

L'hémiplégie est-elle parfois évitable ?

Prévention cardiovasculaire en Communauté française de Belgique

Jean Laperche, médecin généraliste à la maison médicale de Barvaux, responsable du département de Promotion de la santé à la Fédération des maisons médicales, vice-président du Centre de référence pour la promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française

Les maladies cardio-vasculaires constituent un problème de santé publique majeur. Des facteurs de risque impliqués dans l'apparition de ces pathologies sont clairement identifiés. Toutefois, nombreuses sont les personnes qui ignorent être à haut risque cardiovasculaire.

Le médecin généraliste occupe une place de choix pour contrer cette situation ; encore faut-il faire en sorte qu'il puisse réaliser un dépistage adéquat du niveau de risque cardio-vasculaire et prendre en charge de manière efficace la prévention de ces affections chez les patients à risque.

Mots clefs : santé publique, médecine générale, recherche-action, promotion de la santé.

Lexique

Ischémie : arrêt de la circulation sanguine dans un tissu ou un organe (cœur, cerveau, ...).

Athéromatose : dépôt de plaques sur la paroi des artères, pouvant entraver ou arrêter le passage du sang.

Embolie : obstruction brusque d'un vaisseau par un corps étranger ou un caillot de sang.

Fibrillation auriculaire : tremblement désordonné du muscle des oreillettes cardiaques pouvant entraîner la formation d'un caillot de sang.

Plusieurs études ont montré les obstacles rencontrés par le médecin généraliste face à la prévention de divers problèmes nécessitant une modification à long terme des habitudes de vie des patients. La recherche action présentée ici se base sur les recommandations issues de ces différentes études.

Près de 85 % des accidents vasculaires cérébraux sont d'origine ischémique, par athéromatose le plus souvent et parfois aussi par hypertension artérielle isolée ou encore par embolie sur fibrillation auriculaire.

Concernant l'athéromatose, une nouvelle stratégie de gestion du risque cardiovasculaire existe. Cette stratégie regroupe et prend globalement en compte l'ensemble des facteurs de risque cardiovasculaire (hypertension artérielle, obésité, tabac, hypercholestérolémie, etc.) et permet ainsi de dépister le niveau de risque cardiovasculaire global à dix ans. Celui-ci peut être élevé, moyen ou bas.

Un risque cardiovasculaire global élevé correspond à une probabilité de 20 % ou plus de faire une manifestation ischémique majeure (cardiaque ou cérébrale) dans les dix années à venir. Ce risque élevé concerne environ 15 % des adultes belges (25 % des hommes et 5 % des femmes) de plus de trente ans. Beaucoup de patients hémiplégiques sont probablement dans ce groupe de personnes.

Le risque cardiovasculaire moyen correspond à cette même probabilité chiffrée entre 10 et 20 %.

Le risque bas est défini inférieur à 10 % à dix ans.

Le risque cardiovasculaire global peut être facilement déterminé par le médecin généraliste en consultation courante pour tous les patients de trente à septante ans. Cette stratégie efficace a été testée en médecine générale et semble appréciée, tant par les généralistes que par les patients.

Le dépistage du risque cardiovasculaire global propose au médecin trois étapes :

1. La première étape est de rassembler l'information sur les huit **facteurs de risque principaux**, classiquement reconnus comme intervenant dans les maladies ischémiques. La première étape est purement clinique : le généraliste regroupe les informations suivantes :

1. l'Age du patient : est-il âgé de plus de cinquante ans ?
2. (= Briquet) son statut tabagique : fume-t-il au moins une cigarette chaque jour ?
3. a-t-il des antécédents de Cholestérol perturbé ?
4. un Diabète est-il connu ? (glycémies à jeun > à 126 mg/ml à deux moments).
5. ce patient a-t-il des Evénements personnels ischémiques ?
6. y a-t-il des antécédents Familiaux cardiovasculaires avant soixante ans, chez les proches au premier degré ?
7. y a-t-il un excès de Graisse ? (*Body Mass Index* > à 30 kg/m² et/ou tour de taille > 102 cm chez l'homme et > à 88 cm chez la femme) ?
8. Hypertension artérielle (traitée ou mesurée > à 140 / 90 mm Hg à plusieurs reprises) ?

