



# Des pistes pour réduire le risque cardio-vasculaire

**Isabelle Durand-Zaleski**

Membre du HCSP, directeur, direction de l'Aide à la décision publique et professionnelle, Anaes

La réduction du risque cardio-vasculaire a été identifiée parmi les 104 priorités de la loi de santé publique votée en 2004 pour les cinq prochaines années. La présentation par la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, des « Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003 » souligne l'importance de coordonner les actions de prévention auprès de la population. Cela implique plusieurs types d'actions qui sont développées dans les articles de ce dossier. Ces actions concernent le diagnostic de la maladie et la mise en œuvre des actions de prévention, tant au niveau individuel que pour l'ensemble de la population.

Les modalités du diagnostic mériteraient sans doute d'être revues en tenant compte du développement des techniques de mesure continue.

Les recommandations de pratique clinique qui existent sont insuffisamment connues et appliquées : le pourcentage de patients hypertendus ayant un bon contrôle tensionnel est estimé à environ 40 % en France. Les causes sont identifiées, ainsi que les méthodes pour y remédier et améliorer le suivi par les professionnels et les patients. L'observance du traitement par les patients est médiocre.

Les mesures incitatives, pour les professionnels et pour les patients, sont financières et organisationnelles, au-delà de la simple diffusion de l'information et de la formation médicale (Ménard J. *Évolutions conceptuelles et techniques autour de l'hypertension artérielle*. MT 1999 ;

5 : 685-90<sup>1</sup>). La prise en charge à 100 % dans le cadre d'une affection de longue durée constitue une de ces mesures incitatives : elle doit être utilisée vis-à-vis des professionnels et des patients comme le signal d'efficacité d'un type de prise en charge et ne pas être limitée aux seules prescriptions d'actes et de médicaments.

De plus, il faut informer les décideurs que si l'on envisage d'étendre à une très large population la prévention médicamenteuse, il est important de documenter le risque cardio-vasculaire global et la réflexion bénéfice-risque à l'échelle de la population et d'anticiper la survenue des événements iatrogènes rares.

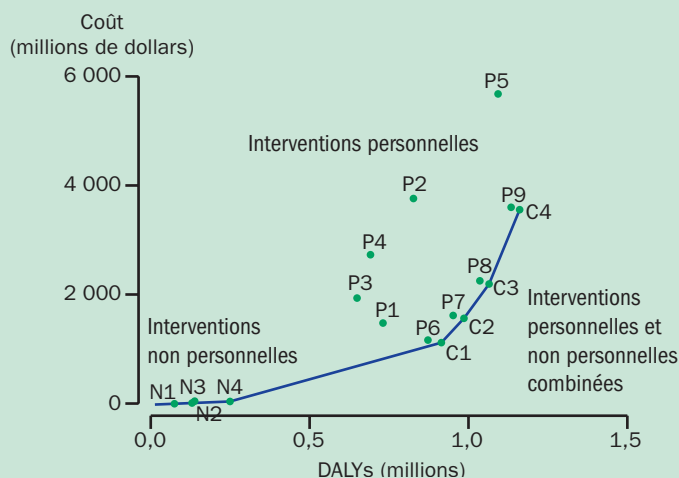
Les professionnels de santé doivent mobiliser les élus et les décideurs pour appliquer les politiques issues des résultats des études coût-efficacité réalisées par l'OMS pour les interventions de prévention cardio-vasculaire. Ce travail a été publié dans le *Lancet* en 2003 et montre que les interventions les plus efficaces sont celles qui consistent à réduire, au moyen de l'éducation de la population et d'accords avec les industriels de l'agroalimentaire ou si nécessaire d'une législation appropriée, les consommations de sel et de graisse dans la population (figure 1).

Il appartient aux organismes de tutelle d'aider les médecins et la population à comprendre les notions statistiques de gain d'espérance de vie et à établir des priorités dans les actions de santé, si possible en utilisant des cas cliniques comme celui présenté par S. Woolf : « Une femme de 45 ans présentant

[suite p. 4](#)

figure 1

## Ratio coût-efficacité des interventions destinées à réduire le risque d'hypertension et d'hypercholestérolémie



Les interventions dont le rapport coût-efficacité est le plus favorable sont celles qui privilégient une approche en population par l'éducation et la réduction des adjonctions de sel dans les aliments (stratégies indiquées par un N). Les interventions qui associent une approche en population et la prise en charge individuelle médicamenteuse des facteurs de risque (stratégies indiquées par un C) sont plus efficaces, mais consomment beaucoup plus de ressources. Enfin, les stratégies d'éducation et de prise en charge thérapeutique individuelles (indiquées par un P) sont « dominées », c'est-à-dire qu'il est toujours plus utile de réaliser la stratégie en population ou l'association de l'approche en population et de l'approche individuelle médicamenteuse.

Source : Christopher J. L. Murray et al. Reproduit avec la permission d'Elsevier (*Lancet*, 2003, 361: 717-25).

