



Évaluer le risque cardiovasculaire en médecine générale en prévention primaire : un outil d'aide à la décision informée et partagée avec le patient.

Référentiel

Version 2.06 du 1er juin 2020







Sommaire

Sommaire	3
Résumé	5
Quelques notions épidémiologiques	14
Alimentation	16
Activité Physique	19
Alcool	31
Hypertension artérielle	36
Diabète	39
Obésité	42
Insuffisance rénale	45
Polyarthrite rhumatoïde	47
Apnées du sommeil et troubles du sommeil	57
Stress	60
Dépression	62
Inégalités sociales en santé	64
Pollution atmosphérique	67
Groupe de travail	69
Annexes	70





Résumé

Ce document présente l'utilisation d'un autoquestionnaire destiné à évaluer avec le patient son risque cardiovasculaire pour construire une décision informée. Un référentiel et le support de cet outil, présentant les différentes composantes modifiables du risque cardiovasculaire.

Public :

L'auto-questionnaire est destiné aux médecins généralistes et à leurs patients âgés de 40 à 65 ans, que cette personne soit nouveau patient, soit patient connu ayant au moins un facteur de risque cardiovasculaire identifié en dehors de l'âge, en situation de prévention primaire.

Objectifs :

- Identifier les facteurs de risque modifiables de maladies cardiovasculaires en prévention primaire.
- Construire avec le patient une décision informée et partagée.

Méthode d'élaboration :

Ce dossier a été élaboré par un groupe de travail réuni lors du séminaire annuel du Collège de la Médecine Générale en octobre 2016.

Une première étape a consisté à identifier les manques actuels en outils d'évaluation du risque cardiovasculaire en médecine générale pour les personnes en situation de prévention primaire.

La seconde a permis de travailler sur des outils de la « médecine centrée patient » pour impliquer la personne (malade ou en bonne santé lorsqu'il s'agit de prévention primaire) dans sa propre évaluation de ses facteurs de risque, pour lui permettre, avec ses soignants, de construire une stratégie pertinente de réduction des risques de maladie cardiovasculaire.

Cette démarche a permis de construire un outil, basé sur une analyse de la littérature des composantes du risque cardiovasculaire, reposant sur des auto-questionnaires.

La méthode du consensus formalisé d'experts a été utilisée pour sa validation.

Contexte d'utilisation :

- Le nombre de facteurs de risque cardiovasculaire est élevé. À partir de la littérature, nous en avons recensé 14 modifiables. Tous n'ont pas la même importance en termes de quantité de risque. Cependant, tous sont à prendre en compte, pour hiérarchiser les interventions. Le temps d'une consultation étant limité, l'anamnèse parfois difficile, les dossiers médicaux étant parfois incomplets, une liste des facteurs de risque à explorer dans le risque cardiovasculaire est nécessaire. Si nous souhaitons impliquer le patient dans sa prise en charge, augmenter son autonomie à gérer ses comportements de santé, des outils comme les auto-questionnaires peuvent être utiles¹. S'ils n'ont pas démontré une efficacité à diminuer la morbi-mortalité, ils sont une aide utile dans une démarche motivationnelle.

Nous ne nous situons pas dans le cadre d'un bilan de santé périodique indiscriminé, mais dans une aide au médecin généraliste, qui, de façon opportuniste ou systématique, évalue le risque cardiovasculaire de son patient, pour prendre avec lui une décision informée dans le cadre d'une relation collaborative.

- **Critères d'inclusion : hommes ou femmes, de 40 à 65 ans, nouveaux patients ou patients connus du médecin en situation de prévention primaire, ayant au moins un facteur de risque de maladie cardiovasculaire en dehors de l'âge.**
- L'auto-questionnaire est à remettre au patient, qui le remplira à son domicile. Une ou plusieurs consultations dédiées permettront d'analyser AVEC le patient les réponses, et de travailler AVEC lui sur les problèmes identifiés, et les solutions à apporter. Certaines reposent sur des médicaments, comme l'HTA par exemple, mais pratiquement toutes nécessitent une participation active du patient (l'activité physique, la diététique, l'observance médicamenteuse, ou le sevrage tabagique en sont les archétypes). Il s'agit de lui permettre de décrire (pour LUI avant tout) SES facteurs de risque et SES

¹ Ducos G, Kinouani S, Guirese M, Afonso M, Castera P, Gay B . Faciliter la première consultation d'un nouveau patient en médecine générale. Deuxième partie : Expérimentation auprès de 26 médecins généralistes d'Aquitaine. Médecine. 2014;10(1):42-47. doi:10.1684/med.2014.1058



comportements, afin d'envisager SES traitements et SES changements de comportement si besoin. Nous recommandons d'utiliser des techniques motivationnelles reposant sur des questions ouvertes et la reformulation, pour construire un plan de changement avec le patient².

- Certaines questions n'ont pour but que d'ouvrir le dialogue (comme celle portant sur le stress par exemple, dont la cotation par le patient permettra de travailler sur sa perception de son stress {intrinsèque ou extrinsèque} et sa façon de le gérer). D'autres vont permettre de calculer un score, dont le plus emblématique est SCORE, pour classer le patient selon son niveau de risque et construire une stratégie pertinente.

Ce dossier est composé de deux documents :

- **Un référentiel, texte de référence pour le médecin, reprenant toujours le même plan :**
 - Données scientifiques (débutant par un résumé court, pouvant servir de message à délivrer au patient, suivi d'une synthèse de la littérature).
 - Outils de repérage pour le patient et pour le médecin.
 - Interventions recommandées sur le facteur de risque.
 - Bibliographie.
- **Un auto-questionnaire pour le patient.**
 - A distribuer de préférence en entier à l'issue d'une consultation en expliquant au patient l'usage qui en sera fait, en lui demandant de le remplir chez lui et de revenir avec lors d'une consultation dédiée.
 - Ou en distribuant uniquement le ou les auto-questionnaire(s) jugé(s) pertinent(s) pour ce patient à ce moment.

Dans les structures de soin disposant d'infirmières de prévention (comme les infirmières du dispositif Asalée ou dans des centres de santé), cet outil peut leur être confié.

²Le plan de changement est modélisé par Rollnick et Miller dans le cadre de l'entretien motivationnel sous la forme de la réponses aux questions suivantes : quel changement je veux mettre en pratique ? Pourquoi ? Quelles seraient les étapes ? Qu'est ce qui faciliterait le changement ? Qu'est-ce qui serait un frein ? Comment savoir que j'ai réussi ?



Introduction

« Les maladies cardiovasculaires sont la seconde cause de mortalité en France métropolitaine en 2013, après les tumeurs³.

De nombreuses études ont montré qu'une intervention sur les composantes du risque cardiovasculaire comme l'HTA, le diabète, la sédentarité, l'alimentation, le tabagisme, ... diminue la morbi-mortalité cardiovasculaire.

Toutes les recommandations des agences occidentales insistent sur l'évaluation du risque cardiovasculaire global pour adapter les stratégies thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses à un patient. Pour cela, elles recommandent l'utilisation d'échelles et d'équations validées de calcul de ce risque, pertinents pour la population concernée. La recommandation de la HAS d'avril 2017 recommande l'utilisation de SCORE⁴. Les britanniques utilisent QRISK 3⁵.

Par définition, le RCV est composite, il inclut la survenue d'événements coronariens (plus élevés entre 50 et 60 ans) et cérébro-vasculaires (plus élevés après 60 ans), mais aussi les pathologies vasculaires périphériques et l'insuffisance cardiaque. Il est mesuré en général en nombre d'événements prédictibles sur 1, 5 ou 10 ans. Certains facteurs de risque ne sont pas modifiables : âge, sexe, antécédents personnels et familiaux ; d'autres le sont : tabagisme, HTA, cholestérol, diabète, obésité et sédentarité (ces deux derniers étant des facteurs prédisposant),

Ces facteurs de risque sont associés entre eux. Une étude à partir de la cohorte française Constance a montré une association fréquente entre :

- Facteurs comportementaux : alcool, tabac, activité physique
- Facteurs favorisants : obésité, troubles du sommeil, dépression
- Facteurs en aval : HTA, diabète de type 2, dyslipidémie⁶.

Ils ont une dimension collective : les données du registre Monica ont montré un gradient Nord-Sud, et ont souligné les variations annuelles des taux de morbi-mortalité cardiovasculaire selon les pays et la performance de leur système de santé (prévention et soins)⁷.

Ils ont une dimension individuelle : le RCV dépend de nombreux facteurs personnels modifiables ou non et de leur association. Un même abaissement d'un de ces indicateurs n'a pas la même importance relative si le facteur de risque est isolé ou associé, si l'on est en prévention secondaire ou en prévention primaire : la réduction du risque absolu est beaucoup plus importante en prévention secondaire. Ce n'est qu'en intégrant toutes ces dimensions que l'on peut définir le risque global d'un patient »⁸.

Un manque d'outils adaptés à la population française pour une évaluation du risque cardiovasculaire.

Nous manquons aujourd'hui d'outil de calcul de risque de maladie cardiovasculaire adapté à la population française et prenant en compte les facteurs de risque autres que l'âge, la cholestérolémie, la pression artérielle, le tabagisme, le sexe, et le niveau de risque de la population (ce que propose le calculateur de risque cardiovasculaire SCORE pour les populations à bas risque et à haut risque européennes)⁹. Des facteurs de risque comme la sédentarité, l'alimentation, le stress, la pollution atmosphérique, la précarité, qui ont été identifiés comme ayant un poids non négligeable, ne sont pas intégrés dans ces outils. Pourtant, il ne serait pas concevable de les ignorer dans l'information et dans l'analyse que nous devons à nos patients.

³ www.insee.fr / Inserm - CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).

⁴ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir4/fiche_memo_dyslipidemies_v2.pdf

⁵ Collins GS, Altman DG. An independent and external validation of QRISK2 cardiovascular disease risk score: a prospective open cohort study. *BMJ*. 2010 May 13;340(may13 2):c2442-2.

⁶ Meneton P, Lemogne C, Herquelot E, Bonenfant S, Larson MG, Vasan RS, et al. A Global View of the Relationships between the Main Behavioural and Clinical Cardiovascular Risk Factors in the GAZEL Prospective Cohort. Icks A, editor. *PLoS ONE*. 2016 Sep 6;11(9):e0162386-20.

⁷ Montaye M, Ducimetière P, Ruidavets JB, Arveiller D et al. Gradient Nord Sud de la mortalité et de la morbidité coronaires en France: données récentes des registres français des cardiopathies ischémiques, 1997-2002. *BEH*, 2006 ; 8-9 : 62-4.

⁸ Gallois P, Charpentier JM, Vallée JP. Risque cardiovasculaire global. Intérêts et limites pour la décisions. *Médecine*. 2006 ; 2006 : 112-117.

⁹ Khanji MY, Bicalho VVS, van Waardhuizen CN, Ferket BS, Petersen SE, Hunink MGM. Cardiovascular Risk Assessment. *Ann Intern Med* [Internet]. 2016;2016 (June). Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/M16-1110>



Nous manquons d'outils d'aide à la décision informée et partagée.

Au-delà de l'estimation du risque cardiovasculaire, nous manquons aussi de recommandations actualisées et pertinentes concernant des aides à la décision portant sur le seuil de risque cardiovasculaire à prendre en compte pour la mise en route de traitements tels que les statines, l'aspirine, les bêta-bloquants ou les IEC, et même pour le style de vie. Les outils français dont nous disposons permettent de calculer un niveau de risque en utilisant un nombre limité de variables et sont centrés sur l'indication des statines.

Les recommandations étasuniennes et anglaises récentes divergent sur les outils d'évaluation du risque, les modalités de décision de mise sous traitement et le suivi de ces traitements.

Aujourd'hui, ni la HAS, ni les sociétés scientifiques françaises ne proposent de recommandation sur la prise en charge de l'ensemble des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire dans le cadre d'une décision informée et partagée avec le patient. Elles continuent à produire des recommandations centrées sur une maladie, voire un facteur de risque biologique. Elles sont construites autour de la question : « à qui et quand faut-il prescrire une statine », sans intégrer l'ensemble des facteurs de risques de maladies cardiovasculaires, notamment ceux dont la prise en charge repose sur des stratégies non médicamenteuses.

Pourtant, les médecins traitants ont besoin de construire avec leurs patients des prises en charge des facteurs de risques de mortalité prématurée évitables. Ils ont besoin pour cela d'outils d'aide à la décision permettant de prendre en compte l'ensemble de ces facteurs de risque pour les dépistages et les préventions. Il s'agit notamment devant un risque absolu faible en prévention primaire, de permettre au patient une décision informée et partagée.

Pourquoi un outil pour évaluer le risque cardiovasculaire en prévention primaire dans toutes ses composantes modifiables ?

Le calcul du risque cardiovasculaire global a son importance, en prévention primaire, pour classer les patients en « patient à bas risque cardiovasculaire ou à haut risque », et pour choisir et hiérarchiser les interventions que peuvent proposer les médecins pour limiter le risque cardiovasculaire¹⁰.

Les facteurs du risque cardiovasculaire pris en compte dans les équations utilisées habituellement sont limités : âge, sexe, pression artérielle, indice de masse corporelle, cholestérolémie, tabagisme.

QRISK 3, calculateur de risque recommandé par le NICE britannique, ajoute aux facteurs de risque précédents, l'ethnie, la précarité, le diabète de type 2, la polyarthrite rhumatoïde et les rhumatismes inflammatoires, l'usage de corticoïdes, le lupus érythémateux disséminé, l'usage d'antipsychotiques de seconde génération, le diagnostic de maladie mentale sévère, le diagnostic d'infection par le VIH, le diagnostic de dysfonction érectile, l'insuffisance rénale, la fibrillation auriculaire, l'insuffisance cardiaque, la variabilité des chiffres tensionnels¹¹.

D'autres facteurs de risque modifiables interviennent dans le risque global : le stress, la pollution atmosphérique, l'alimentation, la sédentarité, la consommation d'alcool, le syndrome d'apnées du sommeil (sur les chiffres d'HTA pour ce dernier)¹².

Le contexte de ces facteurs de risque est multiple :

- Certains correspondent à des comportements (activité physique, alimentation, tabagisme, voire prise médicamenteuse, gestion du stress)
- D'autres, comme l'insuffisance rénale, sont des co-morbidités qui sont associées au risque cardiovasculaire, et dont l'évolution peut aggraver le pronostic cardiovasculaire lui-même.
- D'autres enfin, comme les apnées du sommeil, sont associées au risque cardiovasculaire sans preuve que leur prise en charge diminue le risque lui-même.

¹⁰ Task FM, Piepoli MF, Hoes AW et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur J Prev Cardiol. 2016;23:NP1-NP96.

¹¹ Hippisley-Cox J, Coupland C, Brindle P. Development and validation of QRISK3 risk prediction algorithms to estimate future risk of cardiovascular disease: prospective cohort study. BMJ. 2017 May 23;;j2099–16.

¹² Rudaz A, Rima A, Humair JP. [Cardiovascular risk scores: why, how and when to use them?]. Rev Med Suisse. 2010;6:1809-12, 1814.



- La pollution atmosphérique a fait la preuve de son impact sur le risque cardiovasculaire, sans qu'elle soit liée à la personne elle-même ou à son comportement.

Des facteurs de risques connus ne sont pas abordés dans ce document :

- La durée et les difficultés de sommeil
- La dépression

Le risque relatif des des composantes du risque cardiovasculaire a été calculé avec les données de la cohorte Constance, et dans la population britannique et galloise dans le cadre de la validation de l'équation de QRISK3. Dans cette cohorte représentative de la population britannique et galloise, des facteurs comme l'origine ethnique, la précarité (indice de précarité de Townsend), l'insuffisance rénale, la polyarthrite rhumatoïde, la fibrillation auriculaire, apparaissent comme des facteurs de risque à des niveaux proches de ceux de l'HTA par exemple.

Il faut noter que le risque cardiovasculaire de la population britannique est supérieur à celui de la population française d'environ 20 à 30%, pour des chiffres de cholestérolémie moyenne peu différents, mais un moins bon contrôle de la cholestérolémie chez les patients en prévention secondaire¹³. Cela pose la question de la transposition à la population française de QRISK3¹⁴. Cela ouvre des pistes de recherche en soins primaires...

¹³ https://www.escardio.org/static_file/Escardio/EORP/surveys/euroaspireII-slideset.pdf Site visité le 20 octobre 2017.

¹⁴ Muller-Nordhorn J, Binting S, Roll S, Willich SN. An update on regional variation in cardiovascular mortality within Europe. European Heart Journal. 2007 Dec 7;29(10):1316–26.



Rapport de hasards (IC 95%) de maladie cardiovasculaire pour le modèle de QRISK3 dans les cohortes ayant servi à valider l'équation QRISK3 de RCV¹⁵. Tableaux en cours de traduction.

Table 4 Adjusted hazard ratios (95% confidence interval) for cardiovascular disease in men in the derivation cohort			
Predictor variables	Model A*	Model B†	Model C‡
Townsend score (per 5 unit increase)§	1.19 (1.17 to 1.20)	1.18 (1.17 to 1.20)	1.18 (1.17 to 1.20)
Ethnic origin:			
White or not recorded	1.00	1.00	1.00
Indian	1.31 (1.26 to 1.36)	1.32 (1.27 to 1.37)	1.32 (1.27 to 1.37)
Pakistani	1.62 (1.54 to 1.69)	1.61 (1.53 to 1.68)	1.61 (1.53 to 1.68)
Bangladeshi	1.70 (1.61 to 1.79)	1.70 (1.62 to 1.80)	1.70 (1.61 to 1.79)
Other Asian	1.03 (0.968 to 1.10)	1.04 (0.970 to 1.11)	1.04 (0.970 to 1.11)
Black Caribbean	0.700 (0.663 to 0.738)	0.700 (0.663 to 0.739)	0.699 (0.662 to 0.738)
Black African	0.671 (0.623 to 0.722)	0.672 (0.625 to 0.724)	0.670 (0.623 to 0.721)
Chinese	0.652 (0.574 to 0.740)	0.66 (0.581 to 0.749)	0.660 (0.582 to 0.749)
Other	0.770 (0.729 to 0.814)	0.77 (0.729 to 0.813)	0.769 (0.728 to 0.812)
Smoking status§:			
Non-smoker	1.00	1.00	1.00
Former smoker	1.22 (1.19 to 1.25)	1.21 (1.18 to 1.24)	1.21 (1.18 to 1.24)
Light smoker	1.75 (1.71 to 1.79)	1.74 (1.70 to 1.78)	1.74 (1.70 to 1.78)
Moderate smoker	1.91 (1.86 to 1.96)	1.90 (1.85 to 1.95)	1.89 (1.84 to 1.94)
Heavy smoker	2.22 (2.16 to 2.29)	2.21 (2.14 to 2.28)	2.20 (2.14 to 2.27)
Medical characteristics:			
Family history of coronary heart disease in first degree relative <60 years§	1.73 (1.7 to 1.76)	1.72 (1.69 to 1.75)	1.72 (1.69 to 1.75)
Type 1 diabetes§	3.59 (3.31 to 3.90)	3.47 (3.20 to 3.77)	3.44 (3.17 to 3.73)
Type 2 diabetes§	2.42 (2.29 to 2.57)	2.37 (2.24 to 2.51)	2.36 (2.23 to 2.50)
Treated hypertension§	1.76 (1.69 to 1.83)	1.73 (1.67 to 1.80)	1.68 (1.61 to 1.74)
Rheumatoid arthritis	1.30 (1.25 to 1.35)	1.24 (1.19 to 1.28)	1.23 (1.19 to 1.28)
Atrial fibrillation§	2.46 (2.18 to 2.78)	2.44 (2.16 to 2.76)	2.42 (2.14 to 2.73)
Chronic kidney disease (stage 4 or 5)§	2.39 (2.13 to 2.68)	NA	NA
Chronic kidney disease (stage 3, 4, or 5)§	NA	2.09 (1.87 to 2.34)	2.05 (1.83 to 2.29)
Migraine§	NA	1.29 (1.24 to 1.35)	1.29 (1.24 to 1.34)
Corticosteroid use§	NA	1.58 (1.51 to 1.66)	1.58 (1.5 to 1.66)
Systemic lupus erythematosus	NA	1.55 (1.15 to 2.10)	1.55 (1.15 to 2.10)
Atypical antipsychotic use	NA	1.15 (1.07 to 1.23)	1.14 (1.06 to 1.22)
Severe mental illness	NA	1.13 (1.11 to 1.16)	1.13 (1.10 to 1.15)
Erectile dysfunction or treatment§	NA	1.25 (1.18 to 1.33)	1.25 (1.18 to 1.33)
Total cholesterol: HDL cholesterol ratio (per unit increase)	1.19 (1.18 to 1.19)	1.19 (1.18 to 1.19)	1.19 (1.18 to 1.19)
Systolic blood pressure (per 20 unit increase)	1.14 (1.13 to 1.15)	1.14 (1.14 to 1.15)	1.14 (1.13 to 1.14)
Standard deviation of blood pressure (per 10 unit increase)	NA	NA	1.11 (1.09 to 1.12)

NA=not applicable; HDL=high density lipoprotein.
Includes chronic kidney disease (stage 4 or 5) fractional polynomial terms for age (age¹ and age²) and body mass index (BMI² and BMI²ln(BMI)), and interactions with age for body mass index, systolic blood pressure, Townsend score, family history of coronary heart disease, treated hypertension, atrial fibrillation, type 1 diabetes, type 2 diabetes, chronic kidney disease, and smoking status.
§Same as model A with chronic kidney disease (stage 3, 4, or 5), extra variables listed in table, and additional age interactions for: migraine, corticosteroid use, and erectile dysfunction.
†Same as model B but with standard deviation of systolic blood pressure.
‡Interaction with age; hazard ratios evaluated at mean age.

Table 3 Adjusted hazard ratios (95% confidence interval) for cardiovascular disease in women in the derivation cohort			
Predictor variables	Model A*	Model B†	Model C‡
Townsend score (per 5 unit increase)§	1.48 (1.46 to 1.51)	1.47 (1.45 to 1.50)	1.47 (1.45 to 1.50)
Ethnic origin:			
White or not recorded	1.00	1.00	1.00
Indian	1.32 (1.26 to 1.38)	1.32 (1.26 to 1.39)	1.32 (1.26 to 1.39)
Pakistani	1.76 (1.66 to 1.87)	1.76 (1.66 to 1.87)	1.76 (1.66 to 1.86)
Bangladeshi	1.33 (1.23 to 1.44)	1.35 (1.25 to 1.46)	1.34 (1.24 to 1.45)
Other Asian	1.07 (0.985 to 1.16)	1.08 (0.995 to 1.17)	1.08 (0.992 to 1.17)
Black Caribbean	0.836 (0.791 to 0.884)	0.844 (0.798 to 0.892)	0.843 (0.797 to 0.891)
Black African	0.660 (0.605 to 0.721)	0.677 (0.620 to 0.740)	0.675 (0.618 to 0.737)
Chinese	0.710 (0.612 to 0.823)	0.726 (0.625 to 0.842)	0.722 (0.622 to 0.837)
Other	0.836 (0.786 to 0.890)	0.843 (0.792 to 0.897)	0.843 (0.791 to 0.897)
Smoking status§:			
Non-smoker	1.00	1.00	1.00
Former smoker	1.16 (1.12 to 1.19)	1.14 (1.11 to 1.18)	1.14 (1.11 to 1.18)
Light smoker	1.79 (1.73 to 1.85)	1.76 (1.70 to 1.82)	1.75 (1.70 to 1.81)
Moderate smoker	1.98 (1.91 to 2.05)	1.95 (1.88 to 2.02)	1.95 (1.88 to 2.02)
Heavy smoker	2.39 (2.30 to 2.49)	2.34 (2.25 to 2.44)	2.34 (2.25 to 2.43)
Medical characteristics:			
Family history of coronary heart disease in first degree relative <60 years§	1.59 (1.56 to 1.63)	1.58 (1.54 to 1.61)	1.58 (1.54 to 1.61)
Type 1 diabetes§	5.66 (5.11 to 6.26)	5.66 (5.12 to 6.26)	5.62 (5.08 to 6.22)
Type 2 diabetes§	2.95 (2.76 to 3.15)	2.92 (2.73 to 3.13)	2.91 (2.72 to 3.11)
Treated hypertension§	1.75 (1.68 to 1.82)	1.71 (1.64 to 1.78)	1.66 (1.60 to 1.73)
Rheumatoid arthritis	1.32 (1.28 to 1.36)	1.24 (1.21 to 1.28)	1.24 (1.20 to 1.27)
Atrial fibrillation§	5.09 (4.35 to 5.95)	4.94 (4.23 to 5.78)	4.92 (4.20 to 5.75)
Chronic kidney disease (stage 4 or 5)§	2.31 (2.02 to 2.65)	NA	NA
Chronic kidney disease (stage 3, 4, or 5)§	NA	1.94 (1.72 to 2.19)	1.92 (1.70 to 2.17)
Migraine§	NA	1.36 (1.31 to 1.41)	1.35 (1.30 to 1.40)
Corticosteroid use§	NA	1.82 (1.74 to 1.90)	1.81 (1.74 to 1.89)
Systemic lupus erythematosus§	NA	2.15 (1.79 to 2.57)	2.14 (1.78 to 2.56)
Atypical antipsychotic use	NA	1.29 (1.21 to 1.38)	1.29 (1.21 to 1.37)
Severe mental illness	NA	1.14 (1.11 to 1.16)	1.13 (1.11 to 1.16)
Total cholesterol: HDL cholesterol ratio (per unit increase)	1.17 (1.16 to 1.17)	1.17 (1.16 to 1.17)	1.17 (1.16 to 1.17)
Systolic blood pressure (per 20 unit increase)	1.14 (1.14 to 1.15)	1.15 (1.14 to 1.15)	1.14 (1.13 to 1.15)
Standard deviation of blood pressure (per 10 unit increase)	NA	NA	1.08 (1.07 to 1.09)

NA=not applicable; HDL=high density lipoprotein.
Includes chronic kidney disease (stage 4 or 5) fractional polynomial terms for age (age¹ and age²) and body mass index (BMI² and BMI²ln(BMI)), and interactions with age for body mass index, systolic blood pressure, Townsend score, family history of coronary heart disease, treated hypertension, atrial fibrillation, type 1 diabetes, type 2 diabetes, chronic kidney disease, and smoking status.
§Same as model A with chronic kidney disease (stage 3, 4, or 5), extra variables listed in table, and additional age interactions for: migraine, corticosteroid use, and systemic lupus erythematosus.
†Same as model B but with standard deviation of systolic blood pressure.
‡Interaction with age; hazard ratios evaluated at mean age.

