



LE LIVRET DU FILM

Décider sur un risque, pas sur une ligne

Replacer la ligne en gras parmi vos facteurs, lire la grille du risque,
et préparer les questions du rendez-vous.

COEUR & CIRCULATION • LE COEUR, AUTREMENT • FILM DE 10 MIN

Ce que ce film vous fait comprendre

Une enveloppe de laboratoire, une ligne en gras, et la peur qui s'installe avant d'être rentré : le film part de cette scène que le Dr Michel de Lorgeril, cardiologue et chercheur, voit revenir dans son cabinet, et montre pourquoi cette ligne ne dit pas si vous avez un problème. Le cholestérol se lit avec la tension, le tabac, le diabète, l'âge et l'histoire familiale, qui se multiplient, et les cardiologues européens disposent depuis 2021 d'un outil, SCORE2, qui traduit tout cela en une probabilité sur dix ans. Ce livret cite chaque chiffre avec sa source et vous donne : une grille pour réunir vos entrées du calcul, l'exemple des auteurs de SCORE2 avec une ligne pour vous, et les quatre questions à écrire sur le coin de l'enveloppe.

- 01 Une ligne en gras signale qu'un chiffre dépasse une norme ; elle ne dit pas si vous avez un problème, et ce n'est pas sur elle que l'on décide.
- 02 Le cholestérol se lit avec la tension, le tabac, le diabète, le poids, la sédentarité et l'histoire familiale, qui se multiplient (Dr Éric Ménat).
- 03 SCORE2, publié en 2021 par les cardiologues européens, estime le risque d'accident à dix ans à partir de cinq entrées, chez les 40 à 69 ans sans accident ni diabète.
- 04 Pour le même homme de 50 ans, fumeur, le risque va de 5,9 % à 14 % selon la région d'Europe : le chiffre reçoit son sens de ce qui l'entoure.
- 05 Avant un accident, on traite sur une probabilité ; après, on protège une artère. Les recommandations européennes de 2021 demandent une décision partagée.

SOMMAIRE

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 01 | Retour du labo, une ligne en gras | 09 | Ce que les recommandations disent vraiment |
| 02 | « Toute ma famille en a » | 10 | Les questions à poser |
| 03 | Le chiffre ne se lit jamais seul | 11 | Décider, pas subir |
| 04 | Ils ne s'additionnent pas, ils se multiplient | — | Lexique |
| 05 | Un score, pour rendre le risque lisible | — | Le carnet du risque |
| 06 | Le même homme, quatre régions | — | Questions fréquentes |
| 07 | Deux personnes, une même ligne | — | Sources |
| 08 | Avant l'accident, après l'accident | | |

01

CHAPITRE 1

Retour du labo, une ligne en gras

La ligne en gras ne dit pas si vous avez un problème; elle dit seulement qu'un chiffre dépasse une norme, et ce n'est pas la même question.

L'enveloppe du laboratoire s'ouvre souvent avant d'arriver à la maison, dans la voiture ou sur un coin de table. Le regard cherche une ligne, la trouve, en gras, avec une étoile ou une flèche, et ne voit plus qu'elle. Le Dr Michel de Lorgeril, cardiologue et chercheur, décrit cette scène telle qu'il la rencontre : des patients qui reviennent du laboratoire, lisent que le « bon » est bas et le « mauvais » haut, et se disent qu'ils vont mourir. Il ajoute que cela n'a pas de sens, et le film explique pourquoi.

Une ligne en gras n'est pas un verdict.

À retenir

Image du film · chapitre 1

Une norme est une valeur au-dessus de laquelle un laboratoire signale un chiffre; elle ne dit rien de la personne qui le porte. La première question à se poser n'est donc pas « ma ligne dépasse-t-elle la norme? » mais « ai-je réellement un problème? », une formule que l'on retrouve chez plusieurs praticiens avant toute discussion de régime ou de traitement. Cette seconde question ne se lit pas sur une ligne : elle demande de regarder la tension, le tabac, le diabète, l'âge, l'histoire familiale, et de comprendre comment tout cela se combine. C'est le chemin que suivent les chapitres de ce livret, jusqu'aux questions à emporter en consultation.

DEUX QUESTIONS, PAS UNE

Ce que l'on lit : la ligne est-elle au-dessus de la norme ? Ce qu'il faut savoir : ai-je vraiment un problème ? La première se lit en gras sur la feuille ; la seconde se construit avec les autres facteurs, et c'est elle qui compte dans la décision.