## Directeur de la publication

William Dab, directeur général de la Santé

## Rédacteur en chef

Patricia Siwek

## Comité de rédaction

Philippe Amiel, Gérard Badéyan,  
Dominique Bertrand, Jean-François Bloch-Lainé,  
Pierre-Henri Bréchat, Étienne Caniard,  
Bernard Cassou, Sandrine Chambaretaud,  
Antoinette Desportes-Davonneau,  
Jean-François Dodet, Marc Duriez,  
Ruth Ferry, Pascale Gayraud,  
Geneviève Guérin, Alain Jourdain,  
Claudine Le Grand, Guy Nicolas, Anne Tursz

## Secrétaire de rédaction

Marie-Josèphe Strbak

## Coordonnées de la rédaction

Haut Comité de la santé publique  
8, avenue de Ségur  
75350 Paris 07 SP  
Téléphone : 01 40 56 79 56  
Télécopie : 01 40 56 79 49  
Mél. : [hosp-adsp@sante.gouv.fr](mailto:hosp-adsp@sante.gouv.fr)  
Site : [hosp.ensp.fr](http://hosp.ensp.fr)

## Demandes d'abonnement

La Documentation française  
Bulletin d'abonnement : 3° de couverture

## Réalisation

Philippe Ferrero

## Secrétariat

Riama M'Bae

## Ont participé à ce numéro

Bernard Aguilaniu, Cécile Anglade, Bernard Basset,  
Jean Paul Beyeme Ondoua, Pierre-Henri Bréchat,  
Bernard Charbonnel, Michel Chauliac, Laure Com-Ruelle,  
Bruno Cotard, Carole Crétin, Hervé Douard,  
Pierre Ducimetière, Isabelle Durand-Zaleski,  
Gilles Einsargueix, Eytan Ellenberg, Pierre Fender,  
Philippe Giral, Xavier Girerd, Marc Guerrier,  
Pierre Hausfater, Emmanuel Hirsch,  
Hélène Ittah-Desmeulles, Alain Jourdain,  
Laurent Laforest, Thierry Lang, Jean-Michel Oppert,  
Valérie Paris, Philippe Ricordeau, Michel Rosenheim,  
Gaetano Saba, Anne Simon, Dominique Thouvenin,  
Bruno Tilly, Roland Tubiana, Eric Van Ganse, Alain Weill

## adsp actualité et dossier en santé publique

est publiée par La Documentation française

## Revue trimestrielle 12,80 euros

Abonnement annuel (4 numéros) 40,00 euros

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et  
du Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992,  
toute reproduction partielle ou totale à usage collectif  
de la présente publication est strictement interdite sans  
autorisation expresse de l'éditeur.

© 2004 Haut Comité de la santé publique  
Dépôt légal octobre 2004. ISSN 1243-275X.  
Commission paritaire : 1008 B 05201.  
Imprimerie : Jouve, 53100 Mayenne.

## éditorial

### 1 Des pistes pour réduire le risque cardio-vasculaire

Isabelle Durand-Zaleski

## HCSP DIRECT

### 5 Création du Haut Conseil de la santé publique

La loi du 9 août 2004 crée  
un Haut Conseil de la santé  
publique.

### 5 Violences et santé

Le rapport du HCSP sur les  
violences et la santé a été  
remis au ministre.

## actualité

### 6 Quelle information peut- on donner, aujourd'hui, aux femmes sur le THS ?

Plusieurs études ont mis  
en cause la prescription  
systématique des traitements  
hormonaux substitutifs.  
Dans quels cas peut-on les  
conseiller aux femmes ? Et  
quelle information doit-on leur  
délivrer ?

Dominique Thouvenin

### 9 Santé et activités physiques et sportives

Une réalité de terrain

De nombreuses actions  
sont menées sur le terrain  
pour encourager la pratique  
d'activités physiques et  
sportives.

Bruno Cotard, Pierre-Henri  
Bréchat, Alain Jourdain, Gilles  
Einsargueix

Projet d'étude « Activités  
physiques et sportives » :  
Quatre sociétés savantes  
françaises mobilisées

Bernard Aguilaniu, Hervé Douard

## rubriques

### études

### 16 La prise en charge des accidents d'exposition au VIH d'origine sexuelle

On assiste à un relâchement  
des mesures de protection  
contre le VIH lors des rapports  
sexuels, même lorsque les  
conditions sont à risque.

Hélène Ittah-Desmeulles, Jean Paul  
Beyeme Ondoua, Roland Tubiana,  
Anne Simon, Pierre Hausfater,  
Michel Rosenheim

### études

### 61 Droits des malades : quelles influences sur l'activité de soin à l'hôpital ?

La loi du 4 mars 2002 a des  
conséquences sur la pratique  
des soins à l'hôpital notamment  
concernant l'information du  
patient et son accès au dossier  
médical.

