



# 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.

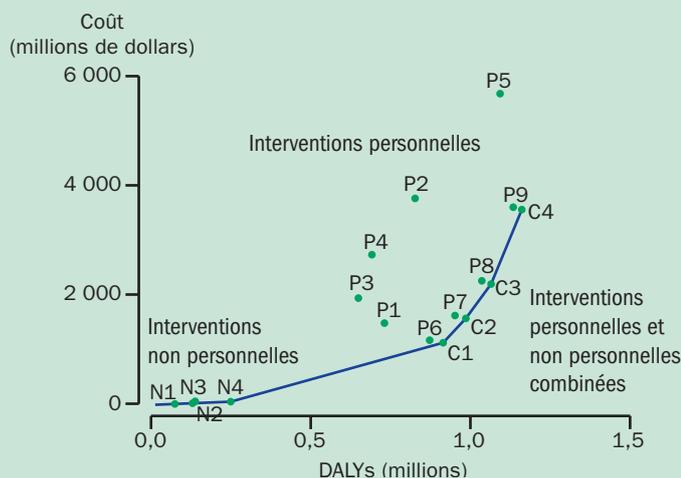
Les professionnels de santé doivent mobiliser les élus et les décideurs pour appliquer les politiques issues des résultats des études coût-efficacité réalisées par l'OMS pour les interventions de prévention cardio-vasculaire. Ce travail a été publié dans le *Lancet* en 2003 et montre que les interventions 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).



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