02

CHAPITRE 2

« Toute ma famille en a »

Un cholestérol élevé qui court dans la famille et un infarctus précoce chez un parent ne sont pas la même ligne de votre histoire.

« Moi, j'ai du cholestérol, mais toute ma famille en a. » Le Dr Pascal Trotta, médecin, entend cette phrase en consultation, avec son sous-entendu : à quoi bon s'en occuper, puisque c'est de famille. Elle mélange pourtant deux choses, et les séparer change la lecture du bilan. Il y a d'un côté la prédisposition à un cholestérol élevé, qui se transmet dans certaines familles; de l'autre, la prédisposition aux maladies cardiovasculaires, celle des familles où un proche a fait un infarctus tôt dans sa vie.



Image du film · chapitre 2

Ce sont deux questions différentes, insiste le Dr Michel de Lorgeril, cardiologue et chercheur, quand il dresse l'arbre généalogique d'un patient. Un chiffre familial élevé est une question; un infarctus précoce chez un parent en est une autre, plus lourde, parce qu'elle parle d'artères qui ont lâché et non d'une ligne de laboratoire. Le Dr Éric Ménat, médecin généraliste, range d'ailleurs les antécédents familiaux parmi les facteurs sur lesquels on ne peut pas agir, mais qui pèsent lourd dans le risque personnel.

Prenez deux personnes qui disent « toute ma famille en a ». Chez la première, les bilans sont élevés de génération en génération, sans accident connu; chez la seconde, un père a fait un infarctus tôt dans sa vie. Le même mot recouvre deux histoires, et la grille du carnet vous demande justement laquelle est la vôtre.

CE QUI PÈSE DANS VOTRE HISTOIRE

Un chiffre familial élevé : une question. Un infarctus ou un AVC précoce chez un parent proche : une autre question, plus lourde dans la décision (Dr Michel de Lorgeril). Notez lequel des deux vous concerne avant le prochain rendez-vous.

03 CHAPITRE 3

Le chiffre ne se lit jamais seul

Le cholestérol n'est qu'une colonne d'un tableau que tout le monde regarde : la tension, le diabète, le tabac, le poids, la sédentarité et l'histoire familiale en sont les autres.

Où regarder, alors, si ce n'est pas seulement sur la ligne? Alain Huot, naturopathe et aromatalogue, invite à garder un regard critique et à replacer le chiffre du cholestérol dans un ensemble plus large de facteurs de risque : l'hypertension et le diabète, le tabac et le surpoids, la sédentarité et les antécédents familiaux. Le chiffre ne disparaît pas; il prend sa place dans une colonne, à côté des autres.

CHEZ QUI SURVEILLER LE CHOLESTÉROL

- Les fumeurs
- Les hypertendus
- Les diabétiques
- Un proche avec une maladie coronaire précoce

Schéma de principe

Image du film · chapitre 3

On retrouve la même liste sous une autre forme, quand on énumère les personnes chez qui surveiller le cholestérol est recommandé : les fumeurs, les personnes hypertendues, celles qui ont un diabète, et celles dont un proche a eu une maladie coronaire tôt dans sa vie. Les recommandations européennes de prévention de 2021, publiées par la Société européenne de cardiologie, retiennent la même famille de grands facteurs modifiables : le cholestérol des particules LDL, la tension artérielle, le tabac et le diabète.

Un exemple : une personne dont le bilan affiche un LDL un peu élevé, mais qui mesure sa tension chez elle et la trouve normale, ne fume pas et marche chaque jour, n'a pas le même tableau qu'une autre au même LDL, qui fume et dont la tension est haute. Praticiens intégratifs et sociétés savantes regardent le même tableau; la différence se joue dans la façon de le lire, et c'est l'objet du chapitre suivant.

LES COLONNES DU TABLEAU

Cholestérol LDL, tension artérielle, tabac, diabète : les grands facteurs modifiables retenus par les recommandations européennes de 2021 (ESC). Alain Huot y ajoute le surpoids, la sédentarité et les antécédents familiaux. Le cholestérol n'en est qu'une colonne.

04 CHAPITRE 4

Ils ne s'additionnent pas, ils se multiplient

Un facteur seul pèse ce qu'il pèse; plusieurs facteurs réunis s'amplifient les uns les autres, parce qu'ils agissent sur la même paroi d'artère.

Pourquoi une colonne ne suffit-elle pas? Parce que les facteurs de risque ne s'additionnent pas, ils se multiplient. C'est l'idée centrale du film, et le Dr Éric Ménat, médecin généraliste, la répète simplement depuis des années : un premier élément fondamental à connaître, écrit-il, est que les différents facteurs se multiplient au lieu de s'ajouter.