Eytan Ellenberg, Marc Guerrier,  
Emmanuel Hirsch

## repères

### 69 formation

DESS/Master Droit  
des établissements de  
santé, Droit de la gestion  
des activités publiques  
sanitaires et médico-  
sociales

### 68 organisme

Centre d'éthique clinique

### 70 recherche

Génomique fonctionnelle  
dans l'athérombose

### 72 lectures

### 73 en ligne

### 74 lois & réglementation

### 76 calendrier

# La prévention des maladies cardio-vasculaires



Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité en France. Leur survenue est liée à plusieurs facteurs de risques : tabagisme, hypertension artérielle, dyslipidémie, obésité, sédentarité ou diabète. La prévention est multifactorielle, elle concerne aussi bien le diagnostic que la mise en œuvre d'actions au niveau individuel ou pour l'ensemble de la population.

Dossier coordonné par **Xavier Girerd**

**p. 19**

## 20 La fréquence des maladies cardio-vasculaires en France et en Europe

Les maladies cardio-vasculaires constituent un ensemble hétérogène de pathologies. La maladie coronaire est le principal indicateur de la pathologie cardio-vasculaire. Le projet Monica, qui a enregistré pendant 10 ans la morbidité coronaire dans 21 pays, a permis d'en améliorer la connaissance.

*Pierre Ducimetière*

## 23 Les actions et programmes de prévention

Plusieurs programmes participent à la prévention des maladies cardio-vasculaires. Ils concernent les facteurs de comportement individuel ou social mais aussi l'amélioration des soins.

## 23 Les actions et programmes de prévention

*Cécile Anglade, Carole Créatin*

## 26 Maladies cardio-vasculaires : l'autre enjeu de la lutte contre le tabac

*Bernard Basset*

## 28 Programme national nutrition santé et maladies cardio-vasculaires

*Michel Chauliac*

## 30 Activité physique et prévention cardio-vasculaire

*Jean-Michel Oppert*

## 34 Les prises en charge médicamenteuses

L'hypertension artérielle, les dyslipidémies, le diabète sont des facteurs de risques majeurs des maladies cardio-vasculaires. La prise en charge médicamenteuse a fait des progrès considérables, elle s'adresse aux patients dont l'ensemble des risques est élevé.

## 34 La prise en charge de l'hypertension artérielle

*Xavier Girerd*

## 38 La prise en charge des dyslipidémies

*Laurent Laforest, Laure Com-Ruelle, Valérie Paris, Eric Van Ganse*

## 43 Prévention des accidents cardio-vasculaires chez les diabétiques

*Bernard Charbonnel*

## 46 tribunes

### 46 Le risque cardio-vasculaire : un nouvel outil de décision dans la prévention cardio-vasculaire

*Philippe Giral, Xavier Girerd*

### 51 Prévention des maladies cardio-vasculaires : multifactorielle et multisectorielle ?

*Thierry Lang*

### 56 Le constat de l'assurance maladie sur la prévention cardio-vasculaire

*Alain Weill, Gaetano Saba, Philippe Ricordeau, Bruno Tilly, Pierre Fender*

## 59 bibliographie



suite de la p. 1 un surpoids modéré, un tabagisme et une hypertension consulte son médecin avec une demande de mammographie. Sa probabilité (absolue) de décéder avant 75 ans d'un cancer du sein est de 1,8 % et la réduction (absolue) de risque grâce à la mammographie est de 0,5 %. En revanche, le sevrage tabagique réduit son risque absolu de décès de 11 % (donc 20 fois mieux qu'une mammographie) et une activité physique modérée réduit le risque absolu de 6 %. Le contrôle tensionnel et la correction d'une dyslipidémie permettent d'obtenir des réductions de risque du même ordre de grandeur (6 à 10 %) » (Wolf S. « The need for perspective in evidence-based medicine ». *JAMA*. 1999 Dec 22-29 ; 282 (24) : 2358-65).

Les mesures préventives en population générale doivent prendre en compte la diversité géographique : la mortalité par cardiopathies ischémiques est plus importante dans le nord de la France, la mortalité par accident vasculaire cérébral, en revanche, est élevée partout sauf dans le Centre et le Sud-Est (figure 2). Il ne serait pas inutile d'utiliser les résultats des expériences pilotes réalisées dans certaines villes pour encourager des démarches locales adaptées aux besoins de la population et à l'offre de soins. ■

1. Bobrie G., Chatellier G., Genes N., Clerson P., Vaur L., Vaisse B., Menard J., Mallion J.-M. « Cardiovascular prognosis of « masked hypertension » detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients ». *JAMA*. 2004 Mar 17 ; 291[11] : 1342-9. Clement D.-L., De Buyzere M.-L., De Bacquer D.-A., de Leeuw P.-W., Duprez D.-A., Fagard R.-H., Gheeraert P.-J., Missault L.-H., Braun J.-J., Six R.-O., Van Der Niepen P., O'Brien E. « Office versus Ambulatory Pressure Study Investigators. Prognostic value of ambulatory blood-pressure recordings in patients with treated hypertension ». *N Engl J Med*. 2003 Jun 12 ; 348[24] : 2407-15.

figure 2