¹⁵ D'après Hippisley-Cox J, Coupland C, Vinogradova Y et al. Predicting cardiovascular risk in England and Wales: prospective derivation and validation of QRISK2. BMJ. 2008;336:1475-1482.



Prendre en compte tous les facteurs de risque modifiables.

Nous proposons, pour chacune des composantes du risque de maladie cardiovasculaire modifiable, de mettre à la disposition des médecins généralistes :

- Une synthèse d'informations sur le facteur de risque en lui-même, et des bénéfices en termes de morbidité et de mortalité des interventions sur ce facteur de risque. Cette synthèse est précédée par un message bref pouvant servir à l'information du patient.
- Les outils d'évaluation par le patient de ce facteur de risque.
- Les outils d'évaluation par le médecin de ce facteur de risque, notamment des auto-questionnaires.
- Un court texte sur les interventions validées.
- Une bibliographie

Ces outils sont destinés à faciliter une consultation « centrée patient » pour permettre une décision informée et partagée.

Comment mettre en œuvre une décision informée et partagée ?

Les actions sur les facteurs de risque cardiovasculaires modifiables reposent, pour un grand nombre d'entre eux, sur des comportements. Que ce soit la diététique, l'activité physique, la prise médicamenteuse, la limitation de l'activité physique en cas de pic de pollution aérienne, la gestion du stress, le patient est l'acteur principal. Il s'agit pour le soignant « de rendre explicite la décision à prendre et de détailler l'ensemble des options disponibles et les résultats attendus afin de préparer les personnes à prendre une décision individuelle »¹⁶. Le terme « shared decision making » fait explicitement référence à un **processus** de décision partagée. En prévention primaire, la mise en place de mesures préventives (que nous allons détailler dans ce document) apporte un bénéfice variable, en ne diminuant pour chaque mesure le risque absolu de maladie cardiovasculaire que de quelques pour cent. Par exemple la prescription de statine diminue de 20% le risque relatif de mortalité cardiovasculaire. Quand ce risque absolu est de moins de 10% par exemple, la diminution absolue du risque sera faible également, passant de 10 à 8%. Par contre, les effets secondaires seront les mêmes, quel que soit le niveau de risque initial. La balance décisionnelle pesant les avantages et les inconvénients peut (et doit) être orientée par les préférences du patient.

Pour Epstein, il s'agit de travailler avec le patient en plusieurs étapes pour partager avec lui la connaissance des preuves disponibles, permettre une décision informée, et assurer son rôle de conseil en santé. Il propose des exemples de phrases types permettant de mieux comprendre le patient :

Etape 1 : Comprendre l'expérience et les attentes du patient

- « Qu'attendiez-vous aujourd'hui dans cette visite ? »
- « Je veux juste m'assurer que j'ai abordé toutes les questions importantes ».
- « Voulez-vous inviter votre [partenaire] à discuter ensemble ? »
- « Connaissez-vous quelqu'un avec [votre diagnostic] ? Comment était leur expérience ? »
- [Sinon, alors « Qu'avez-vous entendu, ou qu'attendiez-vous ? »]
- « Vous avez dit que la qualité de vie est plus importante que la quantité, mais dans ce cas cela semble-t-il toujours logique ? »

Étape 2 : Construire des partenariats

- « Vous pourriez vous sentir mal à l'aise, car cela peut être une décision difficile. Je pense que je comprends vos préoccupations et vos questions. Maintenant, je voudrais vous aider à comprendre les questions impliquées dans ma perspective afin que nous puissions prendre cette décision ensemble. »

¹⁶ HAS. Décision médicale partagée – État des lieux. Octobre 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf



Étape 3 : fournir des preuves, y compris des incertitudes

« Bien qu'il y ait eu beaucoup de recherches sur cette question, la réponse n'est toujours pas claire. Permettez-moi d'expliquer mon point de vue sur le dilemme. »

« Bien que nous ayons toujours traité les infections de l'oreille avec un antibiotique, la recherche montre que dans les cas où il y a moins de 2 jours de douleur, l'antibiotique n'est habituellement pas nécessaire et peut causer plus de problèmes qu'il ne l'aide. Six otites sur 10 guérissent spontanément dans les 24 heures. »

« Même si les éléments de preuve sont divisés sur cette question, je pense que nous pouvons encore prendre une décision raisonnable ».

Étape 4 : Recommandations actuelles

« Nous pourrions essayer un antidépresseur tricyclique qui peut aider votre douleur, même si la preuve n'est pas sur la façon dont cela fonctionne. »

« Je pense que vous devriez éviter les antibiotiques pour l'instant, mais vous pouvez m'appeler si cela ne va pas et nous pouvons reconsidérer la stratégie. »

« Je vais suggérer un médicament qui pourrait aider à renforcer vos os, mais cela pourrait également aggraver vos brûlures d'estomac si vous ne faites pas attention. Je pense que [. . .] serait le meilleur moyen d'action. »

Étape 5 : Vérifier la compréhension et l'accord

« Cela vous semble-t-il logique ? »

« Pourriez-vous me dire comment vous avez compris les propositions de choix thérapeutique que je vous ai proposées ? »¹⁷.

Pour faciliter l'implication du patient dans la décision, nous proposons un outil, sous la forme d'un auto-questionnaire regroupant des auto-questionnaires validés, pour l'aider à préparer a consultation avec son médecin. Cet outil aborde tous les facteurs de risques modifiables.

Cet ensemble d'auto-questionnaires est à utiliser soit en une seule fois au cours d'une consultation dédiée, soit séparément au cours de plusieurs consultations. La consultation dédiée a pour avantage de regrouper les questionnaires en minimisant le risque d'oubli de telle ou telle composante du risque. Comme inconvénient, elle va prendre plus de temps. Il est préférable que le patient remplisse ces questionnaires à son domicile, et que la consultation soit réservée à une analyse en commun.

Les modalités de la consultation reposeront au mieux sur des techniques motivationnelles (questions ouvertes, reformulations, balance motivationnelle, plan de changement...)¹⁸.

Une hiérarchisation des interventions, lorsqu'elle doit être multifactorielle, est à construire avec le patient, dans le cadre d'une décision informée et partagée. Chaque action sera ensuite menée en fonction de la hiérarchisation construite avec le patient. Un tableau est destiné à cet usage.

A propos des scores de risque cardiovasculaire :

La HAS propose d'utiliser SCORE (voir le chapitre dédiée). Cette échelle permet de calculer le risque de mortalité cardiovasculaire à 10 ans. Il ne comporte que quelques variables (cholestérolémie totale, pression artérielle, statut tabagique et âge). Cet outil sera à utiliser préférentiellement pour identifier le niveau de risque cardiovasculaire. Son échelle visuelle colorée est en soi informative. Elle peut aider au choix de la prescription d'une statine en identifiant le niveau de risque sur les variables concernées. Elle n'interprète pas les données

¹⁷ Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. JAMA. 2004;291:2359-2366.

¹⁸ Golay A, Lager G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? (French Edition). Paris: Maloine; 2009



concernant par exemple l'activité physique et l'alimentation. Elle a pour avantage d'être adaptée à la population française.

Pour discuter avec le patient de l'intérêt de l'usage de statines en prévention primaire, un outil comme Statin Decision Choice Aid permet de visualiser les changements du risque cardiovasculaire à la suite de la prise de statines¹⁹.

Comment utiliser les échelles et scores de risque cardiovasculaire ?

Première étape : définir si le patient se situe en prévention primaire ou secondaire. Par définition, la prévention secondaire concerne les patients ayant déjà eu un évènement cardiovasculaire : coronaropathie avec ou sans infarctus du myocarde, artériopathie périphérique avec ou sans évènement ischémique aigu, accident vasculaire cérébral avec ou sans séquelle. En prévention secondaire, par définition le patient est en situation de haut risque cardiovasculaire. En prévention, primaire, le patient peut être à bas risque ou à haut risque. Cette notion de niveau de risque est une variable continue.

Seconde étape si le patient est en situation de prévention primaire : des outils comme SCORE, des équations comme celles de Framingham ou QRISK 3 permettent de définir un niveau de risque à une échéance de 10 ans, de mortalité cardiovasculaire pour SCORE, de morbidimortalité pour les deux dernières. Seul SCORE est recommandé pour être utilisé dans la population française.

Le principal intérêt de ces outils est d'aider à la prise de décision de prescription d'une statine. Les statines diminuent le risque relatif d'évènement cardiovasculaire de 20 à 30% chez tous les individus, quel que soit le niveau de risque de départ. Mais leur intérêt clinique n'est pas le même si le niveau de risque est de 1 ou de 50% (la diminution du risque absolu sera de 0,2% dans le premier cas, de 15% dans le second). Le site « Statin Decision Choice Aid » propose une méthode pédagogique pour permettre de construire avec son patient une décision informée sur le risque cardiovasculaire et l'effet de la prise de statine.

Quel outil choisir ?

- **SCORE est sans doute l'outil le plus simple. Visuel, il montre bien le poids des facteurs de risque et notamment le tabac.**
- **QRISK 3 permet d'explorer un grand nombre des facteurs de risque de la maladie cardiovasculaire.**
- **Pour décider avec le patient de la prescription d'une statine et dans le cadre d'une décision informée et partagée, l'outil de la Mayo Clinic est le plus pédagogique.**

¹⁹ https://statindecisionaid.mayoclinic.org/index.php/site/index?lang=fr_fr (site visité le 31 mai 2018).



Quelques notions épidémiologiques

Les maladies cardiovasculaires sont la seconde cause de mortalité en France métropolitaine en 2013, après les tumeurs.

Principales causes de décès en France métropolitaine en 2013²⁰

En milliers

	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Effectif (valeur absolue)	en %	Effectif (valeur absolue)	en %	Effectif (valeur absolue)	en %
Maladies infectieuses et parasitaires ²¹	5,6	2,0	5,1	1,8	10,7	1,9
Tumeurs	67,7	24,5	92,0	32,9	159,7	28,7
dont :						
tumeurs du larynx, trachée, bronches et poumon	8,1	2,9	23,1	8,2	31,2	5,6
tumeurs du côlon	6,0	2,2	6,4	2,3	12,4	2,2
tumeurs du rectum et de l'anus	1,9	0,7	2,6	0,9	4,5	0,8
tumeurs du sein	11,7	4,2	0,1	0,0	11,8	2,1
Troubles mentaux et du comportement	13,1	4,8	9,0	3,2	22,2	4,0
Maladie de l'appareil circulatoire	74,7	27,0	64,2	22,9	138,9	25,0
dont :						
maladies cérébro-vasculaires	18,5	6,7	13,1	4,7	31,6	5,7
cardiopathies ischémiques	14,0	5,1	19,4	6,9	33,4	6,0
Maladies de l'appareil respiratoire	17,8	6,5	19,0	6,8	36,8	6,6
Maladies de l'appareil digestif	10,4	3,8	12,1	4,3	22,4	4,0
Causes externes	14,6	5,3	21,3	7,6	35,9	6,5
dont :						
accidents de transport	0,7	0,3	2,3	0,8	3,0	0,5
suicides	2,4	0,9	7,2	2,6	9,6	1,7
Autres causes	72,3	26,2	57,3	20,5	129,6	23,3
Total	276,1	100,0	280,1	100,0	556,2	100,0

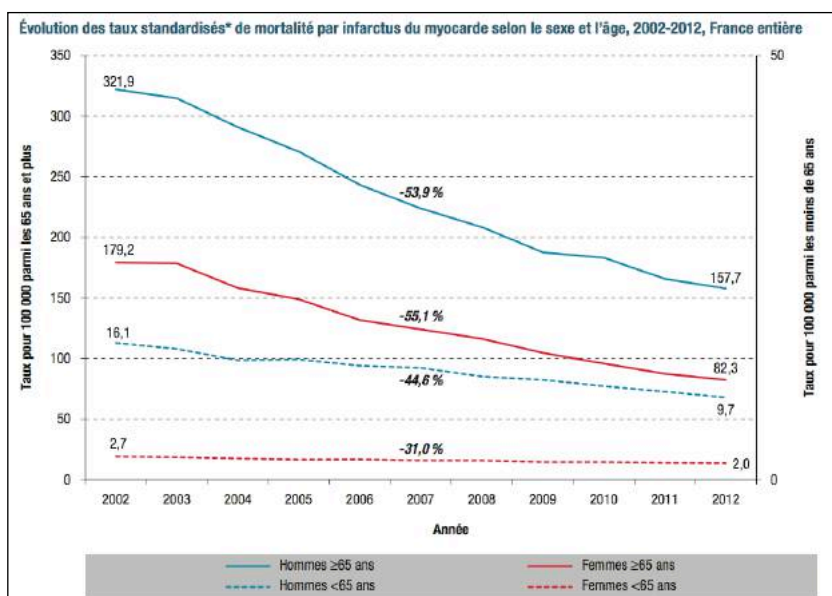
Incidence en fonction du sexe :

Une augmentation du taux de femmes de moins de 65 ans hospitalisées pour IDM a été observée entre 2008 et 2013, particulièrement chez les 45-54 ans (+4,8% par an). Cette évolution était moins marquée chez les hommes. Parmi les 65 ans et plus, les diminutions des taux pour les deux sexes étaient faibles entre 2008 et 2013 (-11,1% pour les femmes et -1,7% pour les hommes). La mortalité par IDM a fortement diminué chez les hommes comme chez les femmes dans toutes les classes d'âge entre 2002 et 2012 (de plus de 30%). Des évolutions préoccupantes de l'incidence annuelle de l'IDM en France sont rapportées chez les femmes de moins de 65 ans. Elles pourraient être reliées aux évolutions de certains facteurs de risque, en particulier le tabagisme, pour lesquels des mesures préventives supplémentaires pourraient être développées²².

²⁰ www.insee.fr / Inserm - CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).

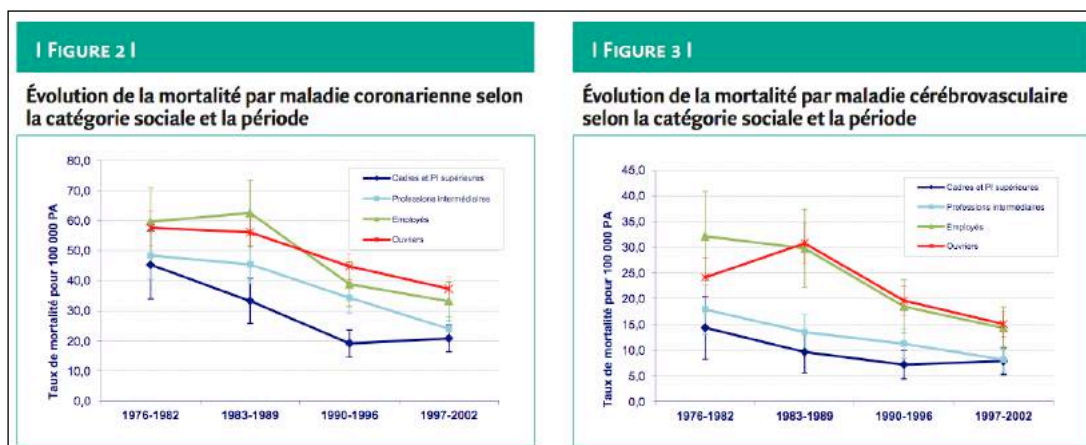
²¹ Y compris le sida.

²² Gabet A, Danchin N, Olié V. Infarctus du myocarde chez la femme : évolutions des taux d'hospitalisation et de mortalité, France, 2002-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(7-8):100-8. http://www.invs.sante.fr/beh/2016/7-8/2016_7-8_1.html



Les inégalités sociales en santé sont associées à une augmentation de la mortalité cardiovasculaire :

Il existe un gradient social de mortalité cardiovasculaire avec des disparités selon les secteurs d'activités. Les facteurs socioprofessionnels seraient associés à la mortalité cardiovasculaire^{23,24}. Des inégalités régionales et infra départementales sont également en cause²⁵.



Une symptomatologie atypique.

La symptomatologie des infarctus du myocarde n'est pas conforme à la séméiologie classique : il existe une association forte entre douleur thoracique typique ou atypique et risque d'IDM. La dyspnée, la fatigue et la dyspepsie sont associées avec un risque accru d'IDM, et une augmentation du risque cardiovasculaire à 10 ans de 20% ou plus²⁶. Tous ces éléments doivent nous inciter à reconsidérer le risque cardiovasculaire dans une vision globale de sa prise en charge, en utilisant des outils limitant au maximum notre subjectivité.

²³ Diène E, Fouquet A, Geoffroy-Perez B, Julliard S. Mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires chez les hommes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2014. 6 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

²⁴ Perk J, Backer G De, Gohlke H, Graham I. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and. Eur Heart J [Internet]. 2012;2315-81. Available from: <http://www.escard.org>

²⁵ Gabet A, Lamarche-Vadel A, Chin F, Olié V. Disparités régionales de la mortalité prématurée par maladie cardiovasculaire en France (2008-2010) et évolutions depuis 2000-2002. Bull Epidemiol Hebd. 2014(26):430-8. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/26/2014_26_1.html

²⁶ Robson J, Ayerbe L, Mathur R, Addo J, Wragg A. Clinical value of chest pain presentation and prodromes on the assessment of cardiovascular disease: a cohort study. BMJ Open [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 15];5(4):e007251. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25877275>



Alimentation

DONNÉES SCIENTIFIQUES

En résumé

Une alimentation équilibrée de type « régime méditerranéen » permet une réduction du risque d'évènement cardiovasculaire en prévention primaire.

Synthèse de la littérature

Rees K, Takeda A, Martin N, Ellis L, Wijesekara D, Vepa A, Das A, Hartley L, Stranges S. Mediterranean-style diet for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 3. Art. No.: CD009825. DOI: 10.1002/14651858.CD009825.pub3.

Résumé.

Le régime méditerranéen pour la prévention des maladies cardiovasculaires

Il est bien établi à présent que le régime alimentaire joue un rôle majeur dans le risque de maladies cardiovasculaires. Le modèle de régime alimentaire traditionnel dit « Méditerranéen » est particulièrement intéressant en raison d'observations répétées depuis les années 1960 selon lesquelles les populations des pays du bassin méditerranéen, tels que la Grèce et l'Italie, ont une mortalité par maladies cardiovasculaires plus faible que celles de populations d'Europe du nord ou des États-Unis, probablement en lien avec des habitudes alimentaires différentes.

Cette revue a évalué les effets de la prestation de conseils diététiques pour l'adoption d'un régime méditerranéen ou de la distribution d'aliments inclus dans le régime méditerranéen (ou les deux) sur l'apparition ou la récurrence de maladies cardiovasculaires et sur la réduction des facteurs de risque qui y sont associés chez des adultes en bonne santé, des personnes à risque accru de maladies cardiovasculaires, et des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires. Les définitions d'un régime alimentaire méditerranéen varient et nous n'avons inclus que des essais contrôlés randomisés (ECR) d'interventions qui ont fait état des deux composantes clés suivantes : un rapport élevé d'acides gras monoinsaturés/acides gras saturés (utilisation d'huile d'olive comme ingrédient principal de cuisson et/ou consommation d'autres aliments traditionnels riches en acides gras monoinsaturés comme les noix) et un apport élevé en aliments d'origine végétale, notamment les fruits, les légumes, et les légumineuses. Les composantes suivantes ont aussi été incluses : une consommation faible à modérée de vin rouge ; une consommation élevée de céréales complètes ; une faible consommation de viande et de produits carnés, et une consommation accrue de poisson ; une consommation modérée de lait et de produits laitiers. Le groupe témoin a fait l'objet d'une intervention minimale, de soins habituels, d'une autre intervention diététique ou n'a fait l'objet d'aucune intervention. Nous avons trouvé 30 ECR (49 articles) répondant à ces critères. Nous avons trouvé une énorme variation entre les essais concernant les participants recrutés et les différentes interventions diététiques. Nous avons regroupé les études sur les effets d'une alimentation de type méditerranéen dans les quatre catégories suivantes, afin de faciliter l'interprétation des résultats :

- 1. Une intervention diététique méditerranéenne comparée à l'absence d'intervention ou à une intervention minimale pour prévenir l'apparition de maladies cardiovasculaires ;*
- 2. Une intervention diététique méditerranéenne comparée à une autre intervention diététique pour prévenir l'apparition de maladies cardiovasculaires ;*
- 3. Une intervention diététique méditerranéenne comparée à une prise en charge habituelle des personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire pour prévenir la récurrence ;*
- 4. Une intervention diététique méditerranéenne comparée à une autre intervention diététique pour prévenir la récurrence.*



Peu d'essais ont examiné l'apparition de maladies cardiovasculaires chez les personnes atteintes ou non d'une maladie au départ. Un grand essai mené auprès de personnes présentant un risque élevé de maladie cardiovasculaire a montré que l'intervention alimentaire méditerranéenne présentait un avantage par rapport à un régime pauvre en graisses quant au risque d'accident vasculaire cérébral, mais pas en ce qui concerne le risque de crise cardiaque ou les décès dus aux maladies cardiaques ou à d'autres causes. Une autre étude chez des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires a révélé un bénéfice de l'intervention diététique méditerranéenne sur le risque de décès dû à une maladie cardiaque ou à d'autres causes. Nous avons jugé que ces deux études fournissaient des données de valeur probante faible à moyenne. Nous avons dû exclure deux études de nos analyses par crainte que les données ne soient pas fiables. Les autres essais cliniques inclus dans cette revue ont mesuré les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires. Nous avons trouvé des données de valeur probante faible à moyenne indiquant certains changements bénéfiques sur les taux de lipides et la tension artérielle avec un régime de type méditerranéen chez les personnes sans maladie. Chez les personnes déjà atteintes d'une maladie cardiovasculaire, nous avons trouvé des données de valeur probante faible à très faible pour suggérer que l'alimentation de type méditerranéen n'avait aucun effet sur les facteurs de risque. Les effets secondaires potentiels du régime alimentaire examinés dans deux essais se sont avérés être soit absents, soit mineurs.

Cette revue conclut que, malgré le grand nombre d'essais inclus, il subsiste des incertitudes quant aux effets d'un régime méditerranéen sur l'apparition de maladies cardiovasculaires et sur les facteurs de risque chez les personnes atteintes ou non de maladies cardiovasculaires. Nous avons trouvé sept essais qui sont toujours en cours et dont les résultats seront incorporés à cette revue, dès qu'ils seront disponibles, afin d'essayer de réduire les incertitudes sur les résultats de cette revue.

REPÉRAGE

Outils pour les patients

Dans notre auto-questionnaire, nous vous proposons des questions reprenant les principaux conseils du Plan National Nutrition Santé (PNNS)²⁷.

En fonction des compétences et du temps dont dispose le médecin, une enquête alimentaire pourra ensuite être réalisée, au mieux sur 3 jours (Annexe 1).