Image du film · chapitre 4

Imaginez un cholestérol un peu élevé chez quelqu'un qui ne fume pas, dont la tension est normale et qui bouge tous les jours. Le facteur est seul; il pèse ce qu'il pèse. Prenez maintenant exactement le même chiffre chez quelqu'un qui fume, dont la tension est haute et qui a un diabète. Chaque facteur ne s'ajoute pas au précédent : il amplifie les autres, parce que le tabac, la tension, le diabète et le LDL agissent tous sur la même paroi d'artère, au même endroit, en même temps. Le dépôt y grossit plus vite qu'avec un seul facteur.

C'est pour cela qu'un même chiffre peut être presque anodin chez l'un et préoccupant chez l'autre. La ligne est la même; le risque ne l'est pas, et c'est le risque que l'on traite, pas la ligne. Reste à savoir comment on le mesure : le chapitre suivant présente l'outil que les cardiologues européens utilisent pour cela.

L'IDÉE À GARDER

Les facteurs de risque ne s'additionnent pas, ils se multiplient (Dr Éric Ménat). Un LDL un peu élevé, seul, n'a pas le même poids que le même LDL accompagné du tabac, d'une tension haute et d'un diabète : la ligne est identique, le risque non.

Un score, pour rendre le risque lisible

SCORE2 estime, à partir de cinq entrées, la probabilité d'un accident cardiovasculaire dans les dix ans chez une personne de 40 à 69 ans sans accident passé et sans diabète.

Ce risque, on sait le calculer. Les cardiologues européens utilisent un outil appelé SCORE2, publié en 2021 par un groupe de travail de la Société européenne de cardiologie. Il estime la probabilité d'un accident cardiovasculaire, mortel ou non, dans les dix ans, chez une personne de 40 à 69 ans qui n'a jamais fait d'accident et n'a pas de diabète. Pour le construire, les chercheurs ont suivi 677 684 personnes réparties dans 45 cohortes et 13 pays d'Europe.

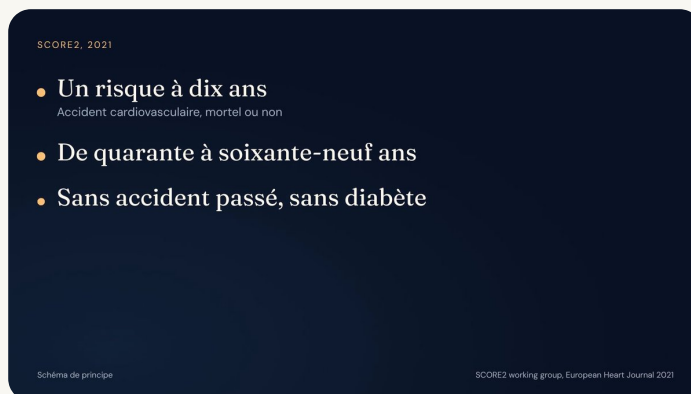


Image du film · chapitre 5

Les entrées du calcul tiennent sur les doigts d'une main : l'âge, le sexe, le tabac, la tension artérielle systolique, et le cholestérol, à travers le cholestérol total et le HDL. Vous remarquez ce qui manque : personne ne vous demande votre poids ni vos antécédents familiaux. Ce n'est pas un oubli. Le score est simple exprès, pour être lisible et calculable en consultation avec ce qu'un bilan et un brassard donnent.

Concrètement, il vous faut cinq renseignements : votre âge, si vous fumez, la valeur haute de votre tension, et deux lignes du bilan, le total et le HDL. La grille du carnet vous demande de les réunir ; ce qui reste hors du calcul, le poids, le diabète, l'histoire familiale, y a sa place aussi, parce que la conversation en consultation ne s'arrête pas au score.

SCORE2 EN CHIFFRES

Publié en 2021 (groupe de travail SCORE2, Société européenne de cardiologie) ; construit sur 677 684 personnes, 45 cohortes, 13 pays ; risque à dix ans, personnes de 40 à 69 ans sans accident passé ni diabète ; cinq entrées : âge, sexe, tabac, tension systolique, cholestérol total et HDL.

Un homme de 50 ans, fumeur, avec une tension à 140 et un bilan donné, porte un risque de 5,9 % dans un pays à bas risque et de 14 % dans un pays à très haut risque : le même bilan, du simple à plus du double.

