

Prévenir les maladies cardio-vasculaires

Martine Le Quellec-Nathan
Médecin inspecteur général
de santé publique, sous-directrice
de Pathologies et Santé
à la direction générale de la Santé

La prévention des facteurs de risques qui prédisposent aux maladies cardio-vasculaires est un réel enjeu de santé publique. Plusieurs actions ont été ou vont être mises en œuvre dans le cadre de programmes nationaux complémentaires.

Les maladies cardio-vasculaires représentent une des causes majeures de mortalité en France, à l'origine de près de 180 000 décès par an, dont 25 % affectent des personnes de moins de 75 ans. Parmi les plus fréquentes, les cardiopathies ischémiques sont responsables de 27 % des décès, les accidents vasculaires cérébraux 25 % et les insuffisances cardiaques 23 %.

Le Haut Comité de la santé publique, dans son rapport 2002 *La Santé en France* indique que les cardiopathies ischémiques sont encore aujourd'hui le premier motif d'hospitalisation et la deuxième cause de décès chez les hommes de 45 à 74 ans, la troisième cause de décès chez les

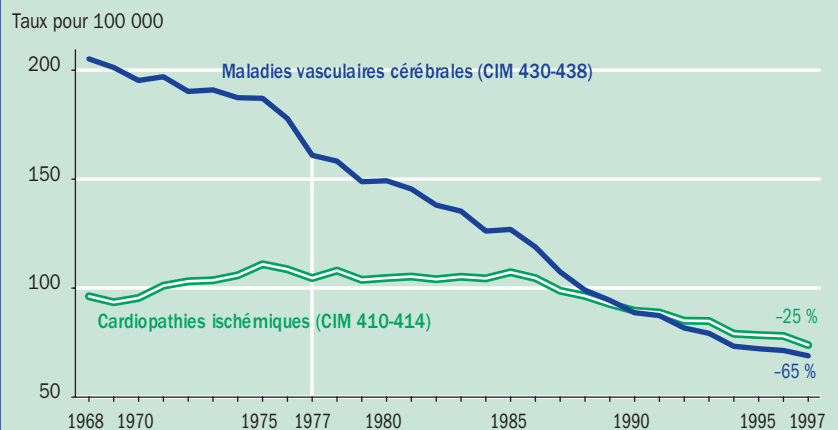
femmes. Les affections cardio-vasculaires sont également le motif le plus fréquent d'admission en invalidité chez les hommes de 50 à 60 ans.

Les circonstances de survenue des maladies cardio-vasculaires dépendent essentiellement de l'âge et de facteurs de risques associant des comportements individuels (tabagisme, déséquilibre nutritionnel, sédentarité) et des conditions environnementales, potentialisant des susceptibilités individuelles acquises ou génétiques familiales (obésité, hypercholestérolémie, diabète de type 2, hypertension artérielle (HTA).

Depuis 1970, la mortalité par maladie cardio-vasculaire diminue, mais des différences régionales persistent (figure 1).

figure 1

Taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques et maladies vasculaires cérébrales (sexes et âges confondus, 1970-1997)



Sources : E. Jouglu, E. Michel, J. Ménard. Données : SC8 Inserm.

Cette réduction de mortalité est sans doute accompagnée d'une réduction de l'incidence des accidents coronariens chez les personnes de 35 à 64 ans. La prise en charge par la médecine de ville des facteurs de risques et des personnes ayant une pathologie prédisposant aux accidents cardio-vasculaires, même si elle n'est pas toujours optimale, constituerait probablement un des facteurs de décroissance des taux de mortalité cardio-vasculaire.

Il n'est pas possible d'agir sur les marqueurs de risque tels que le sexe, l'âge et les anomalies génétiques familiales ; les stratégies de prévention reposent donc essentiellement sur deux axes :

- la lutte contre les facteurs de risques comportementaux à tout âge de la vie (tabac, alimentation, sédentarité notamment) par leur repérage et par leur prise en charge adaptée. Cela consiste à supprimer un facteur non naturel, c'est-à-dire provoquer un retour à la normale présumé sans risque (arrêt du tabac, réduction du poids)* ;

- la prise en charge adaptée des anomalies telles que l'hypertension artérielle (ajout d'un facteur non naturel dans l'espoir de conférer une protection), tout en évaluant les bénéfices et les risques de cette prise en charge (effets indésirables de traitement au long cours).