La consultation d'un diététicien (non remboursée par l'assurance maladie, mais prise en charge par certaines complémentaires santé) ou d'un nutritionniste est de nature à optimiser la prise en charge diététique.

Outils pour les médecins

Nous proposons un questionnaire (non validé) reprenant les principaux conseils du PNNS.

- Je privilégie la volaille à la viande rouge
- Je limite ma consommation de viande rouge à 500 grammes par semaine (équivalent de 3 à 4 steaks)
- Je mange du poisson au moins 2 fois par semaine
- Je consomme des fruits à coque (noix, noisettes, amandes, pistaches non salées) une petite poignée par jour
- Je privilégie les modes de cuisson sans matière grasse
- Je préfère l'huile de noix, colza et olive aux autres matières grasses
- Je limite ma consommation de sel
- Je mange au moins 3 fruit et légumes différents par jour
- J'évite de grignoter entre les repas et le soir
- Je mange des légumes secs au moins 2 fois par semaine
- Je ne me resserts pas
- Je limite ma consommation de plats industriels
- J'évite de manger trop sucré
- Je ne consomme pas d'alcool 2 jours par semaine

Les réponses à ce questionnaire permettent d'introduire avec la personne un débat.

Un relevé alimentaire sur 3 jours pourra être proposé ensuite si besoin, permettant de relever les « erreurs »

²⁷ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf



alimentaires manifestes (grignotage, repas trop gras, trop abondants, trop sucrés). Une consultation éducative utilisera les données issues de ce questionnaire pour permettre au patient de construire des micro-objectifs comme limiter le grignotage, introduire des portions de légumes, limiter les boissons sucrées et les gâteaux...

La consultation du diététicien ou du nutritionniste est un élément clé pour les patients et les médecins.

Une seule revue de la littérature (12 études contrôlées randomisées de niveau de preuve 2) a démontré une réduction de l'hypercholestérolémie significativement plus importante avec des conseils diététiques délivrés uniquement par un diététicien au cours de consultations répétées en comparaison à des conseils délivrés par un médecin. Des études complémentaires devraient être menées pour s'assurer des bénéfices à long terme de cette intervention.

La littérature (études contrôlées randomisées, recommandations professionnelles) suggère l'intérêt de conseils diététiques dans un grand nombre de pathologies ou états de santé comme le diabète de type 1 et de type 2, l'obésité, la prévention des maladies cardio-vasculaires, la mucoviscidose, le cancer, les allergies alimentaires, l'infection par le virus de prévention et le traitement des escarres, le sevrage tabagique, et dans certaines situations de grossesse et de sport à haut niveau. Dans ces études, l'intervention spécifique du diététicien est difficile à isoler dans une stratégie multi-professionnelle où les modalités concrètes de mise en œuvre des interventions sont insuffisamment décrites. in²⁸.

Comme nombre d'interventions sur le style de vie, souvent multifactorielles, l'effet de la diététique prise isolément est difficile à prouver, d'autant que le point de départ des habitudes alimentaires est de niveau très variable. Cette intervention se situe dans un contexte de prise en compte par le patient de ses comportements et des actions qu'il peut lui-même mettre en place (principes de l'éducation thérapeutique).

INTERVENTION

Le guide « La santé vient en mangeant »²⁹ apporte des conseils « plaisir » pour les patients.

La « fabrique à menus »³⁰ de Santé Publique France (ex INPES) est un outil en ligne permettant de construire des menus personnalisés et variés.

La consultation du diététicien et du nutritionniste est une aide de second recours.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Angermayr L, Melchart D, Linde K. Multifactorial lifestyle interventions in the primary and secondary prevention of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus--a systematic review of randomized controlled trials. *Ann Behav Med.* 2010;40:49-64.
- Trichopoulou A et al. Anatomy of health effects of mediterranean diet: greek EPIC prospective cohort study. *BMJ.* 2009;338:B2337.
- Estruch R et al. for the PREDIMED Study Investigators. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med.* 2013;368:1279-90.
- Li S et al. Better Diet Quality and Decreased Mortality Among Myocardial Infarction Survivors. *JAMA Intern Med.* Doi:10.1001/jamainternmed.2013.9768
- Estruch R. Eat a Healthy Diet and Drink Wisely to Postpone Dying If You Survived a Myocardial Infarction? Yes, but Randomized Clinical Trials Are Needed. *JAMA Intern Med.* 2013;doi:10.1001/jamainternmed.2013.7667.
- Actualisation des repères du PNNS : Étude des relations entre consommation de groupes d'aliments et risque de maladies chroniques non transmissibles [En ligne] <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2017SA0142.pdf>. Consulté le 17 février 2020.

²⁸ ADLF – HAS La consultation diététique réalisée par un diététicien. Janvier 2006

²⁹ <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/581.pdf>

³⁰ <http://www.mangerbouger.fr/Manger-Mieux/Vos-outils/Fabrique-a-menus>



Activité Physique

DONNÉES SCIENTIFIQUES

En résumé

Il existe des interactions entre le temps de sédentarité, le niveau habituel d'activité physique (AP) régulière et leurs effets sur la santé³¹ :

- L'association entre le comportement sédentaire et la mortalité, toutes causes confondues, varie avec le volume habituel d'AP d'intensité modérée à élevée de l'individu, de sorte que les effets délétères d'un comportement sédentaire sont plus prononcés chez les personnes physiquement inactives ;
- Les effets de l'AP d'intensité modérée à élevée varient en fonction du comportement sédentaire, de sorte que les personnes très sédentaires semblent avoir besoin d'un volume d'AP plus important pour atteindre le même niveau de diminution de risque de mortalité toutes causes confondues en valeur absolue, que les personnes moins sédentaires.

On considère habituellement que si les périodes de sédentarité sont interrompues par de courtes périodes (minimum : 1 minute, voire 5 minutes) de position debout ou mieux par une AP d'intensité légère, les effets délétères de la sédentarité sont réduits, même si des données récentes considèrent que les preuves sont encore insuffisantes pour affirmer que ces ruptures limitent les effets délétères de la sédentarité Il est toutefois acquis que, chez les adultes physiquement inactifs, le remplacement d'un comportement sédentaire par des AP d'intensité légère (ou plus) a des effets bénéfiques sur la santé.

Activité physique : le simple fait de déclarer pratiquer 15 minutes d'AP (activité physique) d'intensité modérée par jour (ex. marche rapide), 6 jours par semaine, ou 90 min par semaine améliore l'espérance de vie ; en effet, comparativement à des sujets ayant un très faible niveau d'activité hebdomadaire (moins de 3,75 METs-h/sem³²), ces sujets au faible niveau d'activité (entre 3,75 et 7,49 METs-h/sem) ont une réduction de 19 % du risque de mortalité par maladie cardiovasculaire (Wen et al. 2011)³³.

Une méta-analyse portant sur 174 articles a évalué l'efficacité de l'activité physique à diminuer le risque de maladies chroniques. Elle a montré que pour les maladies coronariennes et les AVC, une activité physique passant de moins de 600 MET/semaine à plus de 8 000 MET/semaine diminuait le risque d'infarctus du myocarde de 25 % et celui d'AVC de 26%³⁴.

Il est utile d'identifier le niveau d'activité physique actuelle de nos patients pour les encourager, si elle ne correspond pas au minimum recommandé (15 minutes de marche rapide par jour ou 90 minutes par semaine au moins) pour les motiver.

³¹ HAS. Guide de promotion, consultation et prescription médicale de l'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. Organisation des parcours. Septembre 2018.

³² L'intensité d'une activité physique est le plus souvent exprimée en MET (équivalent métabolique ; metabolic equivalent of task), défini comme le rapport de la dépense énergétique liée à l'activité physique sur le métabolisme de base. 1 MET correspond au niveau de dépense énergétique au repos, assis sur une chaise (3.5mlO₂/mn/kg). L'échelle d'équivalence métabolique va de 0,9 MET (sommeil) à 18 MET (course à 17,5 km/h). Plus l'intensité de l'activité est élevée, plus le nombre de MET est élevé.

³³ Wen CP, Wai JP, Tsai MK et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. Lancet. 2011;378:1244-1253.

³⁴ Kyu HH, Bachman VF, Alexander LT et al. Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. BMJ. 2016;354:i3857.

Synthèse de la littérature

Nous reprenons les recommandations de l'ANSES de février 2016³⁵:

« En 2008, une méta-analyse des études de cohorte publiées entre 1992 et 2007 avec un suivi d'au moins 3 ans a montré une réduction du risque de 30 % de la mortalité par maladies cardiovasculaires chez les personnes (hommes et femmes) les plus actives comparées au moins actives (Nocon et al. 2008). Ces résultats ont été corroborés par des études ultérieures. Le suivi d'une cohorte de plus de 660 000 femmes âgées de 30 à 70 ans sur une période de 11 ans a permis d'évaluer le risque spécifique attribuable à l'inactivité (fraction attribuable dans la population, PAF) (Borch et al. 2011). Au cours de cette étude, la fraction de décès par maladie cardiovasculaire attribuable à un faible niveau d'AP (de 1 à 4 sur une échelle déclarative en 10 points) a été évaluée à 11,3 %. Cette estimation signifie que sur la population étudiée, l'élimination de l'état d'inactivité permettrait de réduire de 11,3 % les décès d'origine cardiovasculaire. Dans une autre étude, le suivi de plus de 6800 hommes et femmes âgés de 22 à 75 ans sur une période de 42 ans, a montré qu'un niveau élevé d'AP (classement des individus sur la base de 6 questions relatives à la pratique d'AP) était associé à une diminution de 34 % du risque de mortalité par maladies coronariennes ou par accidents vasculaires cérébraux, comparé à une absence ou à un niveau bas d'AP (Gulsvik et al. 2012).

Indépendamment de l'intensité, le volume quotidien d'AP permet aussi de diminuer le risque de mortalité cardiovasculaire. Ce risque est diminué de 20 à 60 % chez des sujets de plus de 40 ans pratiquant plus de 1 heure de marche par jour ou plus de 5 heures de sport par semaine par rapport à ceux ne pratiquant que 30 min de marche par jour ou une à deux heures de sport par semaine (Noda et al. 2005). Chez des sujets n'atteignant pas les recommandations minimales en AP, le simple fait de déclarer pratiquer 15 min d'AP d'intensité modérée par jour (ex. marche rapide), 6 jours par semaine, ou 90 min par semaine permet d'améliorer l'espérance de vie ; en effet, comparativement à des sujets ayant un très faible niveau d'activité hebdomadaire (moins de 3,75 METs-h/sem), ces sujets au faible niveau d'activité (entre 3,75 et 7,49 METs-h/sem) ont une réduction de 19 % du risque de mortalité par maladie cardiovasculaire (Wen et al. 2011).

Ces effets bénéfiques de l'AP sur la réduction de la mortalité sont retrouvés dans tous les groupes d'âge, indépendamment de l'âge à l'inclusion, et persistent tout au long du suivi. Cependant, lorsqu'il existe d'autres facteurs de risque (comme l'obésité), le risque de mortalité cardiovasculaire est réduit par la pratique de l'AP, mais pas autant que pour des sujets de poids corporel normal ayant le même niveau d'AP (Hu et al. 2004).

Quelques études ont évalué les poids respectifs des différents contextes d'AP (AP liée au travail, aux déplacements actifs et aux transports, aux activités domestiques, aux activités sportives et de loisirs) sur la mortalité d'origine cardiovasculaire. Le suivi pendant 18 ans d'une cohorte de plus de 4600 hommes et femmes âgés de 25 à 74 ans, a montré une réduction de 46 % de la mortalité pour l'AP liée au travail, de 50 % pour l'AP aux loisirs, de 20 % pour les AP domestiques, et de 25 % pour l'AP totale (Autenrieth et al. 2011) chez les sujets les plus actifs par rapport aux moins actifs. Enfin, une étude très récente réalisée sur plus de 17000 sujets âgés de 16 à 92 ans, a montré que l'AP de loisir (niveau d'AP de loisirs auto-déclaré) permettait de diminuer de 21 % le risque de mortalité par maladies cardiovasculaires chez les femmes (Wanner et al. 2014). Au cours de cette étude, la pratique d'une activité sportive une à plusieurs fois par semaine était associée à une diminution de 21 à 18 % de la mortalité par maladies cardiovasculaires chez les hommes.

La marche étant une AP très répandue, facile à réaliser par tous, les relations dose-réponse entre la

³⁵ ANSES Actualisation des repères du PNNS : Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité Rapport de l'expertise collective. Décembre 2015.



marche et la mortalité ont été évaluées. La réduction la plus importante du risque de mortalité par maladies cardiovasculaires est de 35 % et est observée chez les personnes qui marchent entre 1,8 et 3,6 METs-h par jour (équivalent à 5 h ou 28 km de marche rapide par semaine) (Williams 2013), ce qui est deux fois supérieur aux recommandations actuelles. Il y aurait donc des bénéfices importants pour la réduction de la mortalité à pratiquer une AP au-delà des recommandations actuelles.

La pratique régulière d'une AP d'intensité plus élevée que la marche, et facile à pratiquer comme la course à pied permet de réduire de 45 % la mortalité par maladies cardiovasculaires (Lee et al. 2014). Une réduction de 21 à 54 % de la mortalité est observée dès les faibles niveaux de pratique caractérisés par faibles distances de courses (< 10 km/semaine), pratiquées moins de 3 fois par semaine et à faible vitesse (< 10 km/h). Dans cette étude, l'augmentation du temps de maintien ou de la fréquence de cette activité d'intensité élevée à très élevée (> 6 METs) ne permet pas d'observer d'effet dose. Par ailleurs, l'incidence des morts subites est 2 fois plus élevée chez les non-coueurs que chez les coueurs (respectivement 1,5 et 0,7 cas /10000 personnes-années) ».

REPÉRAGE

Outils pour les patients

L'auto-questionnaire de RICCI et GAGNON (Annexe 2) est fréquemment utilisé pour permettre à une personne de situer son activité physique. Il peut être utilisé de manière motivationnelle, comme une échelle visuelle analogique permettant de travailler sur la motivation, item par item.

Outils pour les médecins

L'auto-questionnaire de RICCI et GAGNON, utilisé dans le cadre d'une consultation motivationnelle, permet de travailler avec le patient. S'il n'est pas validé en termes métronomiques, il l'est par l'usage, dans le cadre d'une décision partagée avec le patient. Ce n'est pas un outil permettant de « scorer » l'activité physique, quoiqu'il propose une « note ». Dans notre expérience, il s'agit d'un outil ouvrant le dialogue avec le patient, pour travailler avec lui sur SES solutions et sur sa motivation à évaluer son niveau d'activité physique, et à l'augmenter si nécessaire. C'est un outil à utiliser de manière motivationnelle. Comme pour les échelles de motivation, il est utile de partir de ce que le patient décrit comme activité, quelles sont ses facilités, ses difficultés, ses désirs, ses projets, en valorisant les activités qu'il pratique déjà. Cela permet de construire avec des projets d'activité physique, pour atteindre un niveau de 3 séances de 30 minutes d'une activité soutenue par semaine, comme le ménage, la marche rapide, la natation ou le vélo à 15 à 20 km/h.

INTERVENTION

Une activité physique modérée (le seuil concret peut être matérialisé par une sensation de chaleur, sans sueur obligatoirement), 30 minutes 3 fois par semaine est conseillée.

Le décret sur « sport sur ordonnance »³⁶ prévoit la facilitation de la mise en œuvre d'une activité physique pour les patients en ALD. Les financements ne sont pas prévus dans ce texte. Le repérage des clubs sportifs et des ressources permettant des activités physiques de groupe sur le territoire de proximité du médecin est à encourager.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Machado AP, Lima BM, Laureano MG et al. Educational strategies for the prevention of diabetes, hypertension, and obesity. Rev Assoc Med Bras (1992). 2016;62:800-808.

³⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033748987&categorieLien=id>



- Móczár C. Effect of healthy diet and physical activity on the level of non-HDL cholesterol in obese subjects without cardiovascular disease and diabetes mellitus. *Orv Hetil.* 2015;156:1710-1714.
- Thompson D, Walhin JP, Batterham AM, Stokes KA, Cooper AR, Andrews RC. Effect of diet or diet plus physical activity versus usual care on inflammatory markers in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: the Early ACTivity in Diabetes (ACTID) randomized, controlled trial. *J Am Heart Assoc.* 2014;3:e000828.
- Blomster JJ, Chow CK, Zoungas S et al. The influence of physical activity on vascular complications and mortality in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Obes Metab.* 2013;15:1008-1012.
- Hardcastle SJ, Taylor AH, Bailey MP, Harley RA, Hagger MS. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013;10:40.
- Wen CP, Wai JP, Tsai MK et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet.* 2011;378:1244-1253.
- Ruffin MT, Nease DEJ, Sen A et al. Effect of preventive messages tailored to family history on health behaviors: the Family Healthware Impact Trial. *Ann Fam Med.* 2011;9:3-11.
- Angermayr L, Melchart D, Linde K. Multifactorial lifestyle interventions in the primary and secondary prevention of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus--a systematic review of randomized controlled trials. *Ann Behav Med.* 2010;40:49-64.
- Hudon C, Fortin M, Soubhi H. Single risk factor interventions to promote physical activity among patients with chronic diseases: systematic review. *Canadian family physician Médecin de famille canadien.* 2008;54:1130-1137.
- Shaw K, Gennat H, O'Rourke P, Del Mar C. Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006CD003817.
- Tanasescu M, Leitzmann MF, Rimm EB, Hu FB. Physical activity in relation to cardiovascular disease and total mortality among men with type 2 diabetes. *Circulation.* 2003;107:2435-2439.



TEST DE SEDENTARITE ET ACTIVITE PHYSIQUE

Ce questionnaire d'auto-évaluation vous permet de déterminer votre profil : inactif, actif ou très actif.

Calculez-le en additionnant le nombre de points (1 à 5) correspondant à la case cochée de chaque item.

	POINTS					SCORES
(A) COMPORTEMENTS SEDENTAIRES	1	2	3	4	5	
Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télé, ordinateur, travail, etc.) ?	+ de 5 h <input type="checkbox"/>	4 à 5 h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	2 à 3 h <input type="checkbox"/>	Moins de 2 h <input type="checkbox"/>	
Total (A)						
(B) ACTIVITES PHYSIQUES DE LOISIR (DONT SPORTS)	1	2	3	4	5	SCORES
Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ?	Non <input type="checkbox"/>				Oui <input type="checkbox"/>	
A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 fois / mois <input type="checkbox"/>	1 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	2 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	3 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	4 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Habituellement comment percevez-vous votre effort ? Le chiffre 1 représentant un effort très facile et le 5, un effort difficile.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
Total (B)						
(C) ACTIVITES PHYSIQUES QUOTIDIENNES	1	2	3	4	5	SCORES
Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Légère <input type="checkbox"/>	Modérée <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Intense <input type="checkbox"/>	Très intense <input type="checkbox"/>	
En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménages, etc. ?	Moins de 2 h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	5 à 6 h <input type="checkbox"/>	7 à 9 h <input type="checkbox"/>	Plus de 10 h <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ?	Moins de 2 <input type="checkbox"/>	3 à 5 <input type="checkbox"/>	6 à 10 <input type="checkbox"/>	11 à 15 <input type="checkbox"/>	Plus de 16 <input type="checkbox"/>	
Total (C)						
Total (A)+(B)+(C)						

RESULTATS :

Moins de 18 : Inactif

Entre 18 et 35 : Actif

Plus de 35 : Très actif

D'après le questionnaire de Ricci et Gagnon, université de Montréal, modifié par Laureyns et Séné



Tabac

DONNÉES SCIENTIFIQUES

En résumé

Le risque de survenue d'un infarctus du myocarde ou d'un accident vasculaire cérébral diminue de 50 % dans les deux ans suivant un sevrage tabagique³⁷.

Synthèse de la littérature

Nous présentons un extrait de la recommandation de la HAS d'octobre 2013³⁸.

« L'étude internationale réalisée dans 52 pays, Interheart, a confirmé que, de façon universelle, le tabagisme est le deuxième facteur de risque d'infarctus du myocarde, très près derrière les dyslipidémies.

L'analyse spécifique des données sur le tabagisme issues de cette étude montre que :

- fumer multiplie par 3 le risque d'infarctus du myocarde ;*
- le risque est proportionnel à la consommation, mais sans seuil au-dessous duquel fumer soit sans risque, même pour quelques cigarettes (risque multiplié par 1,6 pour une consommation de 1 à 9 cigarettes/jour) ;*
- le risque est sensiblement le même, quel que soit le type de tabagisme (cigarettes avec ou sans filtre, pipe, cigare, narguilé, tabac à mâcher...) ;*
- la part attribuable au tabagisme dans la survenue d'un infarctus est globalement évaluée à 38 % et est d'autant plus importante que les sujets sont jeunes : chez les hommes de moins de 55 ans, elle est de 58 % et de 6 % chez les femmes de plus de 65 ans.*

Le tabagisme joue aussi un rôle majeur dans la survenue et l'évolution de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs : 90 % des patients ayant cette localisation d'athérosclérose sont fumeurs. Le risque de développer un anévrisme de l'aorte abdominale est significativement augmenté chez les fumeurs. La thrombo-angéite oblitérante ou maladie de Buerger, qui concerne essentiellement des hommes jeunes, survient uniquement chez des fumeurs.

Enfin, il existe une corrélation entre tabagisme et risque d'accident vasculaire cérébral aussi bien chez l'homme que chez la femme. La récente étude Interstroke évalue la part attribuable au tabagisme dans la survenue d'un accident vasculaire cérébral à 19 %.

Arrêter à 40 ans améliore l'espérance de vie de 7 ans, et arrêter à 50 ans l'améliore de 4 ans. L'arrêt du tabac réduit la mortalité totale globalement, et celle liée aux maladies cardio-vasculaires et au cancer broncho-pulmonaire particulièrement.

L'analyse à 50 ans des données de la cohorte des médecins britanniques mise en place en 1951 a permis de confirmer le différentiel de mortalité entre fumeurs et ex-fumeurs. Ainsi, la mortalité toutes causes dans la tranche d'âge 65-74 ans était comprise entre 22,7 et 36,4 pour 1 000 chez les anciens fumeurs (en fonction de l'ancienneté de l'arrêt) alors qu'elle s'élevait à 50,7 pour 1 000 chez les médecins qui avaient continué à fumer.

Les bénéfices de l'arrêt du tabac en termes de mortalité spécifique ont également été démontrés. Ainsi, Doll et al. ont estimé le taux de mortalité par cancers broncho-pulmonaires toutes tranches d'âge confondues à 15,9 pour 1 000 chez les fumeurs contre 2,0 à 7,5 pour 1 000 chez les ex-fumeurs. De même, deux revues systématiques de la littérature ont mis en évidence une réduction du risque de décès par infarctus du myocarde après arrêt du tabac. La méta-analyse de Wilson et al. a inclus 12 études de cohorte (n=5878 patients) avec une durée de suivi comprise entre 2 et 10 ans, publiées entre

³⁷ Reducing Tobacco Use. A report of the Surgeon General. Executive Summary. MMWR Recomm Rep. 2000;49:1-27.

³⁸ HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2013



1966 et 1996.

Toutes les études retrouvaient un bénéfice en termes de mortalité après la survenue d'un infarctus du myocarde. Le risque relatif de décès après infarctus du myocarde était estimé à 0,54 (IC95 % [0,46-0,62]) parmi les patients ayant arrêté de fumer par rapport à ceux ayant continué leur tabagisme. La réduction du risque de mortalité était retrouvée, quels que soient le sexe, la durée de suivi, le site et la période de l'étude. Une seconde revue systématique incluant 20 études de cohorte (n=12 603 patients), publiées entre 1966 et 2003 a mis en évidence une réduction de 36 % du risque relatif de décès chez des patients présentant une coronaropathie ayant arrêté de fumer par rapport à ceux ayant continué leur tabagisme (RR 0,64 – IC95 % [0,58-0,71]) ».

Nous reprenons ici les éléments essentiels la recommandation de la HAS de 2013 concernant le dépistage et les stratégies de sevrage. Les grades des recommandations figurent entre parenthèses.

Dépistage individuel

1. Le dépistage individuel de la consommation de tabac et le conseil d'arrêt aux fumeurs doivent être systématiques (A).

Prise en charge

Si le patient souhaite arrêter de fumer (stade de la décision)

2- La prise en charge comporte un accompagnement par un professionnel de santé, permettant un soutien psychologique, et un traitement médicamenteux si nécessaire (A).

3- Les traitements médicamenteux sont recommandés pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l'envie de fumer et prévenir les rechutes (A).

4- Les traitements nicotiques substitutifs (TNS) sont le traitement médicamenteux de première intention (A). Ils peuvent être prescrits dans une stratégie d'arrêt d'emblée ou de réduction de la consommation visant un arrêt ultérieur (AE).