Les auteurs de SCORE2 donnent un exemple. Prenez un homme de 50 ans qui fume, avec une tension systolique à 140 mmHg, un cholestérol total à 5,5 mmol/L et un HDL à 1,3 mmol/L, dans l'unité des auteurs. Son risque à dix ans est de 5,9 % s'il vit dans un pays à bas risque, et de 14 % dans un pays à très haut risque. Pour une femme au même profil, le risque va de 4,2 % à 13,7 %.

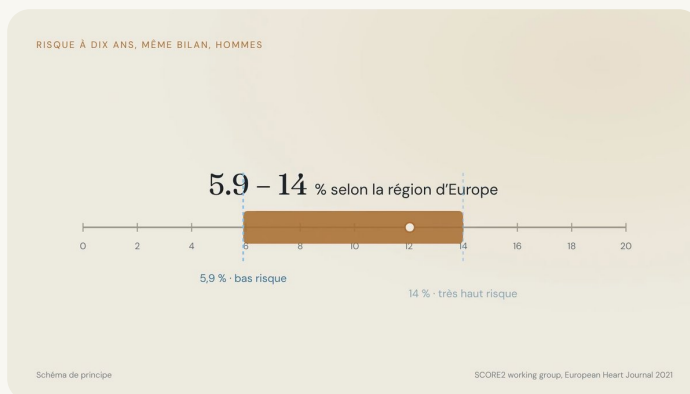


Image du film · chapitre 6

D'où vient cet écart, pour une prise de sang identique? SCORE2 découpe l'Europe en quatre régions, bas risque, risque modéré, haut risque, très haut risque, selon la mortalité cardiovasculaire de chaque pays, et recalibre le calcul pour chacune. Le même tabac, la même tension et les mêmes lignes de bilan donnent donc un risque qui va du simple à plus du double selon le contexte où l'on vit. Le chiffre du laboratoire ne porte pas son sens en lui-même; il le reçoit de ce qui l'entoure.

Retenez surtout la méthode. Vous n'avez pas besoin de connaître la région où la grille vous place; vous avez besoin de savoir que votre chiffre de cholestérol n'est qu'une entrée parmi cinq, et que le résultat, un pourcentage sur dix ans, est ce dont on discute réellement. Le carnet reproduit l'exemple des auteurs et laisse une ligne vide pour vous.

L'EXEMPLE DES AUTEURS

Homme, 50 ans, fumeur, tension systolique 140 mmHg, cholestérol total 5,5 mmol/L, HDL 1,3 mmol/L : 5,9 % de risque à dix ans dans un pays à bas risque, 14 % dans un pays à très haut risque. Femme au même profil : 4,2 % à 13,7 % (groupe de travail SCORE2, 2021).

07

CHAPITRE 7

Deux personnes, une même ligne

Sur la grille, la même ligne de cholestérol tombe dans les cases du bas pour une personne jeune, non fumeuse, à tension normale, et dans les cases du haut pour une personne plus âgée, fumeuse, à tension haute.

Restons dans un seul pays et regardons la grille elle-même. Elle se lit comme un tableau : la tension d'un côté, le cholestérol de l'autre, et des blocs de cases selon l'âge, le sexe et le tabac. On pose le doigt sur sa case, et le pourcentage est là. C'est ce geste que les cardiologues font en consultation, sur papier ou sur un écran.

Prenez une personne plutôt jeune, qui ne fume pas et dont la tension est normale, et une autre, plus âgée, qui fume et dont la tension est haute. Donnez-leur exactement la même ligne de cholestérol. La première reste dans les cases du bas de la grille; la seconde grimpe dans les cases du haut. Pour la première, le chiffre est une information à surveiller. Pour la seconde, c'est un facteur parmi ceux qui se multiplient, et la discussion sur un traitement s'ouvre. Même ligne, décision différente, parce que l'on décide sur le risque.

C'est là que le chiffre en gras perd son pouvoir. Il n'a pas changé; ce qui a changé, c'est la case où il tombe. Si vous savez où vous êtes dans la grille, vous savez aussi ce qui vous en ferait descendre : chez la seconde personne, le tabac et la tension sont deux entrées du calcul qui peuvent bouger, alors que l'âge ne le peut pas. Le carnet vous demande de nommer, parmi vos propres entrées, celle qui pèse le plus et celle que vous pouvez déplacer le plus vite.



Image du film · chapitre 7

COMMENT SE LIT LA GRILLE

Deux entrées : la tension et le cholestérol. Des blocs de cases : l'âge, le sexe, le tabac. Un pourcentage par case : le risque à dix ans (SCORE2, 2021). Les cases du bas : une information à surveiller. Les cases du haut : la discussion sur un traitement s'ouvre.