Vers une prise en charge globale du risque cardio-vasculaire

Les différentes stratégies de lutte contre les maladies cardio-vasculaires combinent prévention et soins et se traduisent par l'articulation entre le plan national de lutte contre le tabagisme, le programme national nutrition santé, le programme de réduction des facteurs de risques cardio-vasculaires, les recommandations de pratiques cliniques et thérapeutiques des agences : Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (Anaes) sur les pratiques, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) sur les produits, Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) sur la réduction de la consommation de sel, et les actions menées par la Caisse nationale d'assurance maladie.

Les actions visant à agir sur les facteurs de risques sont essentiellement

au nombre de quatre : la lutte contre le tabagisme, les actions sur les comportements alimentaires, la consommation de sel et l'enrichissement des farines en vitamines B9**.

Les actions de lutte contre le tabagisme

Les premières mesures relatives à la lutte contre le tabagisme ont été publiées le 9 juillet 1976 (« loi Veil ») pour réglementer la publicité sur le tabac. Elles ont été complétées par la loi du 10 janvier 1991 (« loi Evin »), qui a mis l'accent sur la protection du non-fumeur. La conférence de consensus de 1998 a donné les bases de la prise en charge du tabagisme. Pour mettre en œuvre les mesures préconisées, un programme de lutte contre le tabagisme a été lancé en mai 1999, avec pour objectifs, de développer la prévention et l'éducation à la santé, de favoriser le sevrage, de mieux impliquer les professionnels dans ces différents objectifs.

Les axes de ce plan sont :

- la dénormalisation de l'usage du tabac,

- la réduction de l'offre et de l'accessibilité au produit,

- la protection des non-fumeurs,

- la formation des professionnels au sevrage et à son accompagnement,

- l'amélioration de l'efficacité et de l'accessibilité au sevrage, notamment pour des publics précaires.

La prévention du tabagisme s'appuie sur des actions de communication globales destinées au grand public, sur des actions ciblées vis-à-vis de publics plus concernés (intervenants, jeunes et femmes), sur une réduction de l'offre et sur l'amélioration de la protection des non-fumeurs. Les médecins ont été formés au sevrage tabagique, à la délivrance de substituts et au soutien psychologique lors du sevrage grâce au programme Nicomède (Ligue nationale contre le cancer). Des centres de sevrage tabagique ont été créés au sein des hôpitaux et cette action s'est poursuivie en 2002. La distribution gratuite de substituts nicotiques aux personnes en situation de précarité a été instaurée.

Le programme national nutrition santé

Le programme national nutrition santé

** Ces actions se retrouvent dans les plans de santé publique mis en œuvre par le ministre de la Santé, consultable sur le site Internet du ministère : www.sante.gouv.fr.

2001-2005 (PNNS) a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est l'alimentation.

L'obésité et les dyslipidémies sont des facteurs de risques prédominants de l'apparition des maladies cardio-vasculaires. Un bon équilibre nutritionnel peut permettre d'intervenir non seulement en amont de l'installation de l'obésité, mais également en prévention primaire et secondaire des troubles lipidiques. Les objectifs du PNNS visent clairement la réduction, dans la population adulte, de la cholestérolémie moyenne et de la pression artérielle systolique ainsi que la diminution de la prévalence du surpoids et de l'obésité.

Les principaux axes du PNNS sont :

- la promotion positive d'une alimentation équilibrée,

- l'exercice physique,

- l'aspect global de la nutrition et le nécessaire équilibre des nutriments,

- la dynamique de l'état nutritionnel qui se construit tout au long de la vie.

De nombreuses actions ont déjà été réalisées ou sont en cours de réalisation dans le cadre de ce programme.

Une campagne de promotion des fruits et légumes a été lancée durant l'hiver 2001-2002 et se poursuit sous diverses formes.