5- Il est recommandé que l'aide à l'arrêt se fasse dans le cadre de consultations dédiées (AE). La fréquence recommandée est hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuelle pendant les 3 à 6 mois suivants (B).

Si le patient est ambivalent (stade de l'intention)

6. L'aider à explorer son ambivalence et sa motivation et envisager de commencer par une réduction de la consommation (AE).

Si le patient ne souhaite pas arrêter de fumer (stade de pré-intention)

7. Proposer une approche de réduction de la consommation avec TNS (AE). Cette approche doit être accompagnée d'un soutien thérapeutique par un professionnel de santé (B).

REPÉRAGE

Outils pour les médecins

Le repérage est fondé sur les principes de l'entretien motivationnel, pour permettre à la personne de maintenir ou d'augmenter sa motivation.

Le conseil minimal, à partir de ses 2 questions « Fumez-vous, avez-vous envisagé d'arrêter » et la remise d'un dépliant ou d'une brochure sont la première étape du repérage, et déjà une intervention. L'algorithme suivant propose un cheminement logique dans cet accompagnement. Il est basé sur le cycle de la motivation de Prochaska et Di Clemente.

Annexe. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente

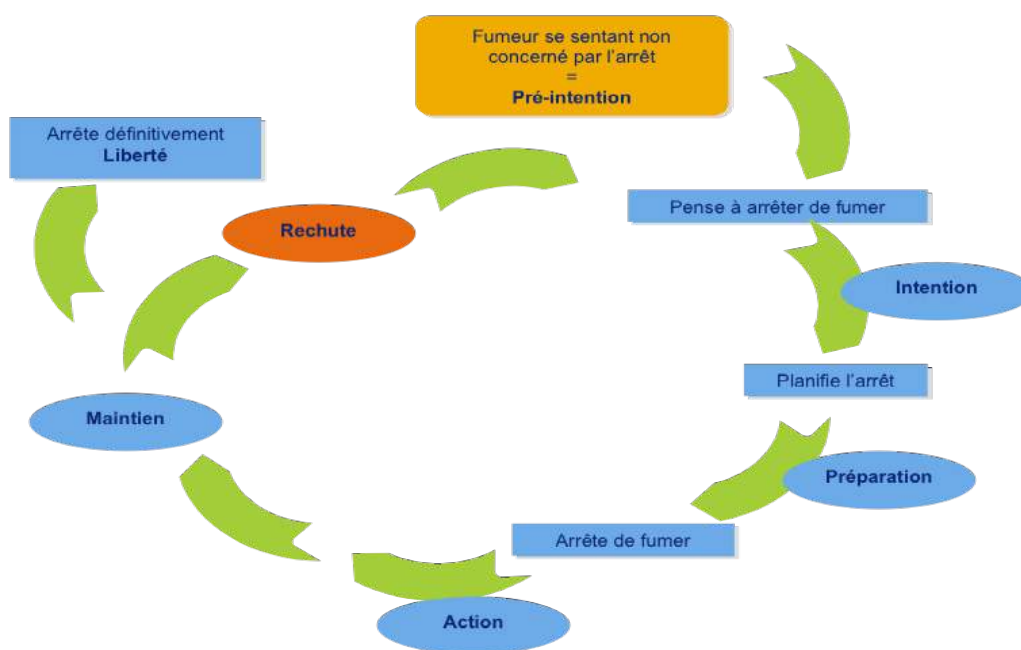
Le modèle transthéorique développé par Prochaska et DiClemente¹ est une théorie de changement comportemental basée sur les étapes. Il suppose que les fumeurs passent par une série d'étapes de motivation avant de s'occuper d'arrêter de fumer.

Les étapes de changement décrites par Prochaska et DiClemente sont les suivantes :

- la pré-intention : le sujet fumeur n'a aucune pensée de sevrage tabagique ;
- intention : il pense à arrêter de fumer ;
- préparation : prise de décision : il planifie l'arrêt de fumer ;
- action : il est activement engagé dans le changement ;
- maintien / liberté : il a fait des changements, mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant en cas de rechute.

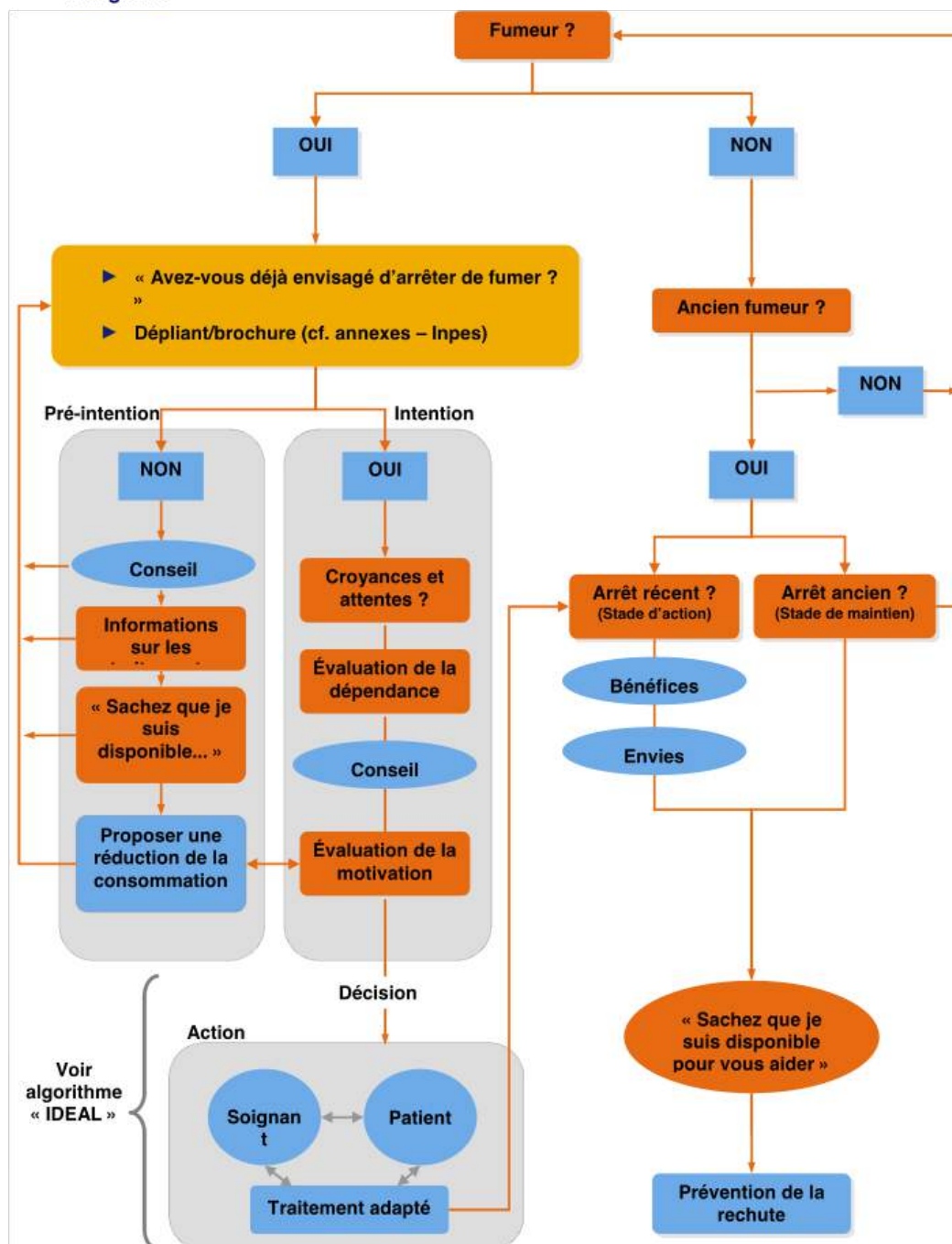
D'après cette théorie très connue, les programmes qui aident les gens à arrêter de fumer devraient être adaptés à l'étape de préparation au sevrage où ils se trouvent. Ils sont conçus pour les faire progresser d'étape en étape vers la réussite.

Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où elle se trouve (le cycle de Prochaska décrit ces étapes d'un changement de comportement). À chaque étape correspondent des modes d'intervention adaptés.



¹ Références : Prochaska *et coll.*, 1992 ; Prochaska *et coll.*, 1997.

Algorithme 1. Du dépistage à la mise en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt du tabagisme



INTERVENTION

Outils pour les médecins

Des outils concrets faisant partie de la recommandation de 2014 sont disponibles sur cette page du site de la HAS.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

Ils reprennent les principes de l'entretien motivationnel, allant du conseil minimal à l'accompagnement du sevrage. Par exemple, en évaluant les souhaits, les croyances et les attentes du patient par rapport au tabagisme et aux traitements, et en le sentiment d'efficacité du patient à arrêter.

Exemple de méthode d'entretien motivationnel

Évaluer les souhaits, les croyances et les attentes du patient par rapport à son tabagisme et aux traitements :

- « Qu'est-ce que vous apporte le fait de fumer ? »
- « Pour quelles raisons souhaiteriez-vous cesser de fumer ? »
- « Avez-vous peur d'arrêter de fumer ? Si oui, pour quelles raisons ? »
- « Si vous décidez d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ? »

Évaluation du sentiment d'efficacité

- Avez-vous confiance dans votre capacité à arrêter de fumer ?
- Si vous arrêtiez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous vos chances de réussite ?
- Placez-vous sur une échelle de 1 à 10

0 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas ».
10 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai ».

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

→

- Si vous avez répondu moins de 10 à cette question, qu'est-ce qui, selon vous, permettrait d'accroître votre confiance ?

Quand un traitement médicamenteux semble utile pour faciliter l'arrêt du tabac, les substituts nicotiniques sont à prescrire en première intention, même chez la femme enceinte³⁹.

Outils pour les patients

Les techniques d'entretien motivationnel sont en soi un outil pour le patient. Le soignant permet à la personne, par des questions ouvertes, des reformulations, l'identification de freins et de moteurs par une balance motivationnelle, de construire un plan de changement.

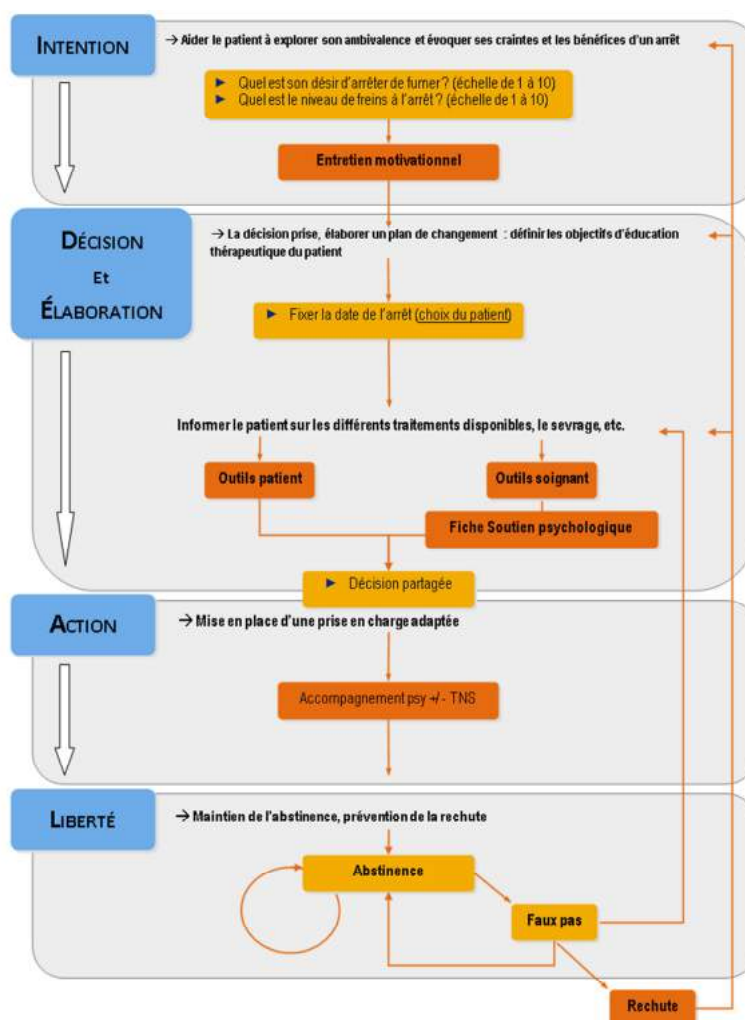
³⁹ Consommation et arrêt du tabac - Premiers Choix Prescrire, actualisation août 2016 Rev Prescrire 2016 ; 36 (398) : 926-930.



Le site « Tabac Info Service » <https://www.tabac-info-service.fr/J-arrete-de-fumer> propose des outils concrets pour aider à l'arrêt du tabac. Une application pour smartphone est disponible sur leur site.

L'algorithme « IDEAL » (HAS 2014) présente les étapes de l'accompagnement.

Algorithme 2 « IDEAL » : parcours du patient désireux d'arrêter de fumer



La recommandation de la HAS propose de son côté les stratégies non médicamenteuses et médicamenteuses de l'aide au sevrage.



Le dossier de tabacologie disponible sur le site de l'INPES-Santé Publique France permet de construire une ou des consultation(s) dédiée(s) au sevrage. Le dossier est remis à l'issue d'une consultation, quand le patient est prêt (phase d'intention) et rapporté, rempli par le patient à son domicile, à la consultation suivante. Cette consultation sera une consultation dédiée, et sera suivie d'autres consultations d'accompagnement, dont au moins une centrée sur la prévention de la rechute.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/575.pdf>

Des infirmières du dispositif Asalée sont spécialement formées au sevrage tabagique, et sont une aide en équipe de soins primaires⁴⁰. Elles peuvent être un support aux médecins généralistes dans le sevrage tabagique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. Cochrane Database Syst Rev. 2013;8:CD006102.
- Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;8:CD001188.
- Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;1:CD006219.
- Park EW, Tudiver FG, Campbell T. Enhancing partner support to improve smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;7:CD002928.
- Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10:CD008286.
- Zwar NA, Richmond RL. Role of the general practitioner in smoking cessation. Drug and alcohol review. 2006;25:21-26.
- Anszak JD, Nogler RA. Tobacco cessation in primary care: maximizing intervention strategies. Clinical medicine & research. 2003;1:201-216.
- Cornuz J. Smoking cessation intervention in clinical practice. Onkologie. 2002;25:413-418.
- Reducing Tobacco Use. A report of the Surgeon General. Executive Summary. MMWR Recomm Rep. 2000;49:1-27.
- Montagna RA, Hupcey JE. Increasing smoking cessation counseling by advanced practice nurses. Clinical excellence for nurse practitioners : the international journal of NPACE. 2000;4:224-230.
- Marcus MT. An interdisciplinary team model for substance abuse prevention in communities. Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing. 2000;16:158-168.
- Ockene JK. Primary care-based smoking interventions. Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. 1999;1 Suppl 2:S189-93; discussion S207.
- https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1714809/fr/sevrage-tabagique-des-outils-pour-reperer-et-accompagner-les-patients Site visité le 20 octobre 2017.

⁴⁰ <https://www.youtube.com/watch?v=wJrOWrCdKco>



Alcool

DONNÉES SCIENTIFIQUES

En résumé

La consommation d'alcool dépassant 2 verres par jour en moyenne est associée à une surmortalité cardiovasculaire et par d'autres causes (cancers, maladies digestives, accidents, maladies mentales...). Pour le cancers, il n'y a pas de dose-seuil, mais une relation linéaire

Synthèse de la littérature

Dans une étude de cohorte britannique d'une durée de 13 ans, 114 859 personnes ont reçu un diagnostic cardiovasculaire au cours du suivi. L'absence de consommation d'alcool a été associée à un risque accru d'angor instable (risque de 1,33, intervalle de confiance de 95%, 1,21 à 1,45), d'infarctus du myocarde (1,32, 1,24 à 1,41), de mortalité coronarienne inaugurale (1,56, 1,38 à 1,76) (1,22, 1,13 à 1,32), d'anévrisme aortique abdominal (1,32, 1,17 à 1,49) par rapport à une consommation modérée. Une consommation dépassant les recommandations entraînant une surmortalité coronarienne (1,21, 1,08 à 1,35), par arrêt cardiaque (1,50, 1,26 à 1,77), par accident ischémique transitoire (1,11, 1,08 à 1,35), par insuffisance cardiaque (1,22, 1,02 à 1,37), par AVC ischémique (1,33, 1,09 à 1,63), par hémorragie intracérébrale (1,37, 1,16 à 1,62) et par maladie artérielle périphérique (1,35; 1,23 à 1,48), mais un risque plus faible d'infarctus du myocarde (0,88, 0,79 à 1,00) ou d'angor stable (0,93, 0,86 à 1,00)⁴¹.

À la lumière des données actuelles, une consommation modérée et régulière jusqu'à 10-20 g/j (correspondant à 1-2 verres) est associée à un moindre risque de survenue de maladie cardiovasculaire. Par ailleurs, à consommation quotidienne moyenne identique, une consommation régulière serait meilleure qu'une consommation occasionnelle de quantités plus importantes. Enfin, pour ce qui est de la maladie cardiovasculaire, aucun type de boisson ne semble supérieur aux autres.

Une consommation supérieure aux recommandations (3 verres par jour chez l'homme, deux chez la femme) entraîne une surmortalité cardiovasculaire⁴².

La diminution du RCV est essentiellement due aux effets bénéfiques de l'alcool, à dose modérée, sur les lipoprotéines et les facteurs de la coagulation, bien que d'autres facteurs liés au mode de vie ne puissent être éliminés. La consommation modérée d'alcool ne présente en revanche aucun effet positif sur les chiffres tensionnels, et serait même associée à une augmentation de l'hypertension artérielle.

N'oublions pas que la consommation d'alcool est liée à une surmortalité importante par d'autres pathologies. En France, en 2009, 36 500 décès sont attribuables à l'alcool chez les hommes (13% de la mortalité totale) et 12 500 chez les femmes (5% de la mortalité totale). Ceci inclut 15 000 décès par cancer, 12 000 décès par maladie cardiovasculaire, 8 000 par maladie digestive, 8 000 par cause externe et 3 000 par maladies mentales et troubles du comportement. Les fractions attribuables à l'alcool sont de 22% dans la population des 15-34 ans, de 18% dans la population des 35-64 ans et de 7% dans celle des 65 ans et plus⁴³. **Il n'y a pas d'effet seuil pour les cancers, mais une relation linéaire entre la consommation d'alcool (quel qu'il soit) et la survenue de cancers⁴⁴.**

⁴¹ Bell S, Daskalopoulou M, Rapsomaniki E et al. Association between clinically recorded alcohol consumption and initial presentation of 12 cardiovascular diseases: population based cohort study using linked health records. *BMJ*. 2017;356:j909.

⁴² <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/41>

⁴³ Guérin S., Laplanche A., Dunant A., Hill C. «Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009». *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, mai 2013, n° 16-17-18, p. 163-168. 39.

⁴⁴ INCA. Nutrition et prévention des cancers <https://www.e-cancer.fr/content/download/280976/3991138/file/Fiche%20reperes-Nutrition-2019.pdf> site visité le 31 janvier 2020.



REPÉRAGE

Outils pour les patients

Le questionnaire FACE est un questionnaire validé en français pour des entretiens en face à face, pour apprécier la consommation d'alcool. Nous n'avons pas retrouvé sa validation par auto-questionnaire.

Il comporte les questions suivantes :

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
 - Jamais = 0 ;
 - Une fois par mois ou moins = 1 ;
 - Deux à 4 fois par mois = 2 ;
 - Deux ou 3 fois par semaine = 3 ;
 - Quatre fois par semaine ou plus = 4 ;

Score :

- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
 - 1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ;
 - Score :
- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
 - Non = 0 ; Oui = 4 ;
 - Score :
- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
 - Non = 0 ; Oui = 4 ;
 - Score :
- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
 - Non = 0 ; Oui = 4 ;
 - Score :

Interprétation du score total ; hommes (H)/femmes (F)

- Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 → renforcement des conduites favorables à la santé
- Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 → intervention brève
- Dépendance probable : H et F plus de 8 → proposer une consultation d'addictologie

Outils pour les médecins

Le repérage précoce, accompagné d'une intervention brève, a fait la preuve de son efficacité⁴⁵. La HAS propose un découpage de la consultation en 4 temps :

- Caractérisation de la consommation déclarée d'alcool, de cannabis et de tabac
- Évaluation du risque par le questionnaire « FACE »
- Évaluation du risque cannabis par le questionnaire « CAST »
- Accompagnement⁴⁶.

Les principes de l'intervention brève concernant la consommation d'alcool comporte une check-list en 8 points (Anpaa) :

1. restituer les résultats du questionnaire de consommation ;
2. expliquer le risque alcool, et restituer le résultat du risque personnel ;
3. expliquer le verre standard ;
4. discuter l'intérêt personnel de la réduction ;
5. expliquer les méthodes utilisables pour réduire sa consommation ;
6. proposer des objectifs et laisser le choix ;
7. donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation ;
8. remettre une brochure.

⁴⁵ ANDEM. Objectifs, indications et modalités de sevrage du patient alcoolodépendant. Conférence de consensus 2009

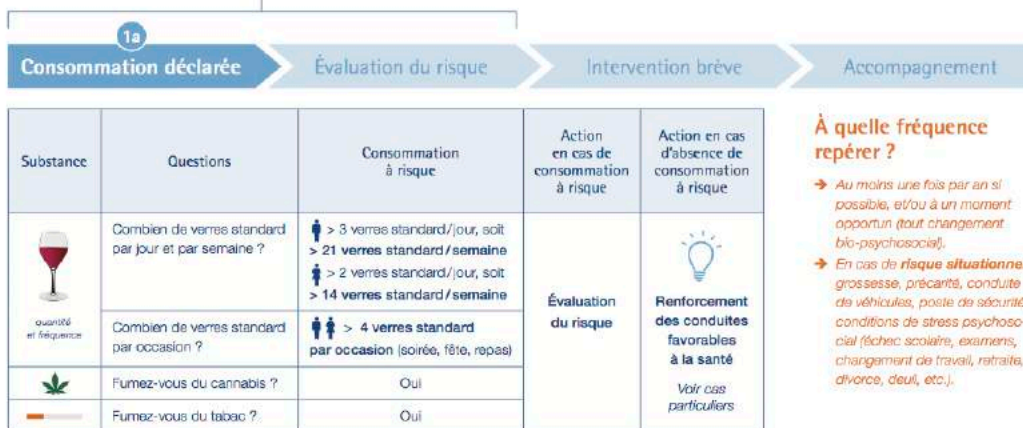
⁴⁶ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf

Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France.
Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.

REPÉRAGE PRÉCOCE



À quelle fréquence repérer ?

- Au moins une fois par an si possible, et/ou à un moment opportun (tout changement bio-psychosocial).
- En cas de **risque situationnel** : grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (fiche scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.).

Plus les consommations sont précoces, intenses, régulières, multiples et en solitaire et plus le risque de dommages augmente.
De nombreux outils spécifiques sont disponibles sur les sites de l'Inpes et de la Fédération Addiction.

REPÉRAGE PRÉCOCE



Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**
- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**
- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

Interprétation du score total : hommes (H) / femmes (F)
 Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : **renforcement des conduites favorables à la santé**
 Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F 4 à 8 : **intervention brève**
 Dépendance probable : H et F plus de 8 : **proposer une consultation d'addictologie**

Pratiques à risque majorant les dommages

- Consommation épisodique massive (binge drinking, biture express, ivresse aiguë) : à partir de 6 verres standard (soit 60 g d'alcool) par occasion.
- Association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.

Zéro alcool chez la femme dès le projet de grossesse
 inpes.fr



Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :
 10 cl de vin à 12° ; 25 cl de boissons à 5° (bière, sodas alcoolisés (alcopops-prémix), 7 cl de vin cuit à 16° ;
 3 cl d'alcool à 40° (whisky, pastis ou digestif).

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages

- Toute consommation pendant la grossesse est à risque.
- Risque fœtal lié à la consommation d'alcool chez les femmes jeunes.
- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- Interactions alcool-médicaments.
- Maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool.
- Consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.



Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

Une réponse positive : Information minimale sur les risques
Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : intervention brève.
Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.

DRUGUES INFO SERVICE
Pour en savoir plus

Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

SI OUI

Conseil d'arrêt

« Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ? »

Proposer un accompagnement

« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »
« Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

SI NON

« Avez-vous déjà fumé ? »

Si non, le patient n'a jamais fumé.

