anglais).

Communication avec le patient et décision partagée

L'instauration d'un traitement étant, d'une part, destiné à être maintenu à vie et, d'autre part, n'étant jamais une obligation absolue, il convient de bien expliquer à la personne la démarche, de s'assurer de sa compréhension et de l'impliquer dans les décisions. Cela s'avère d'autant plus nécessaire qu'un certain nombre de mesures de base seront plus comportementales que médicamenteuses : modification alimentaire, augmentation de l'exercice physique, arrêt du tabagisme.

Il n'existe pas une seule façon idéale de communiquer. Celle-ci sera influencée par le niveau d'éducation et de littératie, par les émotions ("Les patients ne pensent pas au risque, ils le ressentent"...). Prendre le temps de discuter et évaluer la compréhension est certainement une plus-value.

Il est également prouvé que les femmes sont souvent moins conscientes de leur RCV et de la nécessité d'une prise en charge. Ce qui justifie une plus grande vigilance afin de les sensibiliser correctement.

Un support visuel permet souvent de mieux comprendre les calculs effectués. Cela peut se faire simplement en montrant les tables scores. La comparaison du risque selon le tabagisme peut s'avérer ainsi très marquante puisqu'il s'agit du facteur modifiable ayant le plus d'impact. A noter qu'il est préférable de s'exprimer en termes de réduction de risque absolu plutôt qu'en termes de risque relatif. Le calculateur permet également de remettre un rapport comportant le risque et les objectifs en découlant.

Une autre façon de présenter le RCV, parfois beaucoup plus parlante est de l'exprimer en "âge de risque" c'est-à-dire l'âge d'une personne de même sexe ayant le même niveau de risque mais sans facteur de risque augmenté. Le calculateur en ligne donne cette information.

Suivi

L'évaluation du risque cardiovasculaire implique donc de rassembler de nombreux paramètres et de bien connaître les attentes ainsi que les ressources du patient. La prise en charge qui en résultera se réalise au long court suivant une stratégie par étape visant à atteindre progressivement les objectifs. La possibilité pour le MG de suivre son ou sa patient(e) régulièrement sur une longue période est, à ce niveau, un atout.

2. <https://www.statines.kce.be/fr/tool.html>

3. https://www.heartscore.org/en_GB

SCORE2 & SCORE2-OP

10-year risk of (fatal and non-fatal) CV events in populations at **low** CVD risk



Women

Men

Non-smoking

Smoking

Non-smoking

Smoking

Non-HDL cholesterol

Systolic blood pressure (mmHg)

SCORE2-OP

3.0-3.9 4.0-4.9 5.0-5.9 6.0-6.9

3.0-3.9 4.0-4.9 5.0-5.9 6.0-6.9

mmol/L

3.0-3.9 4.0-4.9 5.0-5.9 6.0-6.9

3.0-3.9 4.0-4.9 5.0-5.9 6.0-6.9

150 200 250

150 200 250

mg/dL

150 200 250

150 200 250

160-179

28 29 30 31

31 32 33 34

Age (y)

29 35 42 49

29 35 42 49

140-159

26 27 28 29

29 30 31 32

85-89

28 33 40 47

27 33 40 47

120-139

24 25 26 27

27 28 29 30

80-84

26 32 38 45

26 32 38 45

100-119

23 24 25 26

25 26 27 28

75-79

25 30 36 43

25 30 36 43

160-179

20 21 22 23

25 26 28 29

70-74

23 27 32 37

26 31 36 41

140-159

18 19 20 21

23 24 25 26

80-84

21 25 29 34

24 28 33 38

120-139

16 17 18 19

20 21 22 23

75-79

19 22 26 31

22 25 30 34

100-119

15 15 16 17

18 19 20 21

70-74

17 20 24 28

19 23 27 31

160-179

15 15 16 17

21 22 23 24

75-79

19 21 24 27

24 27 31 34

140-159

13 13 14 15

18 19 20 21

70-74

16 18 21 23

21 23 26 30

120-139

11 11 12 13

15 16 17 18

75-79

14 15 18 20

18 20 23 26

100-119

9 10 10 11

13 14 15 15

70-74

12 13 15 17

15 17 19 22

160-179

10 11 12 12

17 18 19 20

75-79

15 16 18 19

22 24 26 28

140-159

9 9 10 10

14 15 16 16

70-74

12 13 14 16

18 19 21 23

120-139

7 7 8 8

11 12 13 14

75-79

10 11 12 13

14 16 17 19

100-119

6 6 6 7

9 10 10 11

70-74

8 8 9 10

12 13 14 15

SCORE2

160-179

8 8 9 9

12 12 13 13

65-69

11 12 12 13

15 16 17 19

140-159

7 7 7 7

10 10 11 11

60-64

9 10 11 11

13 14 15 16

120-139

5 6 6 6

8 9 9 9

65-69

8 8 9 10

11 12 13 13

100-119

5 5 5 5

7 7 7 8

60-64

6 7 7 8

9 10 11 11

160-179

6 6 7 7

10 10 11 11

65-69

8 9 10 11

13 14 15 17

140-159

5 5 5 6

8 8 9 9

60-64

7 8 8 9

10 11 13 14

120-139

4 4 4 5

6 7 7 8

65-69

6 6 7 8

9 10 10 11

100-119

3 3 4 4

5 6 6 6

60-64

5 5 6 6

7 8 9 10

160-179

4 5 5 5

8 8 9 10

65-69

7 7 8 9

10 12 13 15

140-159

3 4 4 4

6 7 7 8

60-64

5 6 7 8

9 10 11 12

120-139

3 3 3 3

5 6 6 6

65-69

4 5 5 6

7 8 9 10

100-119

2 2 3 3

4 4 5 5

60-64

4 4 4 5

6 6 7 8

160-179

3 4 4 4

6 7 7 8

65-69

5 6 7 8

9 10 11 13

140-159

3 3 3 3

5 5 6 6

60-64

4 5 5 6

7 8 9 10

120-139

2 2 2 3

4 4 5 5

65-69

3 4 4 5

6 6 7 8

100-119

2 2 2 2

3 3 4 4

60-64

3 3 3 4

4 5 6 7

160-179

2 3 3 3

5 5 6 7

65-69

4 5 6 6

7 8 10 11

140-159

2 2 2 3

4 4 5 5

60-64

3 4 4 5

6 7 8 9

120-139

1 2 2 2

3 3 4 4

65-69

2 3 3 4

4 5 6 7

100-119

1 1 1 1

2 2 3 3

60-64

2 2 3 3

3 4 5 5

160-179

2 2 2 3

4 4 5 6

65-69

3 4 5 5

6 7 8 10

140-159

1 2 2 2

3 3 4 4

60-64

2 3 3 4

5 5 6 8

120-139

1 1 1 1

2 3 3 3

65-69

2 2 3 3

3 4 5 6

100-119

1 1 1 1

2 2 2 2

60-64

1 2 2 2

3 3 4 5



Rue de Saint-Antoine, 1
7021 Havré



observatoire.sante@hainaut.be



+32 (0)65 87 96 00



observatoiresante.hainaut.be