Avant tout accident, on traite sur une probabilité; après un infarctus ou un AVC, on protège une artère qui a déjà parlé, et le score ne s'applique plus.

Il reste une distinction que les praticiens font comme la science : entre prévention primaire et prévention secondaire. Primaire, c'est la situation de quelqu'un qui n'a jamais fait d'accident cardiovasculaire; on y traite, comme l'écrit le Dr Éric Ménat, médecin généraliste, statistiquement, sur une probabilité. Secondaire, c'est après un infarctus ou un accident vasculaire cérébral : on ne parle plus d'une probabilité, mais d'une artère qui a déjà lâché.

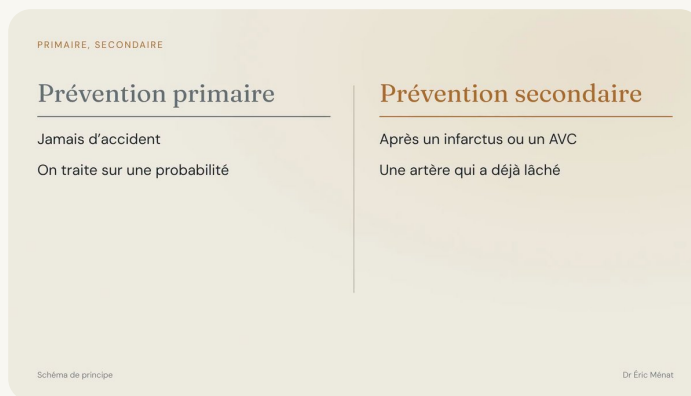


Image du film · chapitre 8

SCORE2 est conçu pour la première situation seulement, chez des personnes sans accident passé et sans diabète. Après un accident, la logique change : on ne calcule plus un risque à dix ans, on protège une artère qui a déjà parlé, et la grille ne s'applique plus. Ce n'est pas une nuance de vocabulaire : le bénéfice attendu d'un traitement n'est pas le même dans les deux cas, parce que le point de départ n'est pas le même.

Un exemple concret. Deux voisins prennent le même comprimé. Le premier l'a commencé après un infarctus; le second parce que sa ligne de LDL était en gras et qu'il fume. Ils entendent les mêmes débats sur l'utilité des statines, et ces débats ne parlent pas d'eux de la même façon. Quand vous entendez que ce traitement sert ou ne sert pas, demandez toujours de quelle situation on parle. Le film consacré aux statines, dans la même collection, reprend cette balance, chiffres à l'appui.

DEUX SITUATIONS

Prévention primaire : jamais d'accident; on traite sur une probabilité, et SCORE2 la calcule.

Prévention secondaire : après un infarctus ou un AVC; une artère a déjà lâché, et le score ne s'applique plus (Dr Éric Ménat; SCORE2, 2021).

Ce que les recommandations disent vraiment

Les recommandations européennes de 2021 demandent d'estimer le risque, puis d'en discuter : la décision finale se prend avec le patient, dans une décision partagée.

Que disent les recommandations officielles de la décision ? Les recommandations européennes de prévention de 2021 (ESC) sont plus nuancées que ce que l'on en retient. Elles demandent d'estimer le risque avec SCORE2 chez les personnes apparemment en bonne santé, puis d'en discuter, parce que la décision finale concernant une personne donnée doit être prise, selon leurs termes, par le professionnel de santé responsable en concertation avec le patient, dans un processus de décision partagée.

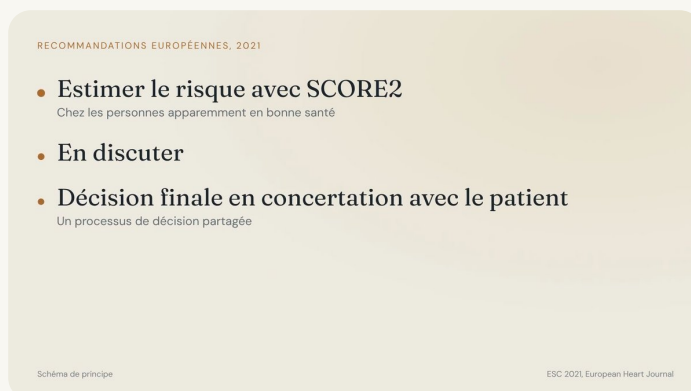


Image du film · chapitre 9

Le score ne décide donc pas à votre place ; il ouvre une conversation. On lit souvent, sous une autre forme, que le patient ne peut pas évaluer seul tous les risques et qu'il vaut mieux qu'un médecin l'aide à voir à quoi faire attention. C'est vrai, et le film ajoute un pas : comprendre le score, savoir où l'on se situe dans la grille, et arriver en consultation avec des questions plutôt qu'avec une seule ligne en gras.