Si oui :

- « pendant combien de temps ? »
- « depuis quand avez-vous arrêté ? »

tabac-info-service.fr

REPERAGE PRÉCOCE



Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- Informer sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- Évaluer avec le consommateur ses **risques personnels** et situationnels.
- Identifier les représentations et les **attentes du consommateur**.
- Échanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- Expliquer les **méthodes utilisables** pour réduire ou arrêter sa consommation.
- Proposer des **objectifs** et laisser le choix.
- Évaluer la **motivation, le bon moment et la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation**.
- Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...



→ Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).

→ Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à 3 **échelles** sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Le **bon moment** pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

REPERAGE PRÉCOCE



Accompagnement des consommateurs

Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
- En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

→ La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.

→ La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.



INTERVENTION

Les outils de l'entretien motivationnel sont au premier plan pour travailler avec un patient sur sa consommation de substances psychoactives (dont l'alcool). L'INPES Santé Publique France met à disposition des professionnels



différents outils pour les soignants et pour les patients.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/professionnels-sante.asp>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Un ouvrage est directement téléchargeable sur le site de Santé Publique France : Alcool et médecine générale : Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>

1. Inpes. Alcool et médecine générale - Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. 2008 Dec 18;:1–142.
2. Aubin P, Gillet C, RIGAUD A. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. Alcoologie et addictologie. 2015.



Hypertension artérielle

DONNÉES SCIENTIFIQUES

En résumé

Il est recommandé de mesurer la pression artérielle à toutes les consultations appropriées en soins primaires ; les consultations « appropriées » pourraient correspondre à un examen médical périodique, une consultation d'urgence au cabinet pour des problèmes d'ordre neurologique ou cardio-vasculaire, une visite pour renouvellement des ordonnances ou d'autres visites au cours desquelles le médecin de soins primaires juge pertinent de vérifier la pression artérielle. Il n'est pas nécessaire de mesurer la pression artérielle de chaque patient à chaque consultation (Guide de pratique clinique d'Hypertension Canada de 2016 sur la prise en charge de l'hypertension).

L'hypertension artérielle (HTA) est la première maladie chronique dans le monde et un des principaux facteurs de risque vasculaire en particulier d'accident vasculaire cérébral. Les bénéfices de la baisse de la pression artérielle (PA) chez le patient hypertendu sont démontrés :

- elle réduit le risque d'accidents vasculaires cérébraux, de démence, d'insuffisance cardiaque, d'infarctus du myocarde et de décès d'origine cardio-vasculaire ;
- elle retarde l'insuffisance rénale chronique terminale.

Le dépistage précoce et la prise en charge de l'HTA contribuent à l'allongement de l'espérance de vie. Cependant, des progrès doivent encore être réalisés : en France, environ 20 % des patients hypertendus ne sont pas traités et 50 % des patients hypertendus traités n'atteignent pas les objectifs de PA contrôlée. Environ 1 million de nouveaux patients sont traités pour une HTA en France chaque année, ce qui correspond à une moyenne de 15 à 20 nouveaux patients pour un médecin généraliste. En France, en 2012 plus de 11 millions de patients étaient traités pour une HTA.

Synthèse de la littérature

Dépistage de l'HTA

L'USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) américaine élabore des recommandations dans le cadre de la prévention en santé. En 2015, elle a publié des recommandations pour le repérage de l'HTA chez les personnes adultes âgées de plus de 18 ans.

Selon ces travaux, il est recommandé de surveiller la PA annuellement chez les adultes âgés de 40 ans ou plus ainsi que chez les personnes à haut risque d'HTA (PA : 130-139/85-89 mmHg, en cas de surpoids ou d'obésité et chez les patients d'origine africaine). Chez les autres personnes, cette surveillance peut être espacée tous les 3 à 5 ans.

Selon l'USPSTF, l'impact de cette surveillance pour prévenir les complications cardio-vasculaires est substantiel et les risques ou dommages liés à cette surveillance sont très faibles.

En 2013 au Canada, la Canadian Family Physician a publié des recommandations concernant le dépistage de l'hypertension chez les adultes de 18 ans et plus, jamais diagnostiqués.

Selon ces travaux, il est recommandé de « mesurer la pression artérielle à toutes les consultations appropriées en soins primaires : les consultations « appropriées » pourraient correspondre à un examen médical périodique, une consultation d'urgence au cabinet pour des problèmes d'ordre neurologique ou cardio-vasculaire, une visite pour renouvellement des ordonnances ou d'autres visites au cours desquelles le médecin de soins primaires juge pertinent de vérifier la pression artérielle. Il n'est pas nécessaire de mesurer la pression artérielle de chaque patient à chaque consultation ».

La fréquence de la mesure de la pression artérielle et le moment du dépistage peuvent varier selon le patient le risque de pression artérielle élevée et le risque d'AVC ou de cardiopathie étant variables en fonction de l'âge, des comorbidités et de la présence d'autres facteurs de risque.

Les adultes identifiés comme appartenant à un groupe ethnique à risque élevé (Asiatiques du Sud-Est, autochtones d'Afrique ou personnes d'ascendance africaine) pourraient bénéficier d'une surveillance plus fréquente.

Il existe peu de données probantes permettant de démontrer que le dépistage de l'hypertension entraîne une



amélioration de la santé cardio-vasculaire ou d'autres paramètres sur le plan de la santé. Cependant, il existe de nombreuses données scientifiques indirectes démontrant l'intérêt d'une prise en charge de l'HTA la plus précoce possible alors qu'il n'y a pas de données convaincantes indiquant des préjudices substantiels associés au dépistage compte tenu de la nature non invasive de la mesure de la pression artérielle.

L'HTA « blouse blanche » ou HTA isolée de consultation se caractérise par une PA mesurée au cabinet médical et supérieure ou égale à 140/90 mmHg à trois reprises alors que les mesures sont normales en dehors du cabinet médical (MAPA ou automesure).

La confirmation du diagnostic d'HTA blouse blanche nécessite des mesures répétées hors du cabinet médical, par un appareil d'automesure ou une MAPA. La prévalence dans la population générale serait de 13 % (9-16 %) et elle concernerait 32 % (25- 46 %) des patients hypertendus. L'HTA blouse blanche serait plus fréquente avec l'âge, chez les femmes, et les non-fumeurs. Sa prévalence varierait aussi en fonction du degré d'HTA, elle concernerait 55 % des HTA grade 1 et seulement 10 % des HTA grade 3.

Le risque de complications cardio-vasculaires ou d'atteinte des organes cibles est moindre en cas d'HTA blouse blanche qu'en cas d'HTA. Cependant certaines études ont rapporté que le risque cardio-vasculaire à long terme s'avérerait intermédiaire entre hypertendus et normotendus, mais cela n'a pas été confirmé dans des méta-analyses après ajustement par l'âge, le sexe et d'autres variables. Une étude récente a évoqué que le risque d'événements cardio-vasculaires en cas d'HTA blouse blanche était similaire à celui des patients à bas risque normotendus, cependant ce risque pourrait être augmenté en présence d'autres facteurs de risque.

Selon les recommandations du CHEP 2015 et de la SFHTA, si les mesures effectuées au cabinet sont élevées et si la moyenne des mesures d'automesure est < 135/85, il est préconisé de, soit répéter les mesures au domicile pour confirmer la PA < 135/85, soit proposer une MAPA pour confirmer que la PA sur 24 heures est < 130/80 (ou la moyenne des valeurs en état d'éveil est < 135/85), avant de porter le diagnostic d'HTA blouse blanche.

En définitive, il est recommandé de confirmer le diagnostic d'HTA blouse blanche dans un délai de 3 à 6 mois et de mettre en place une surveillance régulière clinique incluant des mesures hors du cabinet médical. Le traitement pharmacologique n'est pas recommandé pour cette population de patients⁴⁷.

Grades de l'HTA (définis par le NICE):

Grade 1 : PAS 140-159, PAD 90-99.

Grade 2 : PAS 160-179, PAD 100-109.

Grade 3 : PAS >180, PAD >110⁴⁸.

REPÉRAGE

Outils pour les patients

La mesure d'une PA à chaque consultation appropriée permet de dépister l'HTA. L'automesure tensionnelle ou la MAPA sont recommandées pour confirmer le diagnostic.

Outils pour les médecins

L'automesure tensionnelle ou la MAPA sont recommandées pour confirmer le diagnostic.

- Utiliser un appareil validé et de préférence avec un brassard huméral
- Former le patient à la technique de l'automesure tensionnelle (et si besoin son entourage)
- Prendre les mesures en position assise, au repos avec l'avant-bras posé sur la table
- Effectuer 3 mesures le matin avant le petit déjeuner et la prise de médicaments, 3 mesures avant le coucher, 3 jours de suite (« règle des 3 »), en espaçant les mesures de quelques minutes, après 15 minutes de repos.
- Demander au patient de noter par écrit les valeurs de PA (systolique et diastolique) et de la FC observées. Des feuilles de recueil sont disponibles sur différents sites internet comme

<http://www.automesure.com/library/pdf/fiche-releve.pdf>

INTERVENTION

⁴⁷ Extraits de la recommandation HAS de 2016.

⁴⁸ SFHTA / HAS. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Rapport d'élaboration. Septembre 2016.



La HAS recommande en 2016 un traitement à partir de chiffres tensionnels > 140/90 mesurée en consultation, persistant dans le temps, et confirmée par une automesure ou une MAPA.

Le NICE recommande un traitement à partir d'un grade 2, c'est à dire si la PA au cabinet \geq 160/100 ou à partir du grade 1 (\geq 140/90 au cabinet) si :

- atteinte d'un organe cible
- maladie cardiovasculaire déclarée
- maladie rénale
- diabète
- risque de morbi-mortalité cardiovasculaire calculé avec QRIKSK2 49 \geq 20%

La même stratégie est retenue par les Canadiens⁵⁰. Les Australiens proposent un traitement si la PA > 160/100 mmHg en consultation si le risque de morbi-mortalité cardiovasculaire à 5 ans est inférieur à 10%. Ils préconisent un traitement si le même risque est compris entre 10 et 15% et la PA > ou = 140 mmHg pour la systolique ou 90 mmHg pour la diastolique⁵¹.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Guide de pratique clinique d'Hypertension Canada de 2016 sur la prise en charge de l'hypertension 2016. Disponible sur <http://guidelines.hypertension.ca/wp-content/uploads/2016/05/16156-French-CHEP-Full-recs-V4.pdf> (site visité le 22 mars 2017)
- Qaseem A, Wilt TJ, Rich R et al. Pharmacologic Treatment of Hypertension in Adults Aged 60 Years or Older to Higher Versus Lower Blood Pressure Targets: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med.* 2017
- Gabb GM, Mangoni AA, Anderson CS et al. Guideline for the diagnosis and management of hypertension in adults - 2016. *Med J Aust.* 2016;205:85-89.
- Machado AP, Lima BM, Laureano MG et al. Educational strategies for the prevention of diabetes, hypertension, and obesity. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2016;62:800-808.
- Task FM, Piepoli MF, Hoes AW et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur J Prev Cardiol.* 2016;23:NP1-NP96.
- Benetos A, Labat C, Rossignol P et al. Treatment With Multiple Blood Pressure Medications, Achieved Blood Pressure, and Mortality in Older Nursing Home Residents: The PARTAGE Study. *JAMA Intern Med.* 2015;175:989-995.
- Patel SA, Winkel M, Ali MK, Narayan KM, Mehta NK. Cardiovascular mortality associated with 5 leading risk factors: national and state preventable fractions estimated from survey data. *Ann Intern Med.* 2015;163:245-253.
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2013;34:2159-2219.

⁴⁹ <https://www.qrisk.org/2016/>

⁵⁰ <http://guidelines.hypertension.ca/wp-content/uploads/2016/05/16156-French-CHEP-Full-recs-V4.pdf>

⁵¹ https://www.heartfoundation.org.au/images/uploads/publications/PRO-167_Hypertension-guideline-2016_WEB.pdf



Diabète

DONNÉES SCIENTIFIQUES

En résumé :

Le diabète est associé à une surmortalité par maladies cardiovasculaires pour les hommes (1,55, IC 95%: [1,48-1,63]) et les femmes (1,63 IC 95%: [1,54-1,72]).

Synthèse de la littérature

ENTRED est une enquête dans un échantillon représentatif de la population diabétique, renouvelée régulièrement. La mortalité à 10 ans a été étudiée, dans une publication du Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire de 2016⁵².

Son objectif était d'étudier la surmortalité à 10 ans, globale et par causes spécifiques, d'une cohorte de personnes diabétiques (Entred 2001) par rapport à la population générale, au cours de la période 2002-2011. La population d'étude était constituée des adultes âgés de 45 ans et plus affiliés au régime général de l'Assurance maladie résidant en France métropolitaine et ayant bénéficié d'au moins un remboursement d'antidiabétiques oraux et/ou d'insuline au cours des trois mois précédant le tirage au sort. Les causes médicales de décès ont été analysées en cause initiale sur la période allant du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2011. Des ratios standardisés de mortalité (SMR) ont été calculés pour comparer la mortalité de la population diabétique à celle de la population générale.

L'analyse a porté sur 8 437 personnes de la cohorte Entred 2001 (hommes : 54% ; âge médian à l'inclusion : 65 ans pour les hommes et 70 ans pour les femmes). Pendant les 10 ans de suivi, 35% des personnes sont décédées. L'âge médian au décès était de 77 ans pour les hommes (n=1 686 décès) et de 82 ans pour les femmes (n=1 290). Les principales causes de décès étaient les maladies cardiovasculaires (30%) et les cancers (26%). La surmortalité globale des personnes diabétiques par rapport à la population générale était élevée pour les hommes (1,55, IC95%: [1,48-1,63]) et les femmes (1,63 [1,54-1,72]). Les hommes comme les femmes diabétiques présentaient un excès de mortalité significativement plus élevé par rapport à la population générale pour les maladies cardiovasculaires et rénales ainsi que pour certaines localisations de cancer : pancréas, foie et côlon-rectum. Chez les femmes, on observait une surmortalité par cancer de l'utérus et chez les hommes par cancer de la vessie et leucémie. De plus, un excès de mortalité était retrouvé pour les maladies de l'appareil digestif, les maladies infectieuses et les maladies respiratoires, dont les pneumopathies.

Cette étude souligne à nouveau l'importance de renforcer la prévention et la qualité de la prise en charge des complications dégénératives du diabète. Elle souligne aussi le poids de la polyopathie (cancers surtout, mais aussi maladies infectieuses, maladies de l'appareil digestif, maladies du foie...) et la complexité qu'elle entraîne dans la prise en charge des personnes diabétiques.

REPÉRAGE

Outils pour les médecins

Les populations cibles pour un dépistage du diabète de type 2 ont été définies par les recommandations ANAES de 2003 et HAS de 2014.

Population générale :

Les sujets symptomatiques ou asymptomatiques pour lesquels un dépistage du diabète doit être réalisé répondent au critère suivant :

- âge > 45ans ;
- et un ou plusieurs des marqueurs et/ou facteurs de risque de diabète suivants :
- surpoids, défini par un IMC ≥ 28 kg/m² ;
 - sédentarité, définie par l'absence d'activité physique régulière (30 minutes, 3 fois par semaine) ;
 - origine géographique non caucasienne et/ou migrante ;
 - antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'accouchement d'un ou plusieurs enfants de poids de naissance > 4 kg ;
 - antécédent familial de diabète chez un apparenté du 1er degré (père, mère, fratrie) ;

⁵² Mandereau-Bruno L, Fagot-Campagna A, Rey G, Piffaretti C, Antero-Jacquemin J, Latouche A, et al. Surmortalité sur la période 2002-2011 des personnes diabétiques traitées pharmacologiquement en France métropolitaine par rapport à la population générale. Cohorte Entred 2001. Bull Epidemiol Hebd. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(37-38):676-80. http://invs.sante publiquefrance.fr/beh/2016/37-38/2016_37-38_2.html



- traitement en cours ou un antécédent de diabète induit (antipsychotiques atypiques, corticoïdes, etc.) ;
- anomalie de la glycorégulation ou prédiabète (glycémie à jeun comprise entre 1,10g/l (6,1mmol/l) et 1,26g/l (7,0mmol/l)).

Population à haut risque cardiovasculaire :

Le diabète de type 2 doit également être recherché chez les sujets ayant des facteurs de risque cardiovasculaire, répondant au critère suivant :

- âge > 45 ans ;

et un ou plusieurs des marqueurs de risque de diabète suivants :

- hypertension artérielle traitée ou non traitée, définie par une pression artérielle systolique > 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique > 90 mmHg et/ou une hypertension artérielle connue traitée ;
- dyslipidémie traitée ou non traitée, définie par une HDL-cholestérolémie < 0,35 g/l (0,9 mmol/l) ou une triglycéridémie > 2 g/l (2,3 mmol/l).

Population en situation de précarité :

Le diabète de type 2 doit être recherché chez les sujets répondant aux critères suivants :

- âge > 45 ans ;

et aux caractéristiques suivantes :

- précarité définie par un score EPICES > 30⁵³ ;
- avec ou sans autre marqueur de risque associé.

Selon le parcours de soins HAS de 2014, le rythme de répétition du dépistage du diabète de type 2 est renouvelé :

- après 1-3 ans si la glycémie veineuse à jeun est < 1,10 g/l (6,0 mmol/l) ;
- 1 an plus tard si la glycémie veineuse à jeun est comprise entre 1,10 et 1,25 g/l (6,0 et 6,8 mmol/l).⁵⁴

Outils pour les patients

FINDRISK est un questionnaire d'évaluation du risque de diabète de type 2. Il est validé pour la population française. Il permet, par un simple questionnaire, de repérer les personnes à risque de diabète qui devront faire l'objet d'un dosage de la glycémie à jeun (et chez qui la prise en compte des autres facteurs de risque devra être réalisée). Le tableau ci-dessous présente les interprétations du score obtenu.

Critère	Valeur du critère	Critère	Valeur du critère
Âge	Moins de 45 ans	Indice de masse corporelle (kg/m ²)	< 25
	45-54 ans		25-30
	55-64 ans		> 30
	Plus de 64 ans		
Tour de taille (cm)* Hommes	< 94	Tour de taille (cm)* Femmes	< 80
	94-102		80-88
	> 102		> 88
Activités physique (30 min/j)	Oui	Part des légumes verts dans l'alimentation	Non
	Non		Tous les jours
			Pas tous les jours
ATCD de traitement anti-HTA	Non	ATCD de glycémie supérieure à la normale	Non
	Oui		Oui
ATCD familial de diabète	Non		
	Oui (grands parents, tante, oncle, cousins)		
Calcul du score de risque de diabète dans les 10 ans			
→ somme = 7 ; risque faible (= 1 %) → 1 personne sur 100 développera un diabète.			
→ somme = 7-11 ; risque légèrement élevé (= 4 %) → 1 personne sur 25 développera un diabète.			
→ somme = 12-14 ; risque modéré (= 17 %) → 1 personne sur 6 développera un diabète.			
→ somme = 15-20 ; risque élevé (= 33 %) → 1 personne sur 3 développera un diabète.			
→ somme > 20 ; risque très élevé (= 50 %) → 1 personne sur 2 développera un diabète.			
* mesuré sous les côtes, au niveau du nombril ; ATCD = Antécédent ; HTA = Hypertension artérielle.			

⁵³ Sass C., Moulin J.-J., Guéguen R., et al. Le score Épices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. BEH n° 14 ; 2006 : 93-6.

⁵⁴ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/7v_referentiel_2clics_diabete_060215.pdf



INTERVENTION

La HAS recommande en 2015⁵⁵ :

« L'éducation thérapeutique passe par la mise en place de règles hygiéno-diététiques et d'une surveillance régulière au niveau cardiaque, dentaire, ophtalmologique et podologique. La mise en place de règles hygiéno-diététiques efficaces est un préalable nécessaire au traitement médicamenteux du contrôle glycémique et leur application doit être poursuivie tout au long de la prise en charge du sujet diabétique.

Les règles hygiéno-diététiques ont pour objet d'inciter :

- à une activité physique régulière (30 min/j de marche) car elle diminue et stabilise la glycémie et la pression artérielle ;
- à l'amélioration de l'équilibre nutritionnel (apports glucidiques répartis en 3 repas/jour, glucides complexes devant apporter la moitié de la ration calorique quotidienne, réduction des sucres dits « raffinés » et de l'alcool, des fruits et des laitages, augmentation des fibres alimentaires) ;
- à une restriction calorique en cas de surpoids, une perte de poids, de 5 % à 15 % du poids permettant d'améliorer le contrôle glycémique ;
- au sevrage tabagique car il majore le risque cardiovasculaire ;
- à la correction d'une dyslipidémie par des mesures diététiques et/ou l'observance thérapeutique médicamenteuse ;
- à la bonne observance du traitement d'une hypertension artérielle éventuelle, car elle majore les complications microvasculaires du diabète. »

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Barry E, Roberts S, Oke J, Vijayaraghavan S, Normansell R, Greenhalgh T. Efficacy and effectiveness of screen and treat policies in prevention of type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of screening tests and interventions. *BMJ*. 2017;6538.
- Kyu HH, Bachman VF, Alexander LT et al. Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *BMJ*. 2016;354:i3857.
- Uthman OA, Hartley L, Rees K, Taylor F, Ebrahim S, Clarke A. Multiple Risk Factor Interventions for Primary Prevention of Cardiovascular Disease in LMIC: A Cochrane Review. *Glob Heart*. 2016
- Machado AP, Lima BM, Laureano MG et al. Educational strategies for the prevention of diabetes, hypertension, and obesity. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2016;62:800-808.
- Task FM, Piepoli MF, Hoes AW et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23:NP1-NP96.
- Móczár C. [Effect of healthy diet and physical activity on the level of non-HDL cholesterol in obese subjects without cardiovascular disease and diabetes mellitus]. *Orv Hetil*. 2015;156:1710-1714.
- Agborsangaya CB, Majumdar SR, Sharma AM, Gregg EW, Padwal RS. Multimorbidity in a prospective cohort: Prevalence and associations with weight loss and health status in severely obese patients. *Obesity (Silver Spring)*. 2015;23:707-712.
- Persell SD, Brown T, Lee JY et al. Individualized Risk Communication and Outreach for Primary Cardiovascular Disease Prevention in Community Health Centers: Randomized Trial. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2015;8:560-566.
- McCoy RG, Van Houten HK, Ross JS, Montori VM, Shah ND. HbA1c overtesting and overtreatment among US adults with controlled type 2 diabetes, 2001-13: observational population based study. *BMJ*. 2015;351:h6138.
- Feinman RD, Pogozelski WK, Astrup A et al. Dietary carbohydrate restriction as the first approach in diabetes management: critical review and evidence base. *Nutrition*. 2015;31:1-13.
- Naci H, Ioannidis JP. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. *Br J Sports Med*. 2015;49:1414-1422.
- Balk EM, Earley A, Raman G, Avendano EA, Pittas AG, Remington PL. Combined Diet and Physical Activity Promotion Programs to Prevent Type 2 Diabetes Among Persons at Increased Risk: A Systematic Review for the Community Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2015

55

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2012486/fr/actualisation-du-referentiel-de-pratiques-de-l-examen-periodique-de-sante-eps-prevention-et-depistage-du-diabete-de-type-2-et-des-maladies-liees-au-diabete



Obésité

DONNÉES SCIENTIFIQUES

En résumé

L'obésité est un facteur de risque de maladie cardiovasculaire. Le risque relatif est de 1,08 chez l'homme et 1,09 chez la femme par augmentation de 5 points d'IMC dans la population étudiée pour valider l'équation de QRISK2 (Anglais et Gallois).

Synthèse de la littérature

L'obésité et le surpoids sont associés à une augmentation du risque de maladies cardiovasculaires⁵⁶. En utilisant l'IMC comme indicateur, le risque relatif de cardiopathie coronarienne varie de 1,29 à 1,81 pour les hommes en surpoids à 1,80 à 3,10 pour les femmes obèses⁵⁷.