Un guide alimentaire, avec une version pour le grand public et une pour les professionnels de santé, a été élaboré. Deux millions d'exemplaires sont destinés au grand public : jusqu'au 20 novembre 2002 ils ont été vendus (2 euros) dans les kiosques à journaux puis diffusés gratuitement par des réseaux institutionnels et associatifs. Par ailleurs, 150 000 exemplaires du guide à l'usage des professionnels de santé leur ont été envoyés.

Des guides spécifiques pour les enfants et pour les adolescents sont en préparation et devraient être diffusés à partir du premier trimestre 2004.

Une campagne de promotion de l'exercice physique est prévue en 2003 avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

En ce qui concerne la formation et l'information des professionnels de



* G. Rose, *Br. Med. J.*, 1981 : 1847-1851.

santé, deux outils de mesure de l'indice de masse corporelle (adulte et enfants) vont être diffusés au cours du premier trimestre 2003, accompagnés d'un livret d'explication. Des modules de formation continue sur l'obésité de l'enfant sont en préparation.

Quatre-vingts postes de diététiciens ont été créés dans les hôpitaux en 2002 et un rapport d'experts a été demandé sur le métier et la formation de diététicien.

Une circulaire du 29 mars 2002 préconise la création de comités de liaison alimentation au sein des établissements de santé et l'arrêté du même jour crée le Comité national de l'alimentation et de la nutrition dans les établissements de santé, visant à donner un cadre général pour lutter contre la dénutrition et améliorer l'état nutritionnel des patients.

Enfin, des actions plurisectorielles ont été mises en place :

- la circulaire du 25 juin, élaborée en étroite collaboration avec le ministère de l'Éducation nationale, vise à promouvoir une alimentation équilibrée et saine dans les établissements scolaires.

- un appel à projets portant sur des initiatives locales ou régionales dans le cadre du PNNS a été réalisé en 2002. Plus de 230 projets ont été adressés à la direction générale de la Santé au sein desquels 41 projets ont été retenus.

Afin d'améliorer la surveillance et la recherche, le suivi des facteurs de risques alimentaires et environnementaux va être réalisé en 2003 au travers de l'enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires (INCA 2/ENNS) conduite par l'InVS et l'Afssa.

La consommation de sel

Le lien entre consommation de sodium et hypertension artérielle a été constaté dans de nombreuses études. Un groupe de travail piloté par l'Afssa a émis des recommandations visant à diminuer la consommation moyenne en sodium de la population. L'objectif d'une réduction de 20 % des apports en sodium en quatre ans a été retenu par le ministère de la Santé. Les recommandations portent sur la réduction de la teneur en sodium des aliments et sur l'éducation et l'information des consommateurs, pour les responsabiliser dans le contrôle et la gestion des apports sodés. Les actions seront menées en lien avec les acteurs économiques et

la restauration hors du foyer, le milieu scolaire, le système de soins (professionnels de santé) et par le biais de l'étiquetage des produits.

L'apport en vitamines B9 et 12

La carence en vitamines B9 et 12 (folates) est connue comme étant un facteur de risques d'anomalie de fermeture du tube neural, mais aussi de maladies cardiovasculaires. Certains pays ont procédé à l'enrichissement des farines en folates ; cependant les habitudes alimentaires étant sensiblement différentes en France, il est prévu de procéder à une étude préalable d'intervention et de faisabilité dans une région.

Le programme national de réduction des risques cardio-vasculaires 2001-2005

Les actions complémentaires initiées dans le cadre du programme de prévention des risques cardio-vasculaires 2001-2005 relèvent plus particulièrement de la prise en charge et ont pour axes :

- L'information et la sensibilisation du public sur les facteurs de risque cardio-vasculaires.

- La promotion de l'éducation thérapeutique dans les établissements de santé et au cabinet médical : cela afin de permettre au patient de comprendre sa maladie, les prescriptions qui lui sont faites y compris en matière d'hygiène de vie, facilitant ainsi sa coopération avec les soignants. L'éducation du patient est reconnue comme capitale dans l'observance thérapeutique ; elle permet de diminuer l'incidence des complications et des hospitalisations et d'améliorer sa qualité de vie. Cette éducation thérapeutique peut être individuelle, relevant du médecin traitant, ou collective. Les consultations médicales longues, récemment créées lors de l'admission du patient en affection de longue durée (ALD), sont une première approche de l'éducation thérapeutique individuelle. L'éducation thérapeutique de groupe s'est développée ces dernières années à partir d'initiatives locales, le plus souvent hospitalières. Elle a fait l'objet d'un appel d'offres national en 2002 pour les maladies cardio-vasculaires, le diabète et l'asthme*.