Imaginez la scène après ce livret. Vous posez sur le bureau votre bilan, la tension mesurée chez vous sur quelques matins, et la grille du carnet remplie. La conversation ne commence plus par « votre LDL est élevé » mais par « voici mon risque, voici ce qui pèse le plus, voici ce que je peux bouger ». C'est exactement ce que les recommandations appellent une décision partagée, et c'est ce que prépare le chapitre suivant.

LES MOTS DES RECOMMANDATIONS

Estimer le risque avec SCORE2 chez les personnes apparemment en bonne santé ; en discuter ; décision finale prise par le professionnel de santé en concertation avec le patient, dans une décision partagée (recommandations européennes de prévention, ESC 2021).

10

CHAPITRE 10

Les questions à poser

Quatre questions tiennent sur un coin de l'enveloppe du laboratoire, et elles changent la consultation.

Voici les questions à emporter, telles que le film les formule. Quel est mon risque à dix ans, et pas seulement mon LDL ? Parmi mes facteurs, lequel pèse le plus, et lequel puis-je déplacer le plus vite ? Sommes-nous en prévention primaire ou secondaire, et qu'est-ce que cela change au bénéfice attendu ? Et si je choisis d'attendre, qu'est-ce que l'on mesure, et dans combien de temps ?

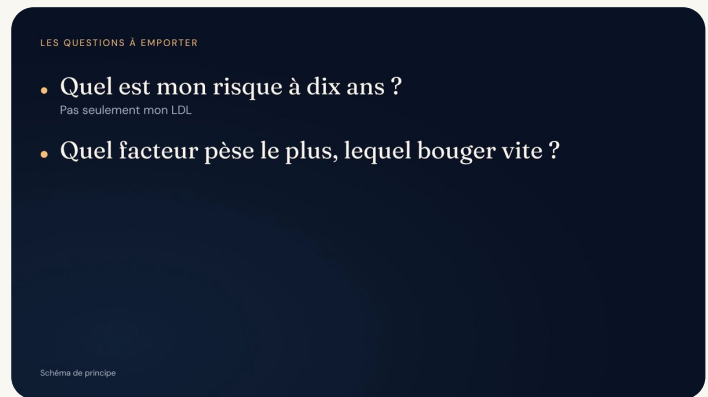


Image du film · chapitre 10

Ces quatre questions n'ont rien d'une contestation. Elles donnent au soignant ce dont il a besoin pour raisonner avec vous, et elles vous donnent de quoi comprendre sa réponse. Le Dr Michel de Lorgeril, cardiologue et chercheur, le dit à sa façon : quand on comprend mieux ce qui se passe, on devient autonome et l'on échange mieux avec ses soignants, le médecin, le cardiologue, le nutritionniste, parce que chaque cas est un cas particulier qu'il faut regarder précisément.

Un exemple pour la deuxième question. Une personne qui fume, dont la tension est un peu haute et dont le LDL est en gras, découvre en remplissant la grille que le tabac et la tension sont des entrées du calcul qu'elle peut faire bouger, et que sa ligne de cholestérol n'est pas la seule à peser. Sa question au médecin devient : « par quoi commencer, et dans combien de temps le remesure-t-on ? ». Ce n'est pas une médecine contre une autre ; c'est une décision prise ensemble, avec ce que vous savez maintenant.

LES QUATRE QUESTIONS

Quel est mon risque à dix ans, pas seulement mon LDL ? Quel facteur pèse le plus, lequel puis-je bouger le plus vite ? Primaire ou secondaire, et qu'est-ce que cela change au bénéfice attendu ? Si j'attends, qu'est-ce que l'on mesure, et dans combien de temps ?

Décider, pas subir

La peur venait d'une ligne isolée; le risque, lui, se calcule, se discute et se décide, et c'est bien plus rassurant qu'un chiffre en gras.

Revenez à l'enveloppe du début et à cette ligne en gras. Vous savez maintenant qu'elle ne dit pas si vous avez un problème; qu'elle se lit avec la tension, le tabac, le diabète, l'âge et votre histoire familiale; et que ces facteurs se multiplient au lieu de s'additionner. Vous savez qu'un score existe, SCORE2, qu'il donne une probabilité sur dix ans à partir de cinq entrées, et qu'il change du tout au tout pour la même ligne selon qui la porte : 5,9 % ou 14 % pour le même homme, dans l'exemple de ses auteurs.