Cardiopathie coronarienne / maladies cardio-vasculaires	Résultats issus de méta-analyses d'études de cohortes prospectives				
	Risque relatif de l'incidence de certaines maladies cardio-vasculaires en fonction de l'IMC ou du tour de taille				
	HOMMES	Tour de taille		IMC (kg/m ²)	
		> 94 cm	> 102 cm	25 à 30	> 30
	Cardiopathie coronarienne	1,41 [1,16-1,72]	1,81 [1,45-2,25]	1,29 [1,18-1,41]	1,72 [1,51-1,96]
	HTA	-	-	1,28 [1,10-1,50]	1,84 [1,51-2,24]
	AVC	-	-	1,23 [1,13-1,34]	1,51 [1,33-1,72]
	Insuffisance cardiaque congestive	-	-	1,31 [0,96-1,79]	1,79 [1,24-2,59]
	FEMMES	Tour de taille		IMC (kg/m ²)	
		> 80 cm	> 88 cm	25 à 30	> 30
	Cardiopathie coronarienne	1,82 [1,41-2,36]	2,69 [2,05-3,53]	1,80 [1,64-1,98]	3,10 [2,81-3,43]
	HTA	1,38 [1,27-1,51]	1,90 [1,77-2,03]	1,65 [1,24-2,19]	2,42 [1,59-3,67]
	AVC	-	-	1,15 [1,00-1,32]	1,49 [1,27-1,74]
	Insuffisance cardiaque congestive	-	-	1,27 [0,68-2,37]	1,78 [1,07-2,95]
	RR embolie pulmonaire : surpoids : 1,91 [1,39-2,64] ; obésité : 3,51 [2,61-4,73]				

REPÉRAGE

Outils pour les patients

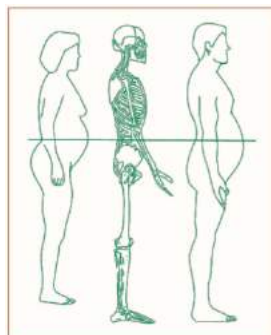
Le repérage repose sur l'IMC et sur le périmètre ombilical chez l'adulte. L'auto-questionnaire fournit une table de calcul de l'IMC.

⁵⁶ Argumentaire de la recommandation de la HAS « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours ». Septembre 2011.

⁵⁷ Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2009 Mar 25;9(1):1197-20.

Outils pour les médecins

Le repérage repose sur l'IMC et sur le périmètre ombilical chez l'adulte.



L'IMC doit être calculée pour tous les patients quel que soit le motif de consultation et noté dans le dossier de consultation.

La table d'IMC ci-dessous est proposée dans notre auto-questionnaire pour aider les patients à se situer par rapport aux définitions du surpoids et de l'obésité.

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Table d'indice de masse corporelle (IMC)

L'indice de masse corporelle (IMC) permet d'estimer l'excès de masse grasse dans le corps et de définir la corpulence. Plus l'IMC augmente et plus les risques liés à l'obésité sont importants. Pour le calculer, il suffit de diviser le poids (en kg) par la taille (en mètres) au carré. $IMC (kg/m^2) = \text{poids (kg)} / \text{taille (m)} \times \text{taille (m)}$

Taille (en mètres)

2,10	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	34	35	35	36	36	37	37	
2,06	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	
2,06	14	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	39
2,02	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	
2,00	15	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	
1,98	15	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	
1,96	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	
1,94	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	
1,92	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41		
1,90	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	42	
1,88	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43		
1,86	17	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43			
1,84	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43			
1,82	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43				
1,80	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43					
1,78	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43						
1,76	19	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43							
1,74	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43							
1,72	20	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43									
1,70	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43									
1,68	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43										
1,66	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43											
1,64	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43												
1,62	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43													
1,60	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43														
1,58	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43															
1,56	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43	44	44															
1,54	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43	44	44																
1,52	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43	44	44																	
1,50	27	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	36	36	37	37	38	38	39	40	41	42	43	44	44																	

80 82 84 86 88 90 92 94 96 98 100 102 104 106 108 110 112 114 116 118 120 122 124 126 128 130 132 134 136 138 140 142 144 146 148 150 152 154 156 158 160 162

Poids (en kg)

Classification de l'IMC¹

	IMC en kg/m ²
Poids normal	18,5-24,9
Surpoids	25-29,9
Obésité classe I	30-34,9
Obésité classe II (sévère)	35-39,9
Obésité classe III (massive)	≥ 40

1. World Health Organization, BMI classification 2004, <http://www.who.int/bmi/index.html?lang=fr&from=fr> consulté le 30-03-2020.

Juillet 2019





INTERVENTION

Le tableau 3 résume les interventions proposées pour atteindre l'objectif thérapeutique (en fonction de l'IMC, du tour de taille et de la présence de comorbidités) (recommandation HAS 2011).

Toutes ces interventions sont basées sur la motivation du patient.

Tableau 3. Interventions proposées pour atteindre l'objectif thérapeutique en fonction de l'IMC, du tour de taille et de la présence de comorbidités

IMC (kg/m ²)	Tour de taille (cm)		Présence de comorbidités
	Bas Hommes < 94 Femmes < 80	Élevé Hommes ≥ 94 Femmes ≥ 80	
25-30			
30-35			
35-40			
> 40			

	SURPOIDS SIMPLE : conseils généraux sur un poids de forme et le mode de vie (objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire)
	SURPOIDS AVEC TOUR DE TAILLE ÉLEVÉ : conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique (objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire et réduire le tour de taille)
	Conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique (objectif : réduire le poids de 5 % à 15 %)
	Conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique (objectif : réduire le poids). Considérer la chirurgie bariatrique*

* : voir recommandations HAS, 2009. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agborsangaya CB, Majumdar SR, Sharma AM, Gregg EW, Padwal RS. Multimorbidity in a prospective cohort: Prevalence and associations with weight loss and health status in severely obese patients. *Obesity* (Silver Spring). 2015;23:707-712.
- Arem H, Irwin M. A review of web-based weight loss interventions in adults. *Obes Rev*. 2011;12:e236-43.
- Barnes RD, White MA, Martino S, Grilo CM. A randomized controlled trial comparing scalable weight loss treatments in primary care. *Obesity* (Silver Spring). 2014;22:2508-2516.
- Blank RC, Brunton S. Managing multiple cardiovascular risk factors. *The Journal of family practice*. 2008;57:S13-20.
- Bray G, Look M, Ryan D. Treatment of the obese patient in primary care: targeting and meeting goals and expectations. *Postgrad Med*. 2013;125:67-77.
- Camilleri GM, Méjean C, Bellisle F, Hercberg S, Péneau S. Mind-Body Practice and Body Weight Status in a Large Population-Based Sample of Adults. *Am J Prev Med*. 2016;50:e101-9.
- Carey M, Small H, Yoong SL, Boyes A, Bisquera A, Sanson-Fisher R. Prevalence of comorbid depression and obesity in general practice: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. 2014;64:e122-7.
- Carvajal R, Wadden TA, Tsai AG, Peck K, Moran CH. Managing obesity in primary care practice: a narrative review. *Ann N Y Acad Sci*. 2013;1281:191-206.
- Charmillot M, Lagger G, Moutet AL, Golay A. [Understanding the life of the obese patient. A contribution to therapeutic patient education]. *Rev Med Suisse*. 2011;7:686-690.
- Colley RC, Hills AP, King NA, Byrne NM. Exercise-induced energy expenditure: implications for exercise prescription and obesity. *Patient Educ Couns*. 2010;79:327-332.
- Dick JJ. Weight loss interventions for adult obesity: evidence for practice. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*. 2004;1:209-214.
- Dietz WH, Baur LA, Hall K et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *Lancet*. 2015;385:2521-2533.



Insuffisance rénale

DONNEES SCIENTIFIQUES

En résumé

La moitié des personnes qui entament un traitement de suppléance a 70 ans ou plus et près d'un malade sur deux a au moins une pathologie cardiovasculaire associée. Le diabète (de type 2 dans 91% des cas) est la comorbidité la plus fréquente puisqu'il touche 40% des personnes. La probabilité de survie est de 83% à 1 an, 72% à 2 ans, 63% à 3 ans et 56% à 4 ans⁵⁸.

Chez un patient insuffisant rénal, il est nécessaire d'évaluer les autres facteurs de risque cardiovasculaire qui pourraient aggraver l'insuffisance rénale.

Synthèse de la littérature

Une insuffisance rénale, même modérée, est associée à une augmentation nette du risque cardiovasculaire. L'augmentation du risque de mortalité, de survenue d'événements cardiovasculaires et d'hospitalisations apparaît dès la diminution du DFG à moins de 60 ml/mn, se poursuit de façon continue avec la diminution du DFG, et cela indépendamment des autres facteurs de risque cardiovasculaires connus.

L'augmentation du risque de mortalité a été observée dans un grand nombre de populations différentes. L'insuffisance rénale est un facteur de risque de maladie cardiovasculaire, comme l'HTA ou le diabète de type 2⁵⁹. Elle accroît le risque de troubles du rythme et d'insuffisance cardiaque.

Les facteurs de risque cardiovasculaire doivent être traités pour éviter une aggravation de l'insuffisance rénale, qui elle-même aggrave le risque cardiovasculaire.

Il n'a pas été démontré qu'un dépistage systématique de l'insuffisance rénale en population générale diminue la mortalité d'origine rénale ou cardiovasculaire. La HAS recommande un dépistage annuel chez les personnes à risque.

REPÉRAGE

Outils pour les patients

Aucun

Outils pour les médecins

L'auto-questionnaire permet d'identifier, chez les patients à risque, ceux qui connaissent leur fonction rénale, et ceux pour lesquels, en l'absence de mesure de la fonction rénale récente, et notamment s'ils sont porteurs de risques de MCV, une biologie s'impose. L'autoquestionnaire permet également de repérer les principaux facteurs de risque associés.

Pour la HAS, le dépistage de la maladie rénale chronique est limité à celui de la population à risque définie comme suit :

- diabète ;
- hypertension artérielle traitée ou non ;
- âge > 60 ans ;
- obésité (IMC > 30 kg/m²) ;
- maladie cardio-vasculaire athéromateuse ;
- insuffisance cardiaque ;
- maladie de système ou auto-immune (lupus, vascularite, polyarthrite rhumatoïde, ...) ;
- affection urologique (uropathie obstructive, infections urinaires récurrentes, etc.) ;
- antécédents familiaux de maladie rénale ayant évolué au stade d'IRCT ;

⁵⁸ Couchoud C, au nom du groupe de pilotage du Rein. Réseau épidémiologie et information en néphrologie. Guide du rein 2009. Nephrol Ther. 2009;5(suppl 2):S145-S176.

⁵⁹ Dumaine R. Insuffisance rénale et risque cardiovasculaire. Correspondances en Risque CardioVasculaire -n° 3 2007 : 93-97



- antécédents de néphropathie aiguë ;
- exposition à des toxiques professionnels (plomb, cadmium, mercure) ;
- traitement néphrotoxique antérieur (médicaments néphrotoxiques en particulier, AINS,
- exposition aux produits de contraste iodés, chimiothérapie, radiothérapie, etc.).

Il est réalisé une fois par an et porte sur :

- l'estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG estimé), réalisée à partir du dosage de la créatininémie ;
- la mesure de l'albuminurie réalisée à partir d'un échantillon urinaire à tout moment de la journée, et dont le résultat est exprimé sous la forme d'un ratio albuminurie/créatininurie⁶⁰.

INTERVENTION

L'insuffisance rénale est un facteur de risque de MCV. Le traitement des tous les facteurs de risque associés, notamment le diabète, l'HTA et le tabagisme, est une priorité chez ces patients.

Il faut éviter l'aggravation de la fonction rénale, notamment par l'éducation du patient sur les risques de l'automédication.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- HAS. Expérimentation des parcours de soins des patients atteints de maladie rénale chronique. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-10/dispositif_inclusion_experimentation_vf.pdf

⁶⁰ Haute Autorité de Santé / Service des maladies chroniques et des dispositifs d'accompagnement des malades/ Guide du parcours de soins – Maladie Rénale Chronique de l'adulte. Février 2012.



Polyarthrite rhumatoïde

DONNÉES SCIENTIFIQUES

En résumé

Dans l'évaluation de l'équation de QRISK3, la polyarthrite rhumatoïde est associée à un risque relatif de maladie cardiovasculaire de 1,23 chez la femme et de 1,24 chez l'homme⁶¹,
Un traitement par méthotrexate ou biothérapie diminuerait le risque d'événement cardiovasculaire^{62,63}.

REPÉRAGE

Outils pour les patients

L'auto-questionnaire permet de repérer les patients qui connaissent leur maladie.

Outils pour les médecins

L'auto-questionnaire permet de repérer les patients qui connaissent leur maladie. Il s'agit de prendre en compte l'augmentation de leur risque cardiovasculaire dans les mesures de prévention cardiovasculaire.

Les critères diagnostiques de la polyarthrite rhumatoïde proposés par le HAS sont les suivants ;

- Raideur matinale > 30 minutes
- Durée d'évolution des symptômes > 6 semaines
- Arthrite d'au moins 3 articulations touchant les poignets ou les métacarpo-phalangiennes et les interphalangiennes proximales des mains
- Douleur à la pression des métatarsophalangiennes
- Atteinte symétrique⁶⁴

INTERVENTION

La prise en charge est spécialisée.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Dougados M, Soubrier M, Antunez A, Balint P, Balsa A, Buch MH, et al. Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international, cross-sectional study (COMORA). Ann Rheum Dis. 2013 Dec 4;73(1):62–8.
- http://sfr.larhumatologie.fr/rc/rhumatologie/htm/Article/2017/sfr-20170717-082232-663/src/htm_fullText/fr/lc-FILHOL-ELISABETH.pdf
- <http://www.rhumato.info/cours-revues2/115-polyarthrite-rhumatoide/1911-nouveaux-facteurs-du-risque-cardiovasculaire-dans-la-polyarthrite-rhumatoide>.

⁶¹ Hippisley-Cox J, Coupland C, Brindle P. Development and validation of QRISK3 risk prediction algorithms to estimate future risk of cardiovascular disease: prospective cohort study. BMJ. 2017 May 23;;j2099–16.

⁶² Saraux A. La polyarthrite rhumatoïde : un réel facteur de risque cardio-vasculaire ? – Is rheumatoid arthritis a real cardiovascular risk? 2009;54:46.

⁶³ Avouac J, Allanore Y. Cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: effects of anti-TNF drugs. Expert Opin Pharmacother 2008;9:1121-8.

⁶⁴ (recommandation suspendue) https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/polyarthrite_rhumatoide_synthese_de_lensemble_des_recommandations.pdf



Dyslipidémies

DONNÉES SCIENTIFIQUES

En résumé

Avec l'hypertension artérielle et le diabète de type 2, les dyslipidémies sont les facteurs de risque de maladie cardiovasculaires les plus documentés.

De nombreuses études ont montré que l'abaissement de la cholestérolémie par statine diminue le risque relatif d'évènement cardiovasculaire mortel et non mortel d'environ 20%, quel que soit le niveau de risque lui-même. Pour des personnes dont le risque cardiovasculaire à 10 ans est de l'ordre de 5%, le risque absolu passe après introduction d'une statine, de 5 à 4%. Pour un risque de ce niveau, la décision de traiter par statine est à prendre avec le patient, sans oublier l'efficacité des interventions sur le style de vie.

Le choix de traiter ou non par statine dépend d'une évaluation du risque cardiovasculaire global en utilisant un calculateur de risque individuel (SCORE pour la population française, mais aussi du choix informé du patient. La décision informée, le processus de décision partagée se retrouvent maintenant comme des « incontournables » de toutes les recommandations.

Synthèse de la littérature

Nous reproduisons ici, avec l'autorisation de l'auteur, une suite d'articles parus dans la revue BIBLIOMED à l'automne 2016⁶⁵.

Une nouvelle recommandation européenne de l'European Society of Cardiology (ESC) portant sur la prévention des maladies cardiovasculaires en pratique clinique est parue pendant l'été 2016⁶⁶. Comme la recommandation étasunienne de 2013 et la Britannique de 2014, elle repose sur l'évaluation du risque cardiovasculaire global. Un des messages clé de ces 3 recommandations est que l'intensité de l'intervention doit être adaptée au niveau de ce risque, calculé, individualisé pour chaque patient.

Les scores de calcul du risque cardiovasculaire reposent sur des équations construites à partir d'études épidémiologiques.

Les scores sont constitués de l'assemblage de plusieurs variables, en l'occurrence des facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV), chacun doté d'une valeur spécifique en relation avec l'importance de son effet sur le développement de maladies CV. La qualité d'un score dépend :

- *Du type de la population : le score doit être construit à partir des données recueillies dans la population dans laquelle il doit être appliqué.*
- *D'un délai raisonnable entre son élaboration et son utilisation, en raison des variations de l'épidémiologie des maladies et des facteurs de risque concernés.*
- *De la durée de la population étudiée (au moins 20 ans dans le cas de Framingham)*
- *De sa validation,*
- *Et de l'existence de traitement(s) agissant sur un ou plusieurs des facteurs de risque étudiés, notamment, dans le cas du RCV, les traitements antihypertenseurs et les statines⁶⁷.*

Ces éléments nous permettent de comprendre pourquoi le score de Framingham n'est pas adapté à la population française. En effet, il surestime d'un facteur 2,8 les décès coronariens chez les hommes et de 1,9 chez les femmes françaises.

La recommandation britannique de 2014 propose l'utilisation du calculateur QURISK 2 (réactualisée en 2017 sous le nom de QRISK 3), qui prend en compte en sus des variables de l'équation de Framingham, l'ethnie, les antécédents de MCV précoce chez les ascendants au 1° degré, la précarité, le statut tabagique détaillé,

⁶⁵ <http://www.unaformec.org/index.php?page=bibliomed>

⁶⁶ Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2016 Aug 21];37(29):2315–81. Available from: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehw106>

⁶⁷ Junod A. De la mesure des scores de risque cardiovasculaire ou de la nuisance générée par la pléthore? Rev Med Suisse. 2012;8(327):330–5.



l'insuffisance rénale, un traitement antihypertenseur, la fibrillation auriculaire, la présence d'une polyarthrite rhumatoïde, l'IMC, le rapport CT/HDL, et, dans l'actualisation de 2017, des variables comme la migraine, la prescription de corticoïdes, le lupus érythémateux disséminé, l'utilisation d'antipsychotiques de seconde génération le diagnostic de maladie mentale sévère, le diagnostic d'infection par le VIH, le diagnostic de dysfonction érectile^{52,68}.

Evaluation du RCV en Europe en 2016 :

L'ESC recommande l'utilisation d'un score établi à partir de populations européennes, SCORE. A la différence du Score de Framingham qui évalue, dans sa principale version, la morbi-mortalité cardiovasculaire à 10 ans, SCORE évalue la mortalité cardiovasculaire à 10 ans. Il comporte deux abaques, l'une pour les pays européens à haut risque cardiovasculaire (notamment Grande-Bretagne et Europe Centrale), et l'autre pour les pays à bas-risque (dont la France)⁶⁹.

La récente recommandation de la HAS demande d'utiliser SCORE comme outil d'évaluation du risque cardiovasculaire. SCORE prend en compte l'âge, le sexe, la pression artérielle, la cholestérolémie totale et le statut tabagique. Elle ne prend pas en compte le diabète de type 2 en tant que tel. Les diabétiques de type 2 doivent être considérés comme à haut-risque cardiovasculaire, et l'abaque des pays à haut-risque doit être utilisée. L'abaque des sujets à haut risque doit être utilisée pour eux.

Quelles stratégies doivent être mises en place à partir de cette estimation du RCV ?

Toutes les recommandations (USA, Grande-Bretagne, ESC européenne) insistent sur le calcul du RCV, et des mesures de prévention primaire ou secondaire personnalisées en fonction du niveau de risque. Si en prévention secondaire la prescription « automatique » de statine associée à d'autres traitements comme l'aspirine, les IEC ou les Bêta bloquants est internationalement consensuelle, il en est tout autre en prévention primaire, où les stratégies varient considérablement selon les recommandations :

- La notion de seuil de risque ou de LDL-Cholestérolémie à partir desquels instaurer un traitement médicamenteux diffère selon les pays
- La notion de valeur cible de LDL-cholestérolémie n'est pas adoptée dans toutes les recommandations.
- Le type de statine proposé n'est pas le même...

Les calculateurs permettent d'évaluer le risque cardiovasculaire de sujets en prévention primaire de maladies cardiovasculaires. La question qui intéresse les cliniciens est de savoir quels sont, parmi ces patients, ceux qui peuvent bénéficier d'une intervention, et, plus particulièrement, de la prescription d'une statine.

L'essai thérapeutique prospectif, randomisé contre placebo : la méthode étalon des essais thérapeutiques

Historiquement, le premier essai thérapeutique pour une statine utilisée en prévention primaire est l'étude WOSCOPS. Réalisée en Écosse de l'Ouest, dans une population européenne à risque cardiovasculaire élevé, la prescription de 40 mg de pravastatine par jour pendant cinq ans a diminué le risque absolu de mourir d'une maladie cardiovasculaire de 0,67 %. Il a été nécessaire de traiter 1 167 personnes pour éviter 1 décès par cause cardiovasculaire [2].

JUPITER, est une étude plus récente, avec la prescription de 20 mg de rosuvastatine pendant 1,9 année. La population de JUPITER a été sélectionnée sur un taux élevé de CRP ultrasensible, critère non utilisé en clinique. L'étude a été interrompue précipitamment devant des résultats positifs.

En prenant en compte les infarctus du myocarde et les AVC mortels, elle n'a pas démontré de diminution de la mortalité cardiovasculaire. Dans une publication ultérieure, les auteurs ont ajouté l'information sur les morts subites. Dans cette seconde publication, la différence de mortalité cardiovasculaire entre les deux groupes n'est pas statistiquement significative (0,82 ; 0,52–1,27 ; $p=0,37$). Notons que dans ces deux études, le critère de jugement principal était composite, puisqu'il associait les événements cardiovasculaires mortels et non mortels, et pour JUPITER, les revascularisations qui peuvent avoir une indication très variable d'un centre investigateur à un autre (l'étude se déroulait dans 26 pays).

Ces deux études montrent un intérêt relatif des statines en prévention primaire. Elles ne permettent pas de conclure pour la population française quant au seuil d'intervention en prévention primaire: cette dernière a un risque de mortalité par cardiopathie ischémique moitié moindre que la population britannique et étasunienne et de l'ordre de 3 fois moins que la population d'Écosse de l'Ouest, lieu de l'expérimentation WOSCOP. Pourtant, les effectifs de ces deux études (6595 patients dans WOSCOPS, 17802 dans JUPITER) ont un poids important dans les

⁶⁸ <https://qrisk.org/2016/> Ce site propose un lien vers l'étude ayant validé ce score.

⁶⁹ http://www.escardio.org/static_file/Escardio/Subspecialty/EACPR/Documents/risk-assessment-score-card.pdf



méta-analyses. Prenant en compte ces deux essais et 25 autres, une publication en 2012 du Cholesterol Collaborative Trialist (CCT) a eu un retentissement élevé dans le cadre de l'élaboration des recommandations étatsuniennes, britanniques et européennes récentes et dans de nombreuses méta analyses. Le CCT est un collectif, qui regroupe des auteurs de publications sur les essais thérapeutiques, principalement des statines, dont les conflits d'intérêt sont bien présentés dans cette publication. Les auteurs concluent que « chez les personnes ayant un risque d'évènements cardiovasculaires majeurs inférieur à 10% à 5 ans, chaque abaissement de 1 mmol (0,39 g/L) de LDL-cholestérol produit une réduction du risque absolu de ces évènements de 11/1000 sur 5 ans. Ce bénéfice dépasse largement les dangers des traitements par statine. Dans les recommandations actuelles (cette publication date de 2012, NDLR), ces personnes ne sont pas vues comme éligibles pour un abaissement du LDL-C par un traitement par statine ».

C'est essentiellement sur ce rapport que les recommandations internationales ont été modifiées. La méthodologie de la publication du CCT pose problème : aucune des études reprises dans la méta-analyse n'a stratifié le risque des patients en fonction de la valeur de LDL-C obtenue par le traitement. Il s'agit d'une analyse a posteriori, qui elle aussi prend en compte des critères de jugement composites : évènements coronariens majeurs (infarctus mortels et non mortels, AVC et revascularisations). Nous avons vu plus haut les limites de la pertinence de ces indicateurs. De plus, les statines utilisées sont variées (toute la pharmacopée est utilisée). Deux des principales études prises en compte par le CCT, dont nous avons brièvement rappelé les résultats plus haut, souffrent de biais et de limites majeurs. C'est pourtant bien sur cette publication que reposent les recommandations récentes de prescription de statines avec valeurs cibles de LDL-C chez des sujets à bas risque et à cholestérolémie LDL « moyenne ».

Que retenir pour notre pratique ?

WOSCOPS a étudié une population à risque cardiovasculaire élevé. JUPITER présente des biais importants, qui mettent en doute ses résultats.

Les valeurs cibles qui sont proposées dans la plupart des recommandations, et rejetées par les recommandations étatsuniennes, reposent sur une publication du CCT dont la qualité de preuve est basse.

Ce que nous savons : les statines abaissent le risque absolu de maladie cardiovasculaire mortelle ou non mortelle d'environ 20% chez tous les sujets. En cas de risque faible (5% par exemple), la significativité clinique de cet baisse (passer de 5 à 4%) pose question. Nous sommes donc dans une situation d'incertitude sur le rapport bénéfices/risques des statines en prévention primaire chez les patients à bas risque cardiovasculaire. Comment gérer cela avec nos patients ?