* 378 projets sont remontés à la DHOS, dont 262 sur le diabète et les maladies cardio-vasculaires. La procédure d'attribution des financements a été modifiée

L'amélioration de la prévention, du dépistage et de la prise en charge

Des résultats de la mesure de la pression artérielle découlent une décision thérapeutique engageant le patient sur plusieurs années. Qu'il s'agisse des premières mesures de découverte de l'hypertension artérielle ou des mesures de surveillance sous contrôle d'un traitement, l'exactitude de cette vérification est impérative tant les conséquences pour la santé d'une trop forte correction ou d'un trop faible contrôle sont importantes.

Par ailleurs le public est de plus en plus enclin à la pratique de l'auto-mesure de la pression artérielle, même en dehors de toute influence médicale. L'Afssaps a réalisé un contrôle du marché des auto-tensiomètres à usage des patients et publie une liste positive des appareils répondant aux critères techniques et cliniques. Dans ce même objectif, cette agence participe à la révision de la norme européenne d'évaluation clinique des auto-tensiomètres « NF EN 1060-3 ».

Ultérieurement, l'Afssaps prévoit de réaliser une information des acteurs de santé libéraux sur l'utilisation des tensiomètres médicaux et la nécessité de leur étalonnage régulier, et sur l'abandon des manomètres à mercure.

Des actions visent à améliorer la prise en charge des patients par les professionnels de santé et, dans ce cadre, il a été demandé à l'Anaes une synthèse des recommandations concernant la prévention et le dépistage des facteurs de risques.

Il existe en effet de nombreuses références en matière de prévention et/ou de dépistage des facteurs de risques cardio-vasculaires élaborées par les agences seules ou en collaboration avec les sociétés savantes. Ces recommandations peuvent concerner le diabète, les dyslipidémies, le tabagisme, l'obésité, l'hypertension artérielle. Cette synthèse a été inscrite au programme 2003 de l'Anaes. Ces recommandations seront, dans un second temps, diffusées auprès des professionnels de santé.

Un programme de visites confraternelles sur la prise en charge des patients bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur pour un diabète ou une hypertension

et l'appel d'offres a été inclus dans l'enveloppe de santé publique déléguée aux agences régionales de l'hospitalisation en septembre 2002.

artérielle a été développé par la Caisse nationale de l'assurance maladie et doit se poursuivre en 2003 en y associant le malade. Les échanges portent essentiellement sur la connaissance par le médecin des recommandations de l'Anaes et leur suivi par le médecin et par le patient. 22 000 entretiens confraternels ont été réalisés et l'évaluation de l'impact de cette campagne d'échanges est prévue à l'automne 2003 avec communication des résultats au cours du premier semestre 2004.

Enfin, le programme vise à améliorer la prise en charge des personnes souffrant d'accident vasculaire cérébral à tous les stades de l'affection.

Dans ce cadre, l'Anaes a réalisé de nombreux travaux, en cours de finalisation, qui concernent l'imagerie des accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans les 48 premières heures, la prise en charge multidisciplinaire des patients atteints d'AVC et leur prise en charge paramédicale. Parallèlement, en groupe de travail piloté par la Direction des hôpitaux et de l'offre de soins doit faire des propositions pour mieux structurer la prise en charge hospitalière de ces patients.

Améliorer la connaissance épidémiologique

Il existe de nombreuses données épidémiologiques concernant les maladies cardio-vasculaires, mais celles-ci sont éparpillées.