Image du film · chapitre 11

Vous savez aussi que la décision de traiter n'est pas un verdict tombé du laboratoire, mais, selon les recommandations européennes de 2021, une décision partagée, prise en connaissance de cause avec un soignant qui a besoin de vos questions autant que de vos chiffres.

Le carnet qui suit fait le chemin inverse de la peur. Il part de vos entrées, l'âge, le tabac, la tension, le total et le HDL ; il place à côté ce qui reste hors du calcul, le poids, le diabète, les antécédents; il reproduit l'exemple des auteurs pour que vous voyiez ce que le contexte change; et il termine par les questions à écrire sur le coin de l'enveloppe. La ligne isolée faisait peur. Le risque, lui, se calcule, se discute et se décide.

Les mots du film

Facteur de risque

Une caractéristique qui augmente la probabilité d'un accident cardiovasculaire : le cholestérol LDL, la tension, le tabac, le diabète, mais aussi le poids, la sédentarité et l'histoire familiale. Ils se multiplient entre eux.

Risque à dix ans

La probabilité, en pourcentage, de faire un accident cardiovasculaire au cours des dix prochaines années. C'est le résultat que donne SCORE2, et ce dont on discute en consultation.

Prévention primaire

La situation de quelqu'un qui n'a jamais fait d'accident cardiovasculaire ; on y traite sur une probabilité, que SCORE2 estime.

Décision partagée

Le processus que décrivent les recommandations européennes de 2021 : le professionnel de santé prend la décision finale en concertation avec le patient, après avoir estimé et discuté le risque.

SCORE2

L'outil publié en 2021 par les cardiologues européens pour estimer le risque d'accident cardiovasculaire, mortel ou non, dans les dix ans, chez une personne de 40 à 69 ans sans accident passé ni diabète.

Région de risque

L'une des quatre zones d'Europe (bas, modéré, haut, très haut risque) définies selon la mortalité cardiovasculaire des pays ; SCORE2 recalibre son calcul pour chacune.

Prévention secondaire

La situation après un infarctus ou un AVC : une artère a déjà lâché, on la protège, et le score ne s'applique plus.

Antécédent familial précoce

Un infarctus ou un AVC survenu tôt dans la vie d'un parent proche. À distinguer d'un cholestérol élevé qui court dans la famille : ce sont deux questions différentes (Dr Michel de Lorgeril).

À vous

Un bilan, un tensiomètre si vous en avez un, un stylo, et une demi-heure. La première grille réunit les cinq entrées de SCORE2 et ce qui reste en dehors du calcul; la seconde reproduit l'exemple des auteurs du score et vous laisse une ligne. La liste prépare le rendez-vous, et la dernière page vous fait écrire les quatre questions du film avec vos mots. Rien à calculer : tout à réunir, pour que la conversation parte de votre risque et non d'une ligne.

Mes facteurs, un par ligne

Remplissez « ma valeur » avec ce que vous avez sous la main : le bilan, quelques mesures du matin pour la tension, votre histoire pour le reste. La troisième colonne dit ce que SCORE2 en fait ; la dernière est à vous.

FACTEUR	MA VALEUR	CE QUE LE SCORE EN FAIT	CE QUE ÇA DIT POUR MOI
Âge		Entrée du calcul, 40 à 69 ans	
Sexe		Entrée du calcul	
Tabac		Entrée du calcul ; peut bouger	
Tension systolique		Entrée du calcul ; peut bouger	
Cholestérol total		Entrée du calcul	
HDL		Entrée du calcul	
Diabète		Hors du score : autre situation	
Accident cardiovasculaire passé		Hors du score : prévention secondaire	
Infarctus ou AVC précoce, proche		Hors du score : à dire au rendez-vous	
Poids, sédentarité		Hors du score : à dire au rendez-vous	

Les cinq entrées du calcul sont celles de SCORE2 (2021) : âge, sexe, tabac, tension systolique, cholestérol total et HDL. Le poids et les antécédents n'y figurent pas, exprès : le score reste lisible.

L'exemple des auteurs, et ma ligne

Les deux premières lignes reprennent l'exemple publié avec SCORE2, dans l'unité des auteurs (mmol/L). La troisième est la vôtre : recopiez vos entrées, et notez le risque que le médecin ou le cardiologue lit sur la grille à partir d'elles.

QUI	ÂGE	TABAC	TENSION	TOTAL / HDL	RISQUE À 10 ANS
Homme de l'exemple	50 ans	Oui	140 mmHg	5,5 / 1,3 mmol/L	5,9 % à 14 % selon la région
Femme, même profil	50 ans	Oui	140 mmHg	5,5 / 1,3 mmol/L	4,2 % à 13,7 % selon la région

Moi

Quatre régions d'Europe selon la mortalité cardiovasculaire des pays : bas, modéré, haut, très haut risque. Le même bilan y donne un risque du simple à plus du double (groupe de travail SCORE2, 2021).

Ce que j'apporte au rendez-vous

Cochez ce qui est prêt. Chaque élément correspond à une entrée du score ou à ce que les recommandations demandent de discuter.

- ☐ Mon dernier bilan, avec le cholestérol total et le HDL, pas seulement la ligne en gras
 - ☐ Ma tension mesurée à la maison, la valeur haute, sur plusieurs matins
 - ☐ Ma situation tabac, dite sans arrondir : combien, depuis quand, ou depuis quand j'ai arrêté
 - ☐ Mon âge, et le fait de savoir si je suis dans la plage de SCORE2, 40 à 69 ans
 - ☐ Ma réponse à la question du diabète : oui, non, ou je ne sais pas
 - ☐ Mon histoire familiale triée : cholestérol élevé d'un côté, infarctus ou AVC précoce de l'autre
 - ☐ Ma réponse à « ai-je déjà fait un accident cardiovasculaire ? » : prévention primaire ou secondaire
 - ☐ La grille de la page précédente, remplie, avec le facteur qui pèse le plus entouré
 - ☐ Le facteur que je peux bouger le plus vite, nommé
 - ☐ Les quatre questions du film, écrites avec mes mots
 - ☐ Une feuille pour noter ce que l'on mesure, et dans combien de temps
-

Les quatre questions, avec mes mots

Écrivez chaque question comme vous la poserez, puis, après le rendez-vous, la réponse que vous avez comprise. Le Dr Michel de Lorgeril le rappelle : on échange mieux avec ses soignants quand on comprend ce qui se passe.

Quel est mon risque à dix ans, et pas seulement mon LDL ?

Parmi mes facteurs, lequel pèse le plus, et lequel puis-je déplacer le plus vite ?

Sommes-nous en prévention primaire ou secondaire, et qu'est-ce que cela change au bénéfice attendu ?

Si je choisis d'attendre, qu'est-ce que l'on mesure, et dans combien de temps ?

Qu'est-ce qui, dans le film, a changé ma façon de lire l'enveloppe du laboratoire ?

Ce que le film cite

Questions fréquentes

Le score peut-il se calculer à la maison ?

Les entrées, oui : c'est ce que réunit la grille du carnet. La lecture de la grille dépend de la région et se fait le plus souvent en consultation ; l'important est d'arriver avec vos cinq entrées déjà rassemblées.

J'ai plus de 69 ans, ou moins de 40 : le film me concerne-t-il ?

SCORE2 a été construit pour les 40 à 69 ans sans accident ni diabète, et ne s'applique pas tel quel en dehors. L'idée du film reste entière : la ligne se lit avec les autres facteurs, qui se multiplient, et la décision se discute.

1. SCORE2 working group — SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe (European Heart Journal 2021)
academic.oup.com/eurheartj/article/42/25/2439/6297709
2. ESC — 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (European Heart Journal 2021)
academic.oup.com/eurheartj/article/42/34/3227/6358713
3. ESC — 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (page de la Société européenne de cardiologie)
www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/2021-ESC-Guidelines-on-cardiovascular-disease-prevention-in-clinical-practice

Les chiffres de ce livret viennent de la publication de SCORE2 en 2021 ; les mots sur la décision partagée, des recommandations européennes de prévention de 2021. Les positions citées sont celles des praticiens nommés dans le texte.

D'APRÈS LES TRAVAUX DE

1. Dr Michel de Lorgeril
cardiologue et chercheur
2. Dr Pascal Trotta
médecin
3. Alain Huot
naturopathe et aromathologue
4. Dr Éric Ménat
médecin généraliste



Ce livret accompagne le film « Décider sur un risque, pas sur une ligne », collection Le cœur, autrement. Le film, ses chapitres, sa transcription et ses sources sont sur www.prana-sante.tv/episode/decider-sur-un-risque.

Édition du 19 septembre 2026 · livret v1