



EDITORIAL

Le contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaires : un doux rêve ?

Controlling cardiovascular risk factors: a sweet dream?

Kâ M M₁

1) Service de Médecine cardiovasculaire, Hôpital Principal de Dakar, Sénégal.

Auteur correspondant : Dr Mame Madjiguène KA

Les maladies cardio-vasculaires constituent la principale cause de décès dans le monde. Selon l’OMS, elles sont dominées par les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux qui étaient à l’origine de 15,6 millions de décès en 2016 dans le monde. Pourtant, cette forte mortalité a formidablement diminué depuis les années 80. Elle s’est réduite d’environ 40% grâce à une amélioration de la prise en charge des accidents cardio-vasculaires à la phase aiguë, avec la prévention des complications et des récives [1, 2]. Des progrès notoires ont été enregistrés dans le domaine du contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaires. La bi ou trithérapie antihypertensive a depuis longtemps prouvé son efficacité à assurer un meilleur contrôle des chiffres de pression artérielle et est largement utilisée. La vulgarisation de dispositifs médicaux tels que les pompes à insuline, les capteurs de mesure du glucose en continu, le pancréas artificiel suscitent l’espoir d’un meilleur contrôle glycémique à long terme. L’usage de la e-cigarette, quoique largement controversée, a quand même montré une transition efficace vers le sevrage tabagique dans certaines études. La prescription d’anticorps monoclonal anti-protéine convertase subtilisin/kexine de type 9 (anti-PCSK9) ou evolocumab chez les patients avec hypercholestérolémie à très haut risque a pu révéler une atteinte d’objectifs fixés pour une baisse du LDL cholestérol et une diminution de la morbi-mortalité des maladies cardio-vasculaires.

Malgré ces avancées significatives, le contrôle des facteurs de risque reste globalement insuffisant. Ces pathologies du siècle ne sont pas encore suffisamment dépistées dans la population générale. Et, elles restent sous traitées et encore mal contrôlées sous traitement. Dans le monde, les objectifs thérapeutiques sont atteints pour environ 40 à 60% des patients concernant le diabète et l’hypertension artérielle [3, 4]. Ces chiffres sont revus à la baisse dans les pays en voie de développement où moins de 30% des patients bénéficient d’un bon contrôle de leur facteur de risque. Au Sénégal, une enquête menée dans la zone semi-rurale de Guéoul en 2013 révélait que seuls 12,7% des hypertendus, et 27,6% des diabétiques étaient contrôlés [5]. Certains facteurs expliquent ce faible niveau de contrôle malgré toutes les innovations thérapeutiques : le défaut d’observance thérapeutique, l’existence de comorbidités, l’âge avancé, les troubles psychosociaux, l’absence de couverture médico-sociale, le faible niveau socio-économique, le bas niveau d’instruction, la qualité de l’organisation des systèmes sanitaires.

Dès lors, plusieurs interrogations surgissent : aurait-on fait beaucoup d’avancées technologiques et régressé sur le plan de l’Humain ? Ne devrait-on pas lever temporairement les yeux de l’ordonnance pour soutenir le regard de l’être humain assis en face de nous ? Peut-on vraiment



soigner un patient sans le remettre dans son contexte socio culturel ?

La question du contrôle des facteurs de risque pose le problème plus global de l'évolution de notre société contemporaine. Elle est indubitablement liée aux inégalités sociales dans l'accès aux soins, et aux moyens thérapeutiques de qualité. Elle interpelle notre opinion sur la valeur de nos produits locaux, souvent issus de l'agriculture biologique face à la dictature des multinationales agro-alimentaires qui inondent nos marchés. Elle interroge notre façon de produire, de cuisiner, de consommer tout simplement. Elle attire notre attention sur le stress et/ou la maltraitance au travail, responsables d'un impact très négatif sur la santé physique et mentale des employés. Elle met en lumière toute la distance qui sépare notre médecine moderne du système de croyances culturelles et religieuses propres à notre société, de même que la frustration et l'incompréhension qui en découlent de part et d'autre. Elle pointe du doigt notre propension à toujours mieux traiter des pathologies jusqu'à oublier de promouvoir la santé au sens propre et large du terme.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP), bien au-delà d'une simple information médicale fournie lors d'une hospitalisation ou d'une consultation, pourrait en partie apporter un début de réponse à cette brûlante question. Par l'intermédiaire d'une écoute active, l'ETP replace l'être humain dans son environnement socio-professionnel, culturel, religieux. Elle permet ainsi de mieux saisir la personnalité, les attentes, les besoins et les résistances internes du patient. A partir de ce moment, il est clairement plus aisé de faire accepter un diagnostic puis un traitement, d'en améliorer l'adhérence, de déceler les facteurs de non-observance ou de résistance au traitement et d'anticiper sur la survenue

de ces facteurs péjoratifs. Il devient alors légitime pour le soignant de proposer des solutions sur mesure, adaptées au contexte clinique du malade qui se sent écouté, compris et personnellement « coaché ». L'ETP permet au patient d'acquérir et de maintenir les compétences nécessaires au suivi de sa maladie chronique. Il s'agit aujourd'hui d'un outil incontournable dans le dispositif de prise en charge des maladies chroniques qui a prouvé son efficacité dans l'atteinte et le maintien des objectifs thérapeutiques. Cependant, il peine à trouver sa place dans notre système de soins du fait de nombreux freins : manque de personnel qualifié et/ou motivé, faible intérêt de la part des médecins qui estiment souvent avoir fait le plus important, problème d'organisation d'une activité structurée dans un système sanitaire encore chancelant.