Les majuscules ABCDEFGH permettent une mémorisation aisée des différents points.

2. La seconde étape propose de **quantifier le risque global** sur base des informations recueillies à l'étape précédente. Une fois sur deux, elle est instantanée. Pour l'autre moitié des patients, il faudra compléter l'information clinique par une prise de sang et l'utilisation de tables du risque.

3. La troisième étape est une **prise en charge des patients** à risque cardiovasculaire global élevé ou moyen et des patients fumeurs. Quand cette prise en charge réussit, des accidents ischémiques majeurs, dont les accidents vasculaires cérébraux, sont parfois évités, mais nous ne le saurons sans doute jamais, car les résultats de la prévention ne sont pas visibles !

••••• Un consensus en Communauté française de Belgique

Dans la revue *Education Santé* de septembre 2004, Myriam Marchand présentait notre expérience-pilote réalisée en Communauté française de Belgique : « En 2003, Nicole Maréchal, alors ministre de la Santé pour la Communauté française, avait fait de la prévention des maladies cardiovasculaires son cheval de bataille. Les facteurs impliqués dans l'apparition des troubles cardiovasculaires ayant été clairement identifiés, il faut maintenant les combattre « à la racine », chercher à influencer certains styles de vie et proposer un dépistage adapté et ciblé », estimait-elle.



Un combat d'envergure auquel le ministre a tenu à associer le médecin généraliste, dont le rôle « est reconnu à la fois par la population qui voit en lui un scientifique de proximité librement choisi et par les décideurs politiques et les responsables sanitaires qui le considèrent comme le maillon essentiel de la réussite des actions de santé ». C'est ainsi qu'était lancé, en octobre 2003, un « Programme de prévention cardiovasculaire en médecine générale », en association avec différents partenaires (Société scientifique de médecine générale, Fédération des maisons médicales, Centres universitaires de médecine générale de l'université libre de Bruxelles, l'université de Liège et l'université catholique de Louvain, Observatoire de la santé du Hainaut, Ecole de santé publique de l'université catholique de Louvain, Question Santé, Forum des associations de généralistes.).

Ces partenaires ont établi un consensus commun reprenant la démarche de dépistage du risque cardiovasculaire global présentée plus haut et élaborée par le Groupe de recherche en prévention cardiovasculaire de l'école de

santé publique de l'université catholique de Louvain (professeur B. Boland et coll.).

••••• Un projet pilote en 2004 avec huit associations de généralistes

Concrètement, huit associations de médecins (deux de plus que prévu initialement), réparties sur tout le territoire de la Communauté française, ont répondu à l'appel. Dans chacune d'elles, dix à quinze généralistes ont accepté de participer au projet, soit nonante généralistes. Chaque généraliste a recruté de manière aléatoire nonante patients. Après avoir suivi une formation par deux de leurs pairs au dépistage cardiovasculaire global et à la prise en charge des facteurs de risque, ces médecins généralistes ont pour mission de sensibiliser, avec leur accord préalable, nonante patients réguliers de trente à septante-cinq ans pris au hasard (trois patients successifs d'une même consultation, trois fois par semaine, entre le 15 février et le 15 mai 2004) et de recueillir soigneusement, sur base d'un protocole, non

• **L'hémiplégie est-elle parfois évitable ?**
 • **Prévention cardiovasculaire en Communauté française de Belgique**
 • **(suite)**

seulement les données sanitaires de ces derniers mais aussi des « élément de facilitation en vue d'une amélioration des pratiques », à commencer par la réaction de la patientèle à l'initiative et ce qu'elle évoque comme facteurs freinant ou favorisant la prévention. Pour son fonctionnement, chaque groupe de généralistes a reçu un budget de 7400 euros.

•••••
Un Centre coordinateur

En amont de ce long parcours, il y a la mise en place en juillet 2003 en Communauté française d'un Centre expérimental de référence pour la promotion cardiovasculaire en médecine générale, réunissant les différents associés au projet. Le pilotage de ce Centre de référence a été confié à la Société scientifique de médecine générale (SSMG) et à la Fédération des maisons médicales, avec l'appui de l'expertise du professeur Benoît Boland.