Le choix de traiter ou non dépend d'une évaluation du risque individuel, mais aussi du choix informé du patient. La décision informée, le processus de décision partagée se retrouvent maintenant comme des « incontournables » de toutes les recommandations. Mais comment construire une décision informée et partagée ?

Les données de la littérature

Une revue systématique d'études portant sur la perception des risques et bénéfices des dépistages, tests et traitements a montré que dans la grande majorité des cas, les patients surestiment les bénéfices des interventions biomédicales et des traitements médicamenteux et sous-estiment leurs risques⁷⁰.

Une revue de la Cochrane a analysé les outils d'aide à la décision pour les patients, concernant les traitements ou les décisions de dépistage. Elle a repris les essais contrôlés randomisés concernant les aides à la décision pour rendre le processus de prise de décision explicite. Ces essais fournissaient des informations concernant les traitements ou les dépistages et leurs résultats, comparativement aux « soins habituels ». Les études dans lesquelles la décision était hypothétique ont été exclues. Cette métaanalyse a comporté 115 études, incluant 34 444 participants. Sur les 115 études, 88 utilisaient au moins un élément des critères d'efficacité de l'International Patient Decision Aid Standards (IPDAS)⁷¹.

Par rapport aux soins habituels, les aides à la décision sont associées à une augmentation des connaissances (moyenne 13,34 sur 100 ; IC de 11,17 à 15,51 ; n = 42). Lorsque des aides à la décision plus détaillées ont été

⁷⁰ Post C, Post C, Head A, Progres DES, On M, Mieux P, et al. Patients' Expectations of the Benefits and Harms of Treatments, Screening, and Tests. JAMA Intern Med [Internet]. 2015 Sep [cited 2016 Oct 2];175(12):274.

⁷¹ Volk et al.: Ten years of the International Patient Decision Aid Standards Collaboration: evolution of the core dimensions for assessing the quality of patient decision aids. BMC Medical Informatics and Decision Making 2013 13(Suppl 2):S1.



comparées aux aides à la décision simples, l'amélioration relative de la connaissance était significativement améliorée (moyenne 5,52 sur 100, IC 3,90 à 7,15 ; $n = 19$). Une aide à la décision présentant des probabilités a donné lieu à une proportion plus élevée de personnes ayant une perception des risques précis (RR 1,82 ; IC à 95% 1,52 à 2,16 ; $n = 19$). L'utilisation d'une aide à la décision avec des valeurs explicites clarifiant les données a montré une proportion plus élevée de patients choisissant une option en harmonie avec leurs valeurs (RR 1,51 ; IC à 95% 1,17 à 1,96 ; $n = 13$).

Concernant le « processus de prise de décision », les aides à la décision par rapport aux interventions de soins habituels ont abouti à :

- une diminution des conflits cognitifs liés à la sensation de se sentir mal informé (moyenne -7,26 100; IC -9,73 à -4,78 ; $n = 22$) et du sentiment de manque de clarification de ses valeurs personnelles (moyenne -6,09; IC -8,50 à -3,67 ; $n = 18$);
- la réduction des personnes qui étaient passives dans la prise de décision (RR 0,66 ; IC 0,53 à 0,81 ; $n = 14$); et
- la réduction de la proportion de personnes qui sont restées indécises après l'intervention (RR 0,59 ; IC à 95% 0,47 à 0,72; $n = 18$)⁷².

⁷² Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. In: Stacey D, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [cited 2016 Oct 2]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001431.pub4>



Comment se présente un outil d'aide à la décision informée ?

Un exemple d'un outil d'aide à la décision pour le choix d'un traitement par statine en soins primaires nous est fourni par « l'outil statine » mis à la disposition des soignants et des patients par la Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne⁷³. Cet outil est dérivé de celui proposé par la Mayo Clinic. L'outil a été traduit, et le calculateur adapté à l'épidémiologie suisse à partir des données de PROCAM⁷⁴.

Dans un premier temps, l'outil est un simple calculateur de risque, comme l'est par exemple QRISK. Il propose une représentation graphique du risque : sur 100 personnes ayant les facteurs de risques entrés dans le calculateur, il montre sous la forme de boules de 2 couleurs le nombre de celles qui « auront un infarctus », et « celles qui n'en auront pas ».

La seconde étape consiste à introduire un traitement par statine. Sur les 100 personnes, il présente celles qui auront un infarctus, celles qui n'en auront pas, et le nombre de celles qui éviteront un infarctus grâce au traitement par une couleur de boules supplémentaire. Deux options de traitement par statine sont proposées : une statine à dose moyenne, ou une statine à forte activité (atorvastatine ou rosuvastatine). Le rôle du médecin est d'aider le patient à construire sa décision à partir de ces données. Un récapitulatif est imprimé et présente le coût du traitement, les effets secondaires potentiels, les autres bénéfices (risque d'AVC notamment).

Cet outil a des limites importantes :

- Il reprend les données de PROCAM adaptée à l'Allemagne, dont le risque cardiovasculaire est différent de celui de la France.
- L'équation ne prend pas en compte tous les facteurs de risques, dont la précarité, les rhumatismes inflammatoires ou l'insuffisance rénale.
- Il intègre bien la notion de risque cardiovasculaire global, mais il reste centré sur la prescription de statine (mais c'est bien l'objet de cet outil), sans analyser le style de vie.

Nous avons besoin d'un tel outil reprenant l'ensemble des facteurs de risque modifiables, adapté à la population française.

REPÉRAGE

Outils pour les patients

Nous proposons avec l'auto-questionnaire de ce dossier le signalement d'une éventuelle dyslipidémie par le patient lui-même de ses facteurs de risque, dans la mesure où elle est connue.

Outils pour les médecins

L'auto-questionnaire permet de repérer les patients qui connaissent leur maladie.

L'outil européen d'évaluation du risque cardiovasculaire global, tenant compte des valeurs de la cholestérolémie et largement accepté est SCORE⁷⁵. Il permet d'évaluer le risque de mortalité cardiovasculaire à 10 ans, en tenant compte de l'âge, de la pression artérielle, de la cholestérolémie, du statut tabagique, du sexe, et, pour le diabète, en utilisant la table pour les pays à haut-risque. Ce score a été validé pour la population française⁷⁶.

La Société Scientifique de Médecine Générale belge (SSMG) a développé un outil de repérage et d'évaluation du risque cardiovasculaire, proposant des interventions ciblées en fonction des facteurs de risque que sont l'âge, le statut tabagique, la cholestérolémie, le diabète, les antécédents personnels et familiaux de maladie cardiovasculaire, l'IMC et le périmètre ombilical et la présence d'une HTA⁷⁷.

Un outil élaboré par la Mayo Clinic, basé sur l'équation de Framingham, et adapté à la population suisse propose une démarche originale. Comme QRISK, il s'agit d'évaluer le risque cardiovasculaire. Son originalité et de

⁷³ David D, Vonnez J, Selby K, Auer R, Jacques P. Statines en prévention primaire : comment décider avec le patient ? 2015;2222-6.

⁷⁴ https://statindecisionaid.mayoclinic.org/index.php/site/index?lang=fr_fr

⁷⁵ Task FM, Piepoli MF, Hoes AW et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur J Prev Cardiol. 2016 ;23:NP1-NP96.

⁷⁶ Bérard E, Séguro F, Bongard V et al. Predictive Accuracy of the European Society of Cardiology SCORE Among French People. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2016;36:38-48.

⁷⁷ http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/IMP_Cardio_PSMG_Plaquette.pdf



visualiser l'impact d'un traitement par statine sur le risque cardiovasculaire, et de proposer une balance décisionnelle avantages/inconvénient permettant d'éclairer la décision informée du patient⁷⁸.

Enfin, QRISK 3, adapté à la population anglaise et galloise, intègre nombre de variables supplémentaires.

Quel outil choisir ?

- SCORE est sans doute l'outil le plus simple. Visuel, il montre bien le poids des facteurs de risque et notamment le tabac.
- Pour décider avec le patient de la prescription d'une statine et dans le cadre d'une décision informée et partagée, l'outil de la Mayo Clinic est le plus pédagogique.
- QRISK 3 permet d'explorer un grand nombre des facteurs de risque de la maladie cardiovasculaire.

INTERVENTION

Chez les patients en situation de prévention secondaire, le choix thérapeutique est univoque : la prescription d'une statine.

En prévention primaire, selon le niveau de risque, la prescription repose sur une analyse du rapport bénéfice/risque, à évaluer avec le patient en utilisant un outil comme celui de la Mayo Clinic, ou en évaluant le risque cardiovasculaire global avec SCORE.

Le seuil de risque à partir duquel un traitement par statine est recommandé n'est pas consensuel. L'ESC en 2016 propose une intervention dès que le risque cardiovasculaire mortel est situé entre 1 et 5% à 10 ans, et que le niveau de LDL-C est supérieur à 100 mg/dL si les interventions sur le style de vie ne sont pas efficaces. Ce seuil nous paraît de nature à traiter un nombre considérable de personnes, notamment à partir de l'âge de 60 ans. Chez les patients à bas risque, les interventions sur le style de vie sont à privilégier⁷⁹.

La HAS en 2107 reprend les recommandations de l'ESC de 2016. Les tableaux suivants présentent :

- Les niveaux de risque cardiovasculaire
- Les objectifs de LDL-C et les interventions proposées.

Dans tous les cas, la décision de traiter, pharmacologiquement ou par l'amélioration du style de vie, doit être construite avec le patient avec une information complète sur les avantages et les inconvénients des différentes stratégies. C'est ici qu'un outil comme celui de la Mayo Clinic adapté à la population française serait précieux⁸⁰.

⁷⁸ https://statindecisionaid.mayoclinic.org/index.php/site/index?lang=fr_fr

⁷⁹ Mach F, Riesen WF, Rodondi N, Von Eckardstein A. [Statin treatment in primary and secondary prevention--a statement]. Rev Med Suisse. 2014;10:2430-2433.

⁸⁰ https://statindecisionaid.mayoclinic.org/index.php/site/index?lang=fr_fr

Quatre niveaux de risque cardiovasculaire global

Niveau de risque cardio-vasculaire	
Faible	SCORE < 1 %
Modéré	1 % ≤ SCORE < 5 %
	Diabète de type 1 ou 2 < 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible
Élevé	5 % ≤ SCORE < 10 %
	Diabète de type 1 ou 2 : < 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible ; ≥ 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible
	Patient ayant une insuffisance rénale chronique modérée
	TA ≥ 180/110 mmHg
Très élevé	SCORE ≥ 10 %
	Diabète de type 1 ou 2 ≥ 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible
	Patient ayant une insuffisance rénale chronique sévère
	Maladie cardio-vasculaire documentée (prévention secondaire)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bauwens M, Schneider MP, Nanchen D. [Adherence to statins: updates and practical proposals]. Rev Med Suisse. 2016;12:445-8, 450.
- Smith DH, O'Keeffe-Rosetti M, Owen-Smith AA et al. Improving Adherence to Cardiovascular Therapies: An Economic Evaluation of a Randomized Pragmatic Trial. Value Health. 2016;19:176-184.
- Karmali KN, Lloyd-Jones DM, Berendsen MA et al. Drugs for Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease: An Overview of Systematic Reviews. JAMA Cardiol. 2016;1:341-349.
- Pavlovic J, Greenland P, Deckers JW et al. Comparison of ACC/AHA and ESC Guideline Recommendations Following Trial Evidence for Statin Use in Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Results From the Population-Based Rotterdam Study. JAMA Cardiol. 2016
- Leibowitz M, Karpati T, Cohen-Stavi CJ et al. Association Between Achieved Low-Density Lipoprotein Levels and Major Adverse Cardiac Events in Patients With Stable Ischemic Heart Disease Taking Statin Treatment. JAMA Intern Med. 2016
- Mortensen MB, Afzal S, Nordestgaard BG, Falk E. The high-density lipoprotein-adjusted SCORE model worsens SCORE-based risk classification in a contemporary population of 30 824 Europeans: the Copenhagen General Population Study. Eur Heart J. 2015
- Mortensen MB, Afzal S, Nordestgaard BG, Falk E. Primary Prevention With Statins: ACC/AHA Risk-Based Approach Versus Trial-Based Approaches to Guide Statin Therapy. J Am Coll Cardiol. 2015;66:2699-2709.
- Persell SD, Brown T, Lee JY et al. Individualized Risk Communication and Outreach for Primary Cardiovascular Disease Prevention in Community Health Centers: Randomized Trial. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2015;8:560-566.
- Soran H, Schofield JD, Durrington PN. Cholesterol, not just cardiovascular risk, is important in deciding who should receive statin treatment. Eur Heart J. 2015;36:2975-2983.
- Cook NR, Ridker PM. Further insight into the cardiovascular risk calculator: the roles of statins, revascularizations, and underascertainment in the Women's Health Study. JAMA Intern Med. 2014;174:1964-1971.
- Bosomworth NJ. Evolution of lipid management guidelines: evidence might set you free. Can Fam Physician. 2014;60:612-7, e333.
- Taylor F, Huffman MD, Macedo AF et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev. 2013CD004816.



- Ni Chroinin D, Asplund K, Asberg S et al. Statin therapy and outcome after ischemic stroke: systematic review and meta-analysis of observational studies and randomized trials. *Stroke*. 2013;44:448-456.
- Carter AA, Gomes T, Camacho X, Juurlink DN, Shah BR, Mamdani MM. Risk of incident diabetes among patients treated with statins: population based study. *BMJ*. 2013;346:f2610.
- Taylor F, Ward K, Moore TH et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011CD004816.
- Dyson PA, Kelly T, Deakin T et al. Diabetes UK evidence-based nutrition guidelines for the prevention and management of diabetes. *Diabet Med*. 2011;28:1282-1288.
- Ray KK, Seshasai SR, Erqou S et al. Statins and all-cause mortality in high-risk primary prevention: a meta-analysis of 11 randomized controlled trials involving 65,229 participants. *Arch Intern Med*. 2010;170:1024-1031.



Apnées du sommeil et troubles du sommeil

DONNEES SCIENTIFIQUES

En résumé

La prévalence du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) est selon les études, de 6 à 1,2% chez l'adulte, avec une forte prédominance masculine. L'obésité est un facteur de risque.

Une méta-analyse de 110 études portant sur 48 188 patients n'a pas mis en évidence de réduction de la mortalité toute cause, ni de la mortalité cardiovasculaire après un dépistage des apnées du sommeil. Après traitement (Pression Positive Continue), il existe un bénéfice sur les chiffres de pression artérielle et une amélioration de la qualité du sommeil, sans démontrer une diminution des événements cardiovasculaires.

Dans la cohorte GAZEL, les troubles du sommeil sont associés à une augmentation du risque cardiovasculaire. Nous ne disposons pas d'étude d'intervention montrant une réduction du risque en traitant ce symptôme.

Synthèse de la littérature

Le SAHOS est défini par la HAS, à partir des critères de l'American Academy of Sleep Medicine, par la présence des critères A ou B et du critère C :

- A. Somnolence diurne excessive non expliquée par d'autres facteurs ;
- B. Deux au moins des critères suivants non expliqués par d'autres facteurs :
 - ronflements sévères et quotidiens,
 - sensations d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil,
 - sommeil non réparateur,
 - fatigue diurne,
 - difficultés de concentration,
 - nycturie (plus d'une miction par nuit) ;
- C. Critère polysomnographique ou polygraphique : apnées + hypopnées 5 par heure de sommeil (index d'apnées hypopnées [IAH] ≥ 5)⁸¹.

La HAS a publié en 2014 une évaluation médico-économique des traitements des apnées du sommeil dont la conclusion est la suivante :

« Les études ont montré que la PPC avait un effet bénéfique sur la correction des troubles respiratoires du sommeil (réduction de l'indice d'apnées hypopnées) et sur la correction de la somnolence diurne (ainsi que sur la survenue d'accidents de la route). En revanche, les études sur la qualité de vie et la vigilance ont donné des résultats discordants.

La plupart de ces études ont été menées chez des hommes, souvent obèses, ayant un SAHOS modéré à sévère. Les données chez les patients ayant un SAHOS avec un indice d'apnées hypopnées inférieur à 15 événements par heure sont pratiquement inexistantes.

L'analyse de ces études est difficile en raison de la multiplicité des critères d'inclusion pouvant être retenus pour définir le SAHOS (prise en compte de l'indice d'apnées hypopnées et/ou prise en compte de la somnolence ; définition non homogène des événements d'hypopnées ; prise en compte d'un indice de désaturation au lieu d'un indice d'événements obstructifs...). De même, les critères de jugement ne sont pas uniformes selon les études ; certains auteurs privilégiant l'effet de la PPC sur la somnolence (considérée comme ayant un fort impact sur la qualité de vie du patient) et d'autres auteurs privilégiant l'effet de la PPC sur les troubles respiratoires du sommeil (considérés comme responsables des complications à long terme du SAHOS).

⁸¹Sleep-related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. Report of an American Academy of Sleep Medicine Task Force. Sleep 1999 ; 22 : 667-89.



Seule une étude contrôlée randomisée a évalué l'effet de la PPC sur la morbidité cardio-vasculaire (Barbé et al. 2012). Des études cliniques de bonne qualité méthodologique doivent être menées afin d'évaluer l'effet de la PPC sur les conséquences, notamment cardio-vasculaires, du SAHOS sur le long terme et afin de déterminer le sous-groupe de patients susceptibles de tirer le meilleur bénéfice d'un traitement par PPC⁸².

Les études ayant évalué l'efficacité des orthèses d'avancée mandibulaire par rapport à la PPC ont porté sur les conséquences à court terme du SAHOS (troubles respiratoires du sommeil et somnolence). Des études cliniques de bonne qualité méthodologique, portant sur des critères de jugement clinique de morbidité cardio-vasculaire, doivent être menées sur le long terme afin de préciser le rapport bénéfice/risque des orthèses d'avancée mandibulaire par rapport à la PPC⁸³.

Concernant les troubles du sommeil, dans la cohorte GAZEL, la réponse « Oui » à la question « avez-vous des difficultés de sommeil » est associée à une augmentation du RCV.

REPERAGE

Il n'y a pas de preuve pour dépister systématiquement les SAHOS chez des personnes asymptomatiques, ni les troubles du sommeil.

Outils pour les patients

Le questionnaire STOP-BANG est l'outil qui a les moins mauvaises performances pour la détection des apnées du sommeil⁸⁴.

Cotation pour la population générale

- Faible risque de SAOS (apnée obstructive du sommeil) : Réponse « oui » à 0-2 questions
- Risque moyen de SAOS : Réponse « oui » à 3-4 questions
- Risque élevé de SAOS : Réponse « oui » à 5-8 questions
 - ou Oui à au moins 2 des 4 premières questions + sexe masculin
 - ou Oui à au moins 2 des 4 premières questions + IMC > 35 kg/m²
 - ou Oui à au moins 2 des 4 premières questions + tour de cou (43 cm chez l'homme, 41 cm chez la femme)

Outils pour les médecins

Le questionnaire STOP-BANG peut être proposé aux personnes se plaignant de somnolence diurne, et répondant aux critères cliniques définis par l'American Academy of Sleep Medicine.

Pour identifier les troubles du sommeil, une simple question est proposée⁸⁵.

INTERVENTION

Le premier traitement est celui portant sur le style de vie, notamment une perte de poids en cas de surpoids ou d'obésité, et la gestion du stress ou de la dépression en cas de troubles du sommeil.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

⁸² HAS. Évaluation clinique et économique des dispositifs médicaux et prestations associées pour prise en charge du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS). 2014. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/rapport_sahos_-_evaluation_clinique.pdf

⁸⁴ Chiu H-Y, Chen P-Y, Chuang L-P, Chen N-H, Tu Y-K, Hsieh Y-J, et al. Diagnostic accuracy of the Berlin questionnaire, STOP-BANG, STOP, and Epworth sleepiness scale in detecting obstructive sleep apnea: A bivariate meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. Elsevier Ltd; 2017 Dec 1;36:57–70.

⁸⁵ Meneton P, Lemogne C, Herquelot E, Bonenfant S, Larson MG, Vasan RS, et al. A Global View of the Relationships between the Main Behavioural and Clinical Cardiovascular Risk Factors in the GAZEL Prospective Cohort. Icks A, editor. *PLoS ONE*. 2016 Sep 6;11(9):e0162386–20.



- US PSTF, Bibbins-Domingo K, Grossman DC et al. Screening for Obstructive Sleep Apnea in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2017;317:407-414.
- Jonas DE, Amick HR, Feltner C et al. Screening for Obstructive Sleep Apnea in Adults: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2017;317:415-433.
- Anderson C, McEvoy D, Wang J. OS 12-02 Sleep apnea cardiovascular endpoints (save) study: an international randomised controlled trial to determine whether continuous positive airways pressure treatment for obstructive sleep apnea in patients with cv disease prevents secondary cardiovascular events. *J Hypertens*. 2016;34 Suppl 1 - ISH 2016 Abstract Book:e76.
- Silva GE, Vana KD, Goodwin JL, Sherrill DL, Quan SF. Identification of patients with sleep disordered breathing: comparing the four-variable screening tool, STOP, STOP-Bang, and Epworth Sleepiness Scales. *J Clin Sleep Med*. 2011;7:467-472.
- Vicens C, Socias I, Mateu C et al. Comparative efficacy of two primary care interventions to assist withdrawal from long term benzodiazepine use: a protocol for a clustered, randomized clinical trial. *BMC Fam Pract*. 2011;12:23.
- Chung F, Yegneswaran B, Liao P et al. Validation of the Berlin questionnaire and American Society of Anesthesiologists checklist as screening tools for obstructive sleep apnea in surgical patients. *Anesthesiology*. 2008;108:822-830.
- Sorscher AJ. How is your sleep: a neglected topic for health care screening. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*. 2008;21:141-148.
- Hu X, Fan J, Chen S, Yin Y, Zrenner B. The role of continuous positive airway pressure in blood pressure control for patients with obstructive sleep apnea and hypertension: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2015; 17: 215-22.
- Barbé F, Durán-Cantolla J, Sánchez-de-la-Torre M, et al. Effect of continuous positive airway pressure on the incidence of hypertension and cardiovascular events in nonsleepy patients with obstructive sleep apnea: a randomized controlled trial. *JAMA* 2012; 307: 2161-8.
- McEvoy RD, Antic NA, Heeley E, et al. CPAP for prevention of cardiovascular events in obstructive sleep apnea. *N Engl J Med* 2016; 375: 919-31.



Stress

DONNEES SCIENTIFIQUES

En résumé

Le faible statut socio-économique, le manque de soutien social, le stress au travail et dans la vie de famille, l'hostilité, la dépression, l'anxiété et d'autres troubles mentaux contribuent au risque de développer des maladies cardiovasculaires et à un pire pronostic des maladies cardiovasculaires. L'absence de ces éléments est associée à un risque plus faible de développer une maladie cardiovasculaire et un meilleur pronostic des maladies cardiovasculaires.

Les facteurs de risque psychosociaux agissent comme des obstacles à l'observance du traitement et aux efforts visant à améliorer le mode de vie, ainsi qu'à promouvoir la santé chez les patients et les populations.

Synthèse de la littérature

Récemment, de grandes études épidémiologiques prospectives et des études scientifiques de base de moindre envergure ont établi un lien étroit entre les maladies cardiovasculaires et plusieurs troubles psychologiques, y compris la dépression, le stress psychologique chronique, le syndrome de stress post-traumatique et l'anxiété. En outre, de nombreux essais cliniques ont été effectués pour tenter de prévenir ou de réduire l'impact de ces maladies sur la santé cardiovasculaire.

Il existe des preuves des effets protecteurs de la réduction du stress sur les risques de maladies cardiovasculaires.

La recommandation de l'ESC de 2016 propose un questionnaire-type pour la recherche de facteurs de vulnérabilité psycho-sociaux, dépassant largement le stress⁸⁶ issu de⁸⁷.

Faible statut socio-économique	Quel est votre diplôme d'études le plus élevé ? Êtes-vous un travailleur manuel ?
Stress au travail et en famille	Manquez-vous de contrôle sur les demandes qui vous sont faites au travail ? Êtes-vous mal récompensé pour vos efforts ? Avez-vous des problèmes sérieux avec votre conjoint ?
Isolement social	Vivez-vous seul ? Manquez-vous d'un confident proche ? Avez-vous perdu un proche important ou un ami l'année qui précède ?
Dépression	Vous sentez-vous déprimé et sans espoir ? Avez-vous perdu l'intérêt et les plaisirs de la vie ?
Anxiété	Ressentez-vous brutalement des sensations de peur ou de panique ? Êtes-vous fréquemment incapable de stopper ou de contrôler vos préoccupations ?
Hostilité	Vous sentez-vous fréquemment en colère pour de petites choses ? Vous sentez-vous souvent ennuyé par les habitudes d'autres personnes ?
Personnalité de type D	En général, vous sentez-vous souvent anxieux, irritable ou dépressif ? Évitez-vous de partager vos pensées et vos sentiments avec les autres personnes ?
Stress post-traumatique	Avez-vous été exposés à un événement traumatique ? Souffrez-vous de cauchemar ou de pensées permanentes négatives ?
Autres troubles mentaux	Souffrez-vous de troubles mentaux ?