Le suivi épidémiologique des facteurs de risques a été confié à l'Institut national de veille sanitaire (InVS), qui a dans ses objectifs la mise en œuvre d'un programme de surveillance des maladies cardio-vasculaires avec notamment le renforcement des trois registres des cardiopathies ischémiques de la Haute-Garonne (en 2003 par le financement d'un poste de praticien et de deux techniciens), de Lille et du Bas-Rhin. Par ailleurs, une étude de faisabilité va être entreprise pour l'extension du registre des accidents vasculaires cérébraux de Dijon à l'ensemble de la Côte-d'Or. Enfin, une étude va être menée par l'InVS sur la pertinence de l'utilisation des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), avec dans un premier temps un test comparatif de ces données et de celles issues des registres afin de vérifier la qualité et la fiabilité des données du PMSI en terme de surveillance épidémiologique.

Relayer les actions au niveau régional

L'ensemble des actions de prévention et de lutte contre les maladies cardio-vasculaires sont relayées au niveau régional et local.

Dans le cadre du PNNS, une campagne de proximité est réalisée par les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (Drass et Ddass) auxquelles des crédits ont été délégués pour mettre en œuvre leurs propres actions.

Les programmes régionaux de santé (PRS) sont établis à partir de l'analyse des besoins régionaux et des priorités déterminées par les conférences régionales de santé. Il s'agit de programmes pluriannuels élaborés et mis en œuvre par les Drass et les Ddass en coordination avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions et les établissements de santé (art. R 767-6 du CSP) qui participent à leur financement. Des PRS portant sur les maladies cardio-vasculaires ont été initiés dans les régions Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Guadeloupe.

De nombreuses actions sont mises en œuvre par les caisses régionales et primaires d'assurance maladie (Cram et CPAM) et les unions régionales des médecins libéraux (URML). De plus, les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé mènent des actions d'information et de prévention vis-à-vis du grand public, soit en relayant les actions nationales, soit en mettant en œuvre des initiatives locales en coordination avec les services déconcentrés de l'État, les caisses d'assurance maladie et les collectivités territoriales. À l'initiative de la direction générale de la Santé, une étude a été réalisée par la société Eval qui a permis de répertorier 81 actions réalisées pour la prévention des maladies cardio-vasculaires, soit concernant directement l'hypertension artérielle (23) soit plus larges (58).

Les maladies cardio-vasculaires représentant une des premières causes de mortalité prématurée, la prévention de cette affection et de ses facteurs de risques devrait être prise en compte dans la loi de programmation en santé publique annoncée par le ministre. ■

BRÈVES EUROPÉENNES

23 octobre 2002

Réforme de la législation européenne sur les produits pharmaceutiques

Le Parlement européen s'est prononcé sur les propositions de la Commission visant à réformer la législation européenne sur les produits pharmaceutiques. Un accord pourrait être trouvé concernant certains sujets importants tels que l'équilibre entre innovation et médicaments génériques et l'information des patients (par une plus grande transparence et un meilleur accès aux données sur les médicaments). Il s'agit de concilier un bon niveau de protection de la santé, tout en accroissant la compétitivité ainsi que l'innovation dans l'industrie pharmaceutique.

30 octobre 2002

Accès des pays en développement aux médicaments essentiels

La Commission européenne a adopté une proposition de règlement, qui sera soumis au Conseil, permettant que des médicaments de première nécessité, à des prix très réduits, soient distribués aux pays les plus pauvres, affectés principalement par le sida, la tuberculose et le paludisme. Ces pays ne pouvant pas produire de médicaments localement, l'industrie pharmaceutique des pays développés doit pouvoir faire parvenir des médicaments aux populations. La Commission a introduit une mesure de précaution pour que ces produits pharmaceutiques ne soient pas réexportés dans l'Union.

27 novembre 2002

Programme de santé publique « Santé 2015 » en Finlande

La Finlande est un des pays les plus avancés dans le domaine de la santé publique. Son programme « Santé 2015 » a pour objectifs la réduction des inégalités et l'amélioration de l'état de santé. Le gouvernement finlandais a chargé le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe de procéder à une évaluation de sa politique sanitaire. Le rapport des experts internationaux constate des progrès considérables durant les trente dernières années, et préconise l'amélioration des relations entre autorités sanitaires nationales et municipales, ainsi que le renforcement des synergies entre développements social, économique et sanitaire.