Après avoir défini un consensus de tous les partenaires sur les recommandations en prévention cardiovasculaire en médecine générale, le Centre a rédigé un protocole détaillé reprenant les paramètres à relever en terme de dépistage (tabagisme, sédentarité, alimentation, tension artérielle, poids, indice de masse corporelle, risque cardiovasculaire global, cholestérol et glycémie).

Il a ensuite organisé les formations destinées aux généralistes participants. Pour ce faire, chaque association a envoyé deux ou trois délégués dans les réunions de formation, délégués qui ont ensuite servi de formateurs-relais auprès de leurs confrères participants.

•••••
Des outils pratiques

Pour les aider dans leur tâche de dépistage et de prévention, les généralistes participants disposent de deux outils.

Une plaquette qui leur indique « Comment déterminer le risque cardiovasculaire (RCV) global ». Une démarche rapide, centrée sur l'anamnèse et l'examen clinique, destinée à être immédiatement intégrée à la pratique courante. En posant simplement quelques questions précises, le médecin peut regrouper ses patients dans trois catégories : les patients à faible risque cardiovasculaire, les patients à haut risque et les patients à risque indéterminé, dont le risque est à déterminer par un examen supplémentaire (prise de sang). « Pour cette première phase pilote, il a été demandé aux médecins de suivre en priorité les patients à haut risque en danger potentiel d'avoir un accident cardiovasculaire sérieux dans les dix prochaines années ». Ces patients à risque sont donc invités à une deuxième consultation centrée uniquement sur la « santé cardiovasculaire ».

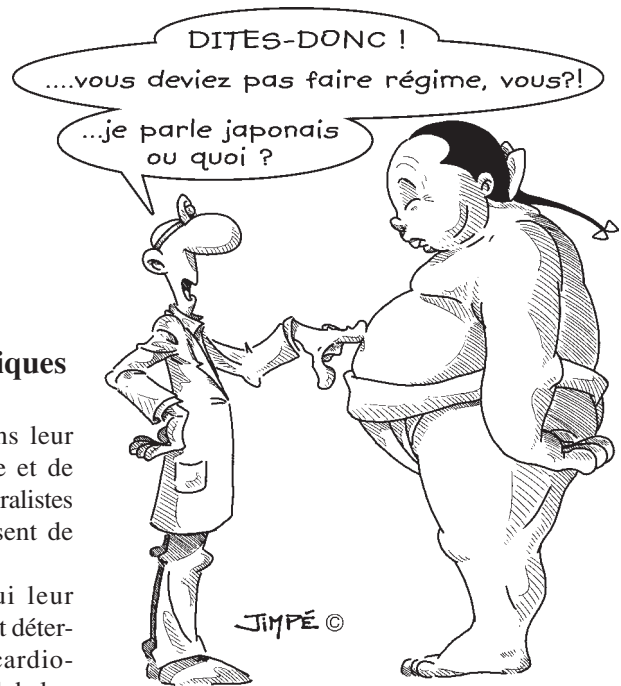
Pour ce faire, un deuxième outil a été créé, un guide d'entretien qui suggère au médecin qui revoit le patient à risque, quelques questions lui permettant de rencontrer le monde du patient, de parler avec lui de ses projets de vie, ses envies et ses possibilités de changement, ses préférences dans le choix des sujets de discussion (tabac, alimentation, activité physique, excès de poids...). Il s'agit ici d'un outil destiné à aider le médecin dans

l'accompagnement de son patient. L'objectif étant bien entendu de trouver des pistes permettant de travailler plus avant avec le patient autour des facteurs de risque qui le concernent, dans une négociation commune et une confiance réciproque.

•••••
Des outils d'évaluation

En parallèle de ces consultations, les médecins sont invités à répondre à des questionnaires (fin 2004) dont les résultats permettront d'évaluer en 2005 l'acceptabilité par ces quarante-deux généralistes de la stratégie mise en place et des outils conçus pour l'appliquer, ainsi que la faisabilité de cette démarche. L'impact à court terme de ce projet devrait être analysé très bientôt.