L'implémentation de programmes structurés d'ETP devrait s'appuyer sur une meilleure organisation du système de soins avec un relèvement du plateau technique, une informatisation des dossiers, avec possibilité d'usage de la télémédecine. En attendant, d'autres canaux adaptés à notre contexte économique et socio-culturel peuvent être empruntés. C'est le cas de solutions communautaires telles que la formation des leaders sociaux qui dirigent les lieux de culte, les associations quelles qu'elles soient, et les acteurs culturels. Ils pourraient ainsi vulgariser l'information, encourager et soutenir la souscription à des mutuelles de santé, organiser des campagnes régulières de dépistage des facteurs de risque, faciliter l'accès à un suivi médical régulier. L'apport des médias pourrait être déterminant dans ce combat. Encore faut-il que la promotion d'une alimentation trop grasse, trop sucrée, trop salée, tout au long de la journée par ces mêmes médias soit sérieusement contrôlée.



Nous devons aller vers une rationalisation sinon une mise en garde lors de la publicité de ces aliments « plaisir ». A l'instar de la courageuse loi sur le tabac et sur l'interdiction de la promotion de produits de dépigmentation de la peau.

Il nous faut peut-être au-delà de toutes ces considérations, repenser notre modèle de société. Il altère les qualités nutritionnelles des aliments et pousse à l'utilisation de pesticides ou autres substances stimulantes. Une étude chimique et microbiologique effectuée par l'Institut Pasteur de Dakar démontrait l'impact négatif de l'usage des eaux polluées en agriculture urbaine [6]. Peut-on continuer à conseiller la consommation régulière de cinq fruits et légumes si l'on devient circonspect quant à leur origine ? C'est là tout l'intérêt du concept One Health qui s'attèle à nous rappeler notre condition de créatures terrestres parmi tant d'autres, toutes liées, toutes interdépendantes.

Dans cette perspective, la construction de nos villes futures gagnerait à prévoir une piétonisation de certaines rues, des pistes cyclables sécurisées, des espaces verts, des jours « sans voiture » pour une lutte efficace contre la sédentarité et l'inactivité physique. Au sein de quelques entreprises sénégalaises, l'heure est déjà à la promotion de la santé des travailleurs par l'encouragement de la pratique d'une activité physique régulière.

Il nous faut continuer de rêver et penser qu'un jour, la recherche biomédicale en Afrique pourra mener des études sérieuses, méthodologiquement solides évaluant l'effet-dose des plantes médicinales traditionnelles et leur bénéfice réel sur le pronostic cardiovasculaire. Longtemps snobées par une médecine moderne basée sur des preuves parfois douteuses ou orientées. Une méta analyse menée en 2013

par Hopkins et al montre l'efficacité de l'extrait d' *Hibiscus sabdariffa* (bissap) en terme de baisse des chiffres de pression artérielle et d'amélioration du bilan lipidique (diminution des triglycérides, du cholestérol total et LDL, augmentation du HDL cholestérol) [7]. Cette efficacité s'est même révélée supérieure à celle du Captopril. Des résultats positifs sur la mortalité cardiovasculaire à long terme pourraient susciter l'espoir d'une production locale de molécules efficaces et accessibles.

En somme, l'enjeu du contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire va bien au-delà d'une simple prescription de médicaments sur la base de recommandations internationales. Il touche notre modèle de société en profondeur. Alors est-ce un doux rêve ? Oui, mais toute notre réalité actuelle a d'abord germé dans des esprits. Par une ferme volonté et un courage à toute épreuve, nous pouvons en faire une réalité matérielle, palpable, gage d'une meilleure santé cardiovasculaire de notre population.

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Soares GP, Klein CH, De Souza e Silva NA et al. Evolution of Cardiovascular Diseases Mortality in the Counties of the State of Rio de Janeiro from 1979 to 2010. *Arq Bras Cardiol.* 2015 May; 104(5): 356–365.
2. Jousilahti P, Laatikainen T, Salomaa V et al. 40-Year CHD Mortality Trends and the Role of Risk Factors in Mortality Decline: The North Karelia Project Experience. *Glob Heart.* 2016 Jun; 11(2):207-12.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Contrôle de l'hypertension sous médication: une analyse comparative des enquêtes nationales dans 20 pays.



2014. [En ligne] <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/1/13-121954-ab/fr/>.
4. Perrine AL, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(10):170-9.
 5. Ka MM. Contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire dans la population de Guéoul (Louga-Sénégal). Thèse Med. Dakar 2014. N°251.
 6. Ndiaye ML, Pfeifer HR, Niang S et al. Impacts de l'utilisation des eaux polluées en agriculture urbaine sur la qualité de la nappe de Dakar (Sénégal). 2010 ; Vertigo-la revue électronique en sciences de l'environnement, 10(2).
 7. Hopkins AL, Lamm MG, Funk J, Ritenbaugh C. Hibiscus sabdariffa L. in the treatment of hypertension and hyperlipidemia: a comprehensive review of animal and human studies. Fitoterapia. 2013 Mar; 85: 84–94.