Des études supplémentaires sont nécessaires pour examiner les effets de la réduction du stress pour la

⁸⁶ Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. 2016 Aug 1;37(29):2315–81.

⁸⁷ Albus C, Jordan J, Herrmann-Lingen C. Screening for psychosocial risk factors in patients with coronary heart disease-recommendations for clinical practice. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2004;11:75–79.



prévention primaire des MCV ainsi que pour explorer les traitements chez les patients atteints de syndrome de stress post-traumatique⁸⁸.

REPERAGE

Outils pour les patients

Nous proposons une échelle visuelle analogique, non validée, mais d'usage simple, pour permettre un dialogue avec le patient sur son stress ressenti, et ouvrir la consultation sur des aspects psycho-sociaux. Le questionnaire de l'ESC peut être proposé en complément, en consultation.

Outils pour les médecins

Nous proposons une échelle visuelle analogique non validée, mais d'usage simple, pour permettre un dialogue avec le patient sur son stress ressenti, et ouvrir la consultation sur des aspects psycho-sociaux. Cet outil est utilisable dans un projet de décision informée et partagée.

INTERVENTION

Les Thérapie Cognitivo-Comportementales (TCC) ont montré leur efficacité en prévention secondaire chez des patients coronariens. Nous manquons de données en prévention primaire. Le biofeedback, le plus souvent utilisé sous la forme d'exercices de cohérence cardiaque, a montré des effets sur le bien-être chez des patients coronariens en prévention secondaire^{89, 90, 91, 92}.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Trousselard M, Canini F, Claverie D, Cungi C, Putois B, Franck N. Cardiac Coherence Training to Reduce Anxiety in Remitted Schizophrenia, a Pilot Study. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2016;41:61-69.
- Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *Am J Hypertens*. 2015;28:1295-1302.
- Klimov D, Lysy C, Berteau S et al. Biofeedback on heart rate variability in cardiac rehabilitation: practical feasibility and psycho-physiological effects. *Acta Cardiol*. 2014;69:299-307.
- Chamoux A. SC. Estimation de l'état de stress perçu (auto-évaluation).. *Références en santé au travail* 2012;130:164-169.
- Archer T, Fredriksson A, Schutz E, Kostrzewa RM. Influence of physical exercise on neuroimmunological functioning and health: aging and stress. *Neurotox Res*. 2011;20:69-83.
- Cavagnoli G, Comerlato J, Comerlato C, Renz PB, Gross JL, Camargo JL. HbA(1c) measurement for the diagnosis of diabetes: is it enough? *Diabet Med*. 2011;28:31-35.
- Angermayr L, Melchart D, Linde K. Multifactorial lifestyle interventions in the primary and secondary prevention of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus--a systematic review of randomized controlled trials. *Ann Behav Med*. 2010;40:49-64.
- Ginsberg JP, Berry ME, Powell DA. Cardiac coherence and posttraumatic stress disorder in combat veterans. *Altern Ther Health Med*. 2010;16:52-60.

⁸⁸ Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *Am J Hypertens*. 2015;28:1295-1302.

⁸⁹ Trousselard M, Canini F, Claverie D, Cungi C, Putois B, Franck N. Cardiac Coherence Training to Reduce Anxiety in Remitted Schizophrenia, a Pilot Study. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2016;41:61-69.

⁹⁰ McCraty R, Zayas MA. Cardiac coherence, self-regulation, autonomic stability, and psychosocial well-being. *Front Psychol*. 2014;5:1090.

⁹¹ Klimov D, Lysy C, Berteau S et al. Biofeedback on heart rate variability in cardiac rehabilitation: practical feasibility and psycho-physiological effects. *Acta Cardiol*. 2014;69:299-307.

⁹² Ginsberg JP, Berry ME, Powell DA. Cardiac coherence and posttraumatic stress disorder in combat veterans. *Altern Ther Health Med*. 2010;16:52-60.

Dépression

DONNEES SCIENTIFIQUES

En résumé

La dépression est associée à une augmentation du risque de maladie cardiovasculaire. Si nous ne disposons pas de preuve que son traitement diminue les symptômes de dépression, il en existe sur l'amélioration du « ssoinde soi », de l'observance médicamenteuse et des dépistages.

Synthèse de la littérature

A un moment donné, 6 à 12 % de la population française présentent les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé. La prévalence sur la vie entière est d'environ 20 %. Les femmes sont environ deux fois plus touchées que les hommes. Pour une majorité de personnes souffrant d'épisode dépressif caractérisé dans les études de prévalence, ce trouble est récidivant ou chronique. En octobre 2004, 125 940 personnes dans le régime général étaient en ALD avec le diagnostic d'épisode dépressif.

Y a-t-il une association entre dépression et risque cardiovasculaire ?

Dans la cohorte GAZEL, une association entre dépression et risque cardiovasculaire a été trouvée. Le risque relatif était de 1,18, certes faible, mais statistiquement significatif⁹³.

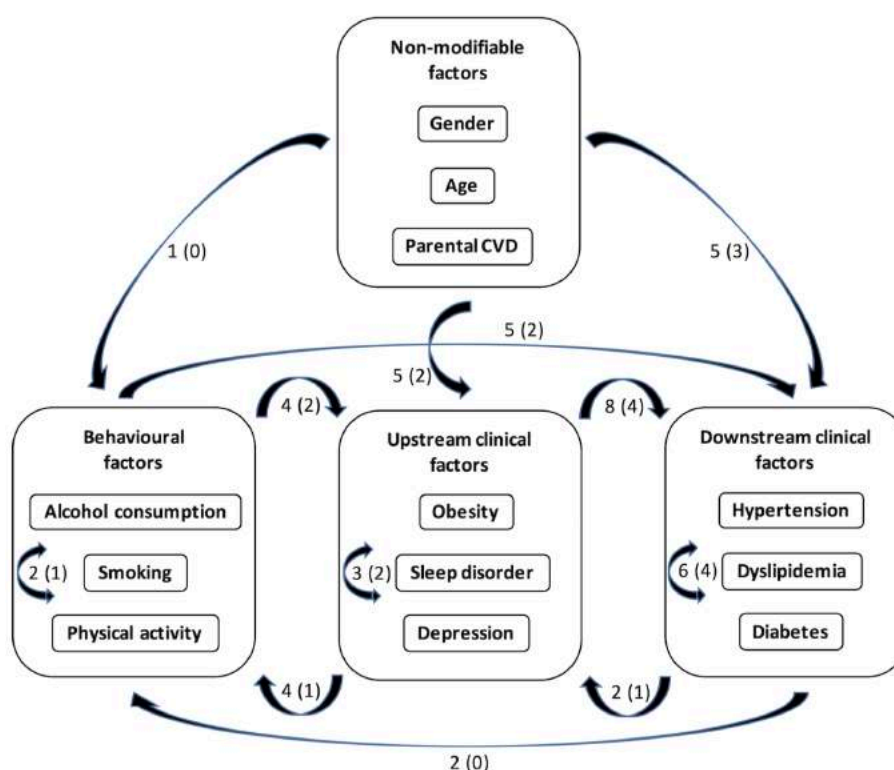


Fig 1. Conceptual framework of the relationships between CVD risk factors. The factors are grouped into 4 types based on the number of other factors predicting each of them. The numbers next to the arrows represent the number of prospective associations between or within the 4 types of factors at $p < 0.05$ or $p < 0.0001$ (in parenthesis).

doi:10.1371/journal.pone.0162386.g001

⁹³ Hamieh N, Meneton P, Wiernik E, Limosin F, Zins M, Goldberg M, et al. Depression, treatable cardiovascular risk factors and incident cardiac events in the Gazel cohort. *Int J Cardiol.* 2019 Jun;284:90–5. .



Faut-il dépister la dépression ?

Pour la HAS, la dépression peut affecter la capacité du patient à prendre soin de lui-même, justifiant une incitation particulière à la prévention (hygiène de vie, précautions élémentaires de santé, dépistages, contraception, etc.)⁹⁴

Les recommandations de l'US Preventive Services Task Force proposent un dépistage systématique de la dépression en soins primaires. (grade B),⁹⁵⁹⁶

Le dépistage de la dépression permet-il de diminuer le risque de maladie cardiovasculaire ?

Aucune étude n'a permis de le démontrer. Cependant, il existe des preuves sur l'efficacité de la prise en charge de la dépression pour améliorer les actes de prévention et le suivi thérapeutique éventuel.

Quels sont les outils d'évaluation standardisée validés ?

Le dépistage en 2 questions (PHQ-2) a une sensibilité et une spécificité de 78% et 85%. Le test en 9 questions (PHQ-9) 88% et 85%⁹⁷.

La CNAM prévoit une nomenclature spécifique pour l'évaluation de la dépression par questionnaire, avec une cotation ALQP003, en utilisant les tests MADRS, Hamilton, Beck, MMPI, STAI.

Notre préférence (subjective et basée sur une expérience personnelle) est d'utiliser le PHQ-2 en première intention, éventuellement au cours de la consultation dans l'investigation clinique, et si l'une des 2 réponses est positive, de proposer un questionnaire de Hamilton ou un PHQ-9.

A noter que les test de Hamilton et MADRS sont des hétéroquestionnaires. Le MMPI est un test long peu utilisable en médecine générale.

REPÉRAGE

Outils pour les patients

Pour certains patients, l'appropriation du diagnostic de dépression peut être aidée par l'utilisation d'un auto-questionnaire.

Outils pour les médecins

Les outils d'évaluation standardisés sont des aides au diagnostic qui doivent être soumis au jugement du clinicien, notamment⁹⁸ :

- PHQ-2 ou PHQ-9 : le PHQ est un auto-questionnaire qui a l'avantage de disposer de deux formes, PHQ-2 et PHQ-9. Le PHQ-2 peut être utilisé comme outil d'aide au repérage d'une dépression caractérisée. Si le score du PHQ-2 est ≥ 2 , il peut être complété par le PHQ-9 pour en améliorer la spécificité ;
- BDI-II (Beck Depression Inventory) chez l'adulte : le BDI-II est un auto-questionnaire qui peut être une aide pour identifier un épisode dépressif caractérisé ;
- HADS : l'échelle Hospital and Anxiety Depression Scale peut présenter un intérêt chez les patients qui ont des comorbidités somatiques ;
- HDRS : l'utilisation d'une échelle comme l'Hamilton Depression Rating Scale peut, de par sa répétition dans le temps, être envisagée comme outil de réévaluation ;
- GDS-15 : chez le sujet âgé, le GDS-15 est une échelle utilisée malgré son faible niveau de preuve. Il est recommandé de faire un test Mini-Mental State Examination (MMSE) pour explorer les capacités cognitives du sujet âgé.

⁹⁴ HAS. Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte. Guide Affections de Longue durée. Février 2009 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-04/gm_al23_troubles_depressifs_webavril2009.pdf

⁹⁵ US Preventive Services Task Force. Active Recommendations (on preventive measures, including screening tests, counseling, immunizations, and preventive medications). 2006 (cited 15.10.2006); Available from: www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm

⁹⁶ <https://epss.ahrq.gov/ePSS/RecomDetail.do?method=grades&sid=299>

⁹⁷ The Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 Algorithm for Screening to Detect Major Depression: An Individual Participant Data Meta-Analysis. 2020;89(1):25–37.

⁹⁸ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-04/gm_al23_troubles_depressifs_webavril2009.pdf



Inégalités sociales en santé

DONNEES SCIENTIFIQUES

En résumé

Il existe en France des inégalités sociales dans tous les domaines de la santé, et particulièrement en matière de prévention. Les médecins généralistes peuvent, en portant attention à la position sociale de leurs patients, tenir compte de ces inégalités sociales de santé dans leurs pratiques de consultation au quotidien.

Un « bas niveau social » est un facteur de risque de maladie cardiovasculaire.

Synthèse de la littérature

Les consultations de médecine générale représentent 90 à 95 % des contacts de la population avec le corps médical en dehors des hospitalisations, et il existe des inégalités sociales de santé au sein même des patientèles des médecins généralistes. Par exemple, une étude a montré que les médecins généralistes franciliens délivreraient près de deux fois plus de conseils d'activité physique aux hommes ayant un niveau d'études élevé qu'à ceux ayant un niveau d'études faible⁹⁹.

Face à cette réalité, le médecin peut adopter une attitude proactive en adaptant ses pratiques pour améliorer l'efficacité de ses actions. Il s'agit alors en consultation de mieux repérer les difficultés sociales qui peuvent jouer sur l'état de santé du patient, pour identifier les obstacles potentiels au suivi de son parcours de santé et rechercher, avec lui, les moyens de les surmonter. Le médecin peut ainsi éviter d'aggraver les inégalités sociales de santé, et peut-être même contribuer à les réduire.

Un « bas niveau social » est un facteur de risque de maladie cardiovasculaire (voir page 15)

Comment repérer les difficultés sociales d'un patient ?

Une analyse réalisée sous l'égide du Collège de la médecine générale (CMG) a identifié sept informations, à intégrer dans le dossier médical, qui permettent une prise en compte minimale de la situation sociale d'un patient en médecine générale :

- le sexe ;
- la date de naissance ;
- l'adresse ;
- le statut par rapport à l'emploi ;
- la profession éventuelle ;
- le type de couverture sociale ;
- les capacités de compréhension du langage écrit.

Les informations peuvent être collectées à l'occasion d'une première visite ou des consultations de suivi ; certaines doivent être mises à jour périodiquement. Le recueil doit être réalisé avec bienveillance et dans le respect de la confidentialité, au cours d'un dialogue de confiance avec le patient. Il est important d'éviter les questions pouvant être stigmatisantes et de respecter un éventuel refus de réponse¹⁰⁰.

⁹⁹ Rigal L, Falcoff H, Rahy Z, Flores P, Saurel-Cubizolles M-J, Ringa V. Absence de conseils hygiéno-diététiques donnés aux hypertendus et caractéristiques des patients et de leur médecin généraliste. Global Health Promotion. 2013 Jun 1;20(2 suppl):33–42.

¹⁰⁰ Collectif. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? http://www.lecmg.fr/photos/doc_iss_02_04.pdf?PHPSESSID=cp2kdpi39avl8hjselc00h7987



Groupe B Indicateurs utiles	Groupe A Indicateurs indispensables	Intitulé
	X	Date de naissance
	X	Sexe
	X	Adresse
	X	Assurance maladie
	X	Statut par rapport à l'emploi
	X	Profession
	X	Capacités de compréhension du langage écrit
X		Est en couple
X		Nombre d'enfants à charge
X		Vit seul (e)
X		Pays de naissance
X		Niveau d'études
X		Catégorie socioprofessionnelle INSEE
X		Bénéficie de minima sociaux
X		Statut vis à vis du logement
X		Situation financière perçue

Pour quelles implications pratiques ?

Les intérêts pratiques particuliers de chacune des données recueillies sont indiqués dans le tableau ci-dessus. Globalement, ces informations permettent de repérer d'éventuelles difficultés de parcours de santé liées à la situation sociale du patient. Difficultés que le médecin peut prendre en compte à chaque étape de la consultation pour :

- contribuer à faciliter l'accès aux soins primaires (réfléchir aux possibilités de déplacement, intérêt de programmer des plages de consultations sans rendez-vous, de pratiquer le tiers-payant le cas échéant), notamment pour les personnes ayant peu de ressources, des difficultés à lire la langue française ou à prendre des rendez-vous ;
- mieux évaluer les facteurs de risque des maladies (y compris les facteurs sociaux et professionnels) ;
- proposer des conseils de prévention adaptés ;
- contribuer à une meilleure évolution du patient au sein du système de santé (information sur les services médicosociaux locaux, faciliter l'accès à un réseau de professionnels de santé et d'acteurs sociaux, orienter vers les services téléphoniques ou en ligne [La Fabrique à menus, macontraception.fr...]).

Délivrer des informations adaptées aux éventuelles difficultés sociales identifiées contribue à développer l'autonomie du patient vis-à-vis de sa santé, en lui demandant notamment ce dont il a besoin, ce dont il se sent capable, ce qui lui semble compliqué, ce qui pourrait l'aider.

Au sein d'une patientèle, la prise en compte du statut social peut également constituer un socle pour mettre en œuvre une démarche globale d'amélioration de la qualité des soins, qui supposerait des efforts différents à mener selon la situation sociale des patients.

Plus largement encore, cette approche de la part des acteurs de terrain que sont les médecins généralistes peut contribuer à faire progresser les actions intersectorielles en faveur de l'action sur les déterminants sociaux de la santé.



REPERAGE

Outils pour les patients

Aucun.

Outils pour les médecins

L'auto-questionnaire comporte des rubriques concernant le statut social. Une attention particulière doit être apportée aux personnes ayant des difficultés avec le langage écrit. Cet auto-questionnaire n'est alors pas le bon outil. Le langage oral sera à privilégier.

INTERVENTION

Face aux inégalités sociales en santé, le médecin peut adopter une attitude proactive en adaptant ses pratiques pour améliorer l'efficacité de ses actions. Il s'agit alors en consultation de mieux repérer les difficultés sociales qui peuvent jouer sur l'état de santé du patient, pour identifier les obstacles potentiels au suivi de son parcours de santé et rechercher, avec lui, les moyens de les surmonter. Le médecin peut ainsi éviter d'aggraver les inégalités sociales de santé, et peut-être même contribuer à les réduire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Blanpain N. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. Insee Première, octobre 2011, n° 1372 : 4 p.
En ligne: <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1372/ip1372.pdf>
- Haut Conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Paris : HCSP, 2009 : 100 p.
En ligne: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf
- World Health Organization. Closing the Gap in a Generation. Commission on Social Determinants of Health Final Report. Genève : WHO, 2008 : 256 p.
En ligne: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf?ua=1
- Collège de la médecine générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? [Recommandations], Neuilly-sur-Seine : CMG, 2014 : 30 p.
En ligne: http://www.lecmg.fr/photos/enregistrement_socia.pdf?PHPSESSID=it9juh4ep2vgi74717un7ohss4



Pollution atmosphérique

En résumé

La pollution atmosphérique doit être considérée comme l'un des principaux facteurs de risque modifiables dans la prévention et la prise en charge des maladies cardiovasculaires. Le rôle des médecins est d'informer les patients à risque cardiovasculaire (et également pneumologique) de limiter leur activité physique en cas de pic de pollution.

Synthèse de la littérature

Il existe maintenant de nombreuses preuves que la pollution de l'air contribue au risque de maladies cardiovasculaires et de mortalité associée, étayée par des preuves crédibles de multiples mécanismes qui peuvent conduire à cette association. À la lumière de ces données, les efforts visant à réduire l'exposition à la pollution atmosphérique devraient être intensifiés d'urgence et appuyés par une législation appropriée et efficace. Les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer dans le soutien des initiatives éducatives et politiques ainsi que dans le conseil de leurs patients.

La pollution atmosphérique doit être considérée comme l'un des principaux facteurs de risque modifiables dans la prévention et la prise en charge des maladies cardiovasculaires. Aux États-Unis d'Amérique, une analyse de plus de 65 000 femmes ménopausées de la Women Health Study a montré une incidence accrue de 21% (IC à 95% 4 - 42%) de la morbi-mortalité coronarienne par augmentation de 10 mg / m³ de particules fines. L'étude ESCAPE a révélé un risque accru de 12% (1 à 25%) par 10 mg / m³ de particules fines et un risque accru de 13% (22-30%) d'événements coronariens par 5 Mg / m³ de particules fines chez plus de 100 000 participants de 11 cohortes à travers l'Europe. Plus important encore, des associations positives ont également été observées en dessous de la limite européenne annuelle recommandée pour les particules fines¹⁰¹.

Le législateur s'est inquiété des effets de la pollution sur la santé. Un décret paru en 2014 précise les précautions à prendre pour les personnes de santé fragile¹⁰².

REPÉRAGE

La Direction Générale de la Santé propose aux médecins des informations concernant les alertes à la pollution (mais également à d'autres informations de nature urgente) par sa liste de diffusion mailée¹⁰³.

Outils pour les patients

Des informations sur la qualité de l'air local sont disponibles sur le site Internet de la Fédération des associations de surveillance de la qualité de l'air, présentes dans chaque région. Une information est à donner aux patients atteints de maladie respiratoire (asthme, BPCO,...) et ceux à haut risque cardiovasculaire en prévention secondaire (et peut-être primaire) sur les conduites à tenir en cas de pic de pollution.

Outils pour les médecins

Des informations sur la qualité de l'air local sont disponibles sur le site Internet de la Fédération des associations de surveillance de la qualité de l'air, présentes dans chaque région.

INTERVENTION

En fonction des types et des niveaux de pollution, des informations spécifiques sont à délivrer. Elles sont résumées sur cette page du Ministère de la santé¹⁰⁴. Cette information est à délivrer aux patients en situation de prévention secondaire, et, sans doute, pour les personnes en situation de prévention primaire « fragiles » sur le plan cardiovasculaire et respiratoire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Newby DE, Mannucci PM, Tell GS et al. Expert position paper on air pollution and cardiovascular disease. Eur Heart J. 2015;36:83-93b.

¹⁰¹ Newby DE, Mannucci PM, Tell GS et al. Expert position paper on air pollution and cardiovascular disease. Eur Heart J. 2015;36:83-93b.

¹⁰² <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029413664&categorieLien=id>

¹⁰³ <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/accueilBuilder.do?cmd=affiche>

¹⁰⁴ <http://social-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/air-exterieur/article/se-protger-en-cas-de-pic-de-pollution-de-l-air>



- Collectif. Effets cardiovasculaires de la pollution astmosphérique. EXTRAPOL. 2007;32



Groupe de travail

Ce dossier a été construit par :

Philippe Boismault, Fanny Casanova, Isabelle Cibois-Honnorat, Bernard Clary, Bernard Conan, Marie-Françoise Huez-Robert, Michel Lévêque, Christian Michel, Juliette Parisot, Michèle Pujos-Gautraud, Jean-Claude Soulayr, Philippe Szidon, Marie-Renée Toulet, Frédéric Villebrun

Coordination : Eric Drahi



Annexes

Recueil alimentaire sur 3 jours

Recommandations pour compléter le questionnaire

Nous comptons sur vous pour remplir ce questionnaire aussi attentivement que possible, en notant tout ce que vous mangez et buvez pendant 3 jours (et 3 nuits) consécutifs en utilisant les feuillets ci-joints.

Soyez complet et précis

Notez tous les repas, collations, boissons, au fur et à mesure afin de ne rien oublier.

Notez le lieu (domicile, restaurant, etc.) et l'heure des repas.

Précisez pour chaque aliment consommé :

- la nature exacte du produit

N'inscrivez pas :

- crudité, mais carottes râpées, etc.
- viande, mais escalope de veau, rôti de porc, etc.
- poisson, mais colin, saumon, etc.
- fromage, mais camembert, gruyère, etc.
- fruit, mais pomme, poire, etc.
- pour les aliments particuliers (hamburger, sandwich, etc.) indiquez la composition et si nécessaire la marque

- la quantité consommée :

- en grammes, nombre de pièces
- cuillère à café, cuillère à soupe
- bol, tasse
- verre

- le mode de cuisson

- la matière grasse, le sel et le sucre utilisés et leur quantité.

Remplissez ce questionnaire même si votre alimentation lors de cette enquête n'est pas votre alimentation habituelle. Si un événement particulier la modifie (restaurant, maladie, etc.), précisez-le.



Recueil alimentaire jour 1 :

Repas	Heure et lieu	Menu précis	Quantité consommée	Mode de cuisson, assaisonnement
Petit déjeuner				
Dans la matinée				
Déjeuner				
Dans l'après-midi				
Repas du soir				
Dans la soirée				
Dans la nuit				
Autres prises alimentaires				



Recueil alimentaire jour 2 :

Repas	Heure et lieu	Menu précis	Quantité consommée	Mode de cuisson, assaisonnement
Petit déjeuner				
Dans la matinée				
Déjeuner				
Dans l'après-midi				
Repas du soir				
Dans la soirée				
Dans la nuit				
Autres prises alimentaires				



Recueil alimentaire jour 3 :

Repas	Heure et lieu	Menu précis	Quantité consommée	Mode de cuisson, assaisonnement
Petit déjeuner				
Dans la matinée				
Déjeuner				
Dans l'après-midi				
Repas du soir				
Dans la soirée				
Dans la nuit				
Autres prises alimentaires				

Notes :