Nous pouvons rappeler que, pour les patients, plusieurs études ont déjà montré que les patients sont très contents que le médecin s'intéresse à eux et à autre chose que le motif initial de la consultation. Ils aiment bien qu'on les prenne en charge et qu'on s'intéresse à leur santé. Quand un patient est prêt et qu'il estime que c'est



...les patients sont très contents que le médecin s'intéresse à eux et à autre chose que le motif initial de la consultation.

une priorité dans sa vie, il revient facilement. Tant qu'il n'est pas prêt, il ne faut pas le lui proposer. Mais s'il a envie de faire quelque chose pour son poids ou pour son cœur, il revient pour en parler. Le médecin peut alors petit à petit voir ce qu'il y a moyen de mettre en place pour la fois suivante : une consultation chez une diététicienne, un peu d'exercice physique. Des petites choses toutes simples mais qui ont été validées dans la littérature et qui apportent des bénéfices rapidement et visiblement, ce qui est encourageant pour le patient.

Par contre, côté médecins, il semblerait que la cause ne soit pas encore entièrement gagnée. « Les médecins sont parfois un peu déstabilisés parce qu'ils ne sont pas habitués à ce type d'approche. Outre le fait qu'une certaine résistance persiste encore dans le chef des praticiens en matière de prévention, les médecins adhérant au projet doivent assumer une surcharge de travail (notamment administratif), et une consultation supplémentaire essentiellement axée sur l'entretien et la communication dans laquelle certains sont parfois un peu moins à l'aise ».

L'un des objectifs de ce projet est d'ailleurs aussi de faire naître des changements dans le comportement du généraliste. Un « questionnaire sur la prévention cardiovasculaire » (remplis par les médecins participants en début et en milieu de l'étude pilote de 2004) permettra ainsi d'évaluer l'évolution des connaissances, attitudes et pratiques déclarées. Enfin, des baromètres (intérêt, utilité, utilisation.) et un « questionnaire d'évaluation finale » seront soumis en octobre prochain à l'ensemble des médecins participants.

Un peu plus de 75 % des généralistes volontaires participants à cette recherche-action estiment cette stratégie réaliste et faisable dans le quotidien. La moitié des patients « à risque » ont déjà été revus par leur médecin-traitant dans le mois qui a suivi le dépistage.

•••• Conclusion

Un accident vasculaire cérébral est toujours un drame. Qui aurait pu parfois être évité. Les facteurs de risque sont bien connus : une hypertension artérielle mal équilibrée, un caillot de sang dans l'oreillette gauche formé par une fibrillation auriculaire, un risque majoré d'athéromatose par la multiplication des méfaits du tabac, d'un excès de poids, d'une prédisposition familiale, d'une alimentation déséquilibrée, de taux sanguins trop élevés de lipides ou encore d'un diabète.

Une démarche clinique simple, efficace et validée existe. Elle permet une vue globale de l'ensemble de ces facteurs de risque et de dépister très tôt, dès l'âge de trente ans, les personnes dont le niveau de risque d'avoir un accident ischémique majeur est significatif.

Ces personnes sont ensuite invitées à un accompagnement visant à modifier progressivement leurs habitudes de vie et à apprendre, si nécessaire, comment manger autrement, ne plus fumer, reprendre une activité physique régulière ou perdre du poids.

Ceci n'est possible que dans un climat de confiance réciproque, d'informations mutuelles, de négociations entre

les recommandations idéales et la réalité de la vie quotidienne. Il s'agit pour les thérapeutes de rencontrer le monde du patient, de parler avec lui de ses projets de vie, ses envies et ses possibilités de changement, ses préférences dans le choix des sujets de discussion (tabac, alimentation, activité physique, excès de poids.). Ce n'est pas toujours facile, des encouragements sont nécessaires, tant pour les patients que pour les soignants.

L'objectif étant bien entendu de construire un accompagnement éducatif pour trouver des pistes permettant de travailler plus avant avec le patient autour des facteurs de risque qui le concernent et de ses priorités.

Les médecins généralistes peuvent réaliser cet accompagnement dans le long terme. Des outils existent et semblent adéquats pour tous les acteurs concernés. L'expérience pilote présentée ici est encouragée par de nombreux experts et continue en 2005.

Cet article est aussi paru dans la revue Education du patient.

Les références bibliographiques sont disponibles sur